



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.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

« Quand je respire, je me reconnecte à mon corps »

Le travail psychomoteur autour de la respiration au profit de la représentation corporelle chez une patiente atteinte d'une sclérose en plaques.

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Camille JACQ

Mai 2025 (Session 1)

N°1906

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

« Quand je respire, je me reconnecte à mon corps »

Le travail psychomoteur autour de la respiration au profit de la représentation corporelle chez une patiente atteinte d'une sclérose en plaques.

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Camille JACQ

Mai 2025 (Session 1)

N°1906

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon1

Président

Pr. Bruno LINA

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
Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

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

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Philippe PAPAREL**

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**

Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

UFR Faculté des sciences
Directrice **Mr Olivier DEZELLUS**

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

Département de Génie électrique et des
procédés
Directrice **Mme Sophie CAVASSILA**

Observatoire de Lyon
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

Département Informatique
Directrice **Mme Saida BOUAKAZ
BRONDEL**

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

Département Mécanique
Directeur **Mr Marc BUFFAT**

POLYTECHLYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

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

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE L'ADAP- TATION

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

Gestion de scolarité
Mme Léonore GALANTE

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Coordinatrice Recherche
Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

REMERCIEMENTS

Tout d'abord je tiens à manifester ma reconnaissance à mon maître de mémoire, Simon COMMARE, avec lequel les échanges réguliers et stimulants ont enrichi mes réflexions, et dont l'accompagnement professionnel, engagé et bienveillant, m'a permis d'avancer efficacement dans la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite également remercier chaleureusement mes deux maîtres de stage de cette année, Coralie et Méline, pour leur patience, leur disponibilité et le partage passionné de ce si beau métier. Plus globalement, je remercie tous mes maîtres de stage rencontrés au cours des trois dernières années, ainsi que le docteur Paul CHOMETTE, qui m'a lui aussi consacré du temps. Ils ont tous contribué à me construire professionnellement.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude envers tous les patients rencontrés, qui ont été les sujets de mes premières expériences cliniques et m'ont permis d'acquérir l'expérience terrain indispensable à un profil de psychomotricienne en devenir, tel que le mien.

Je n'oublie pas non plus mes amies rencontrées en école de psychomotricité, dont l'amitié et les moments partagés, dans le cadre de l'école, ou en dehors, ont largement nourri l'intérêt et la richesse de ces trois belles années.

Enfin, je tiens à témoigner ma reconnaissance à mes parents et à mes proches pour leur soutien constant et leurs encouragements, qui ont été une source précieuse tout au long de mon parcours au sein de l'Université Lyon 1.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE.....	3
1. La sclérose en plaques, une pathologie neurodégénérative à retentissement corporel et psychique.....	3
1.1. Définition	3
1.2. Étiologie.....	3
1.3. Prévalence	3
1.4. Symptomatologie	3
1.5. Les trois principales formes cliniques.....	5
1.6. Traitement.....	6
2. Temporalité et maladie chronique : vivre dans un temps transformé	6
2.1. Temporalité objective et temporalité subjective	6
2.1.1. La temporalité objective	7
2.1.2. La temporalité subjective	7
2.2. La chronicité : une réorganisation du rapport au temps corporel vécu.....	7
2.3. Les réaménagements psychiques face à la maladie chronique.....	8
2.3.1. L'annonce et phase de deuil	8
2.3.2. L'acceptation	9
2.3.3. Les renoncements	9
2.3.4. La résilience.....	10
3. Représentations corporelles.....	10
3.1. Les fondements des représentations corporelles : tonus, sensorialité et sensorimotricité.....	10
3.1.1. Le tonus	10
3.1.2. La sensorialité.....	11
3.1.3. La sensorimotricité.....	12
3.2 Schéma corporel et image du corps : articulation et complémentarité	13
3.2.1. Le schéma corporel.....	13
3.2.2. L'image du corps.....	15
4. Le mouvement	16
4.1. Le mouvement : une dynamique corporelle en interaction	16
4.2. La mise en mouvement vers une conscience corporelle	16
4.3. Le mouvement en relaxation psychomotrice.....	17
4.3.1. Un mouvement de soi.....	18
4.3.2. Un mouvement incarné	18
4.4. Le mouvement et les représentations corporelles	18
5. La respiration.....	19
5.1. La respiration : première sensation de continuité et d'unification	19
5.2. La respiration comme harmonisateur du tonus musculaire	20
5.3 La respiration consciente : un vecteur d'autorégulation et de mobilisation corporelle.....	21

PARTIE CLINIQUE	24
1. Le cadre de soin.....	23
1.1. Présentation du lieu de stage	23
1.2. Place de la psychomotricité	23
2. Qui est Madame D ?	24
2.1. Anamnèse	24
2.2. Parcours médical, manifestations cliniques et impact fonctionnel	25
2.3. Prise en charge pluridisciplinaire	25
3. Origine et mise en place du suivi en psychomotricité.....	26
3.1. Ma première rencontre avec Mme D.....	27
3.2. Le bilan psychomoteur.....	28
3.3. Compte rendu du bilan psychomoteur.....	29
3.3.1. Somatognosie et schéma corporel.....	29
3.3.2. Tonus musculaire et régulation tonique.....	29
3.3.3. Motricité et coordinations.....	30
3.3.4. Image du corps	30
3.4. Conclusion du bilan psychomoteur et objectifs	31
3.4.1. Conclusion du bilan.....	31
3.4.2. Objectifs à court et moyen terme	31
3.4.3. Objectifs à long terme	32
3.4.4. Moyens et modalités de mise en œuvre	32
4. L'accompagnement psychomoteur de Mme D.....	32
4.1. Séance 1 : Première approche de la respiration et régulation tonico-émotionnelle	32
4.2. Séance 2 : Perception des différentes zones respiratoires.....	34
4.3. Séance 3 : Ajustement et expérimentation des rythmes respiratoires	36
4.4. Séance 4 : La douleur en toile de fond... jusqu'à l'envahissement.....	37
4.5. Exploration du mouvement et de la respiration au fil des séances vers un relâchement corporel.....	38
5. Conclusion de la partie clinique	40
DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE.....	43
1. Représentations corporelles et organisation psychomotrice.....	42
2. Les médiations corporelles, processus de soins, ajustements et limites.....	47
3. La relation thérapeutique en psychomotricité, un dialogue du corps.....	53
CONCLUSION.....	58
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES ANNEXES.....	60

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Il arrive parfois que le corps, pourtant si familier, devienne moins accessible, difficile à reconnaître et à contrôler, comme si une distance s'était installée entre son propriétaire et lui. Cette altération du lien corporel m'a profondément interpellée lors de mon stage clinique de troisième année, dans le cadre duquel j'ai été confrontée au quotidien de patients adultes atteints de handicaps sévères, liés à des accidents ou à des maladies neurodégénératives. La façon dont ces événements bouleversent la vie des personnes, modifient leur rapport à leur corps et interrogent leur identité m'a profondément marquée. Cette expérience a fait émerger plusieurs questionnements qui nourrissent aujourd'hui ma pratique professionnelle : quels effets l'installation durable d'une maladie chronique peut-elle avoir sur la conscience corporelle et le rapport au corps ? Comment accompagner le sujet pour qu'il reste en lien avec son corps lorsque la maladie bouleverse ses perceptions et ses capacités ? Que devient le rapport au mouvement, et comment celui-ci peut-il soutenir le lien à soi lorsque les repères corporels sont profondément modifiés ?

C'est début décembre 2024 que je rencontre Mme D., atteinte de sclérose en plaques. Très vite, j'ai perçu un écart entre le discours très informé de la patiente sur son corps, et l'investissement corporel observable. Au fil des séances, une volonté est née : celle de mobiliser les outils de la psychomotricité pour l'accompagner dans un chemin de reconnexion corporelle.

Cette réflexion, adossée à de la pratique, a renforcé ma conviction que la psychomotricité offrait un soin précieux pour accompagner le sujet dans la manière d'habiter son corps, surtout lorsque celui-ci est transformé par la maladie ou le handicap. Le rôle du psychomotricien, tel que je le conçois dans l'accompagnement des personnes atteintes de sclérose en plaques, est de soutenir les processus de réappropriation corporelle à travers une attention fine portée au tonus, au mouvement et à la sensorialité. Articulées entre elles, ces dimensions permettent au sujet de retrouver un accès singulier à son corps, non plus à travers une simple compréhension cognitive, mais à travers une expérience vécue, incarnée et mobilisable dans le soin.

Ainsi, ce mémoire est-il né d'une interrogation : comment un travail psychomoteur autour de la respiration peut-il soutenir un réaménagement des représentations corporelles chez une patiente atteinte de sclérose en plaques ? Ce mémoire interroge l'évolution des représentations corporelles dans un contexte de maladie chronique, invalidante et évolutive, ainsi que l'impact de leur réaménagement sur le quotidien, notamment à travers une perception de soi plus affinée, une meilleure conscience des capacités, du mouvement et des ressentis émotionnels.

Dans une première partie théorique, nous explorerons les connaissances fondamentales sur la sclérose en plaques et ses retentissements corporels et psychiques, avant d'analyser les représentations corporelles, puis d'approfondir la respiration et le mouvement, envisagés comme des leviers essentiels du soin psychomoteur.

La seconde partie sera consacrée à l'étude clinique du suivi de Mme D., patiente atteinte d'une sclérose en plaques de forme rémittente, au sein d'un foyer d'accueil médicalisé. Nous y retracerons les étapes du suivi, les médiations mises en place et les ajustements cliniques effectués.

Enfin, la troisième partie, théorico-clinique, mettra en perspective les hypothèses cliniques à partir de l'analyse du processus de soin, de la dynamique relationnelle et des effets thérapeutiques d'un travail autour de la respiration, susceptible de soutenir la conscience du corps vécu et un réaménagement des représentations corporelles.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

1. La sclérose en plaques, une pathologie neurodégénérative à retentissement corporel et psychique

1.1.Définition

Selon le ministère de la Santé, « la sclérose en plaques (SEP) est une maladie auto-immune du système nerveux central, où le système immunitaire attaque la myéline, gaine protectrice des fibres nerveuses. Cette destruction entraîne un ralentissement ou une interruption de la transmission des influx nerveux ».

1.2.Étiologie

Identifiée pour la première fois en 1868 par Charcot et Vulpian à la Salpêtrière, la SEP présente une étiologie multifactorielle, mêlant prédispositions génétiques et facteurs environnementaux. Elle déclenche une réponse immunitaire inappropriée dirigée contre le système nerveux central. Cette réponse auto-immune entraîne le passage d'anticorps à travers la barrière hémato-encéphalique, permettant l'attaque de la myéline dans la substance blanche du système nerveux central. Or, la myéline est essentielle à la conduction de l'influx nerveux : sa dégradation provoque un ralentissement, voire une interruption de la transmission des informations nerveuses. Une remyélinisation partielle peut parfois survenir, mais elle reste souvent incomplète. À terme, les agressions répétées finissent par altérer les axones eux-mêmes, entraînant des lésions irréversibles et un handicap progressant plus ou moins rapidement.

1.3.Prévalence

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) en France, la sclérose en plaques (SEP) est l'affection neurologique la plus fréquente chez l'adulte jeune. Elle débute entre 20 et 40 ans dans 70 % des cas avec une médiane de début à 30 ans et touche majoritairement les femmes dans 70 % des cas (HAS, 2024).

Les manifestations cliniques sont très variables, selon la localisation des plaques dans le système nerveux central, ce qui rend chaque parcours singulier.

1.4.Symptomatologie

Les principaux symptômes sont les suivants :

- Les troubles moteurs résultent d'une atteinte du système pyramidal, essentiel à la motricité volontaire. Selon la HAS, la spasticité se traduit cliniquement par deux signes :

l'augmentation proprement dite du réflexe d'étirement et l'hypertonie musculaire (HAS, 2024). Cette symptomatologie entraîne souvent une raideur, des contractions involontaires, ainsi que des parésies ou paralysies, altérant la posture, l'équilibre et la coordination. L'Institut du Cerveau (2024) souligne que ces modifications motrices impactent l'image corporelle et entravent la projection spatiale du sujet.

- Le syndrome cérébelleux, selon le Manuel Merck Sharp & Dohme, se manifeste par des troubles de l'équilibre, une ataxie, une dysarthrie, une hypotonie et un nystagmus. Ces symptômes sont caractéristiques d'une atteinte du cervelet ou de ses voies afférentes (Manuel MSD, 2024).
- Les troubles visuels, tels que la diplopie, le nystagmus et la névrite optique rétrobulbaire, peuvent affecter l'acuité visuelle et entraîner des douleurs oculaires. Environ 20 à 30 % des patients atteints de sclérose en plaques présentent des troubles visuels comme premier symptôme de la maladie (Institut du Cerveau, 2025 ; SFSEP, 2024).
- Les troubles sensitifs incluent des hypo ou hyperesthésies, des paresthésies et des altérations proprioceptives. Le signe de Lhermitte, typique, se manifeste par une sensation de décharge électrique lors de la flexion cervicale. Ces symptômes viennent troubler ou réduire les informations kinesthésiques, sensorielles et/ou proprioceptives et confrontent le schéma corporel à des modifications plus ou moins rapide, répétées et constantes ainsi qu'à des remaniements. Comme le souligne Moley-Massol, le sujet peut en venir à se vivre « en exil d'un corps devenu terre étrangère » (2009, p. 186). De plus, la particularité de cette pathologie est de confronter à « une image du corps altérée et mouvante lors des poussées et rémissions de la SEP » (Defernand, 1996, p. 78). Cette image du corps, instable et sans point d'ancrage durable, fragilise l'identité du sujet, qui peut se sentir dépossédé de son corps et contraint de recomposer, à chaque poussée, une nouvelle « géographie corporelle » (Defernand, 1996, p. 79).
- Les troubles vésico-sphinctériens touchent 80 à 90 % des patients (Urofrance, 2014 ; SFSEP, 2024) et incluent mictions urgentes ou difficiles, constipation et dysfonctions sexuelles. Souvent tus en raison de leur nature intime, ces troubles ont pourtant un retentissement important sur la qualité de vie et l'image de soi. Selon David Le Breton (2008), le corps joue un rôle central dans la construction de l'identité ; ainsi, toute atteinte à ses fonctions peut engendrer un sentiment de vulnérabilité ou de perte de soi. L'atteinte de ces fonctions, en compromettant le contrôle corporel, touche également à la dimension narcissique du sujet.

- La fatigue chronique, considérée comme l'un des symptômes les plus invalidants, touche jusqu'à 75 % des patients selon certaines études (MSD Manuals, 2023). Elle est caractérisée par une asthénie intense, souvent aggravée par l'effort physique ou le stress psychologique et non soulagée par le repos (Médecine/Sciences, 2021).
- Les troubles cognitifs sont tardifs et modérés dans la majorité des cas, ils peuvent affecter la mémoire, l'attention, la concentration et le traitement simultané de l'information.
- Les troubles psychiques, notamment la dépression, l'anxiété et la labilité émotionnelle, sont fréquents dans la SEP. La dépression concerne jusqu'à 50 % des patients au cours de leur vie (Feinstein et al., 2014), tandis que l'anxiété touche entre 22 % et 36 % des cas (Van der Hiele et al., 2015). Souvent sous-estimés, ces troubles constituent un enjeu essentiel de la prise en charge globale.
- Le syndrome d'Uhthoff est présent chez 60 à 80 % des patients, il correspond à une aggravation transitoire des symptômes lors d'une élévation de la température corporelle.
- La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en des termes évoquant un tel dommage » (IASP, 2020). Cette définition met en lumière l'imbrication du corps et de la subjectivité. La douleur ne se limite pas à un signal physiologique, elle peut devenir une expérience signifiante. Comme le souligne Le Breton (2014), « la douleur est un langage du corps, une manière de dire ce qui ne peut l'être autrement ». Ainsi, elle constitue une manière pour le corps de s'exprimer lorsque les mots font défaut. Il convient de distinguer la douleur aiguë, transitoire et liée à une lésion identifiable, qui joue un rôle d'alerte (HAS, 2021), de la douleur chronique, définie comme persistant au-delà de trois mois (IASP, 2020). Cette dernière devient une pathologie à part entière, avec des répercussions physiques, psychiques, cognitives et sociales. Dans la SEP, la douleur peut être neurogène, mécanique, inflammatoire ou psychogène, et résulte souvent des lésions du système nerveux central. Ces douleurs sont fortement corrélées à la fatigue, à la dépression et à l'anxiété (Chwastiak et al., 2020). Elles altèrent ainsi profondément le rapport au corps, au mouvement et à l'identité corporelle.

1.5. Les trois principales formes cliniques

Au-delà de cette diversité symptomatique, la SEP se décline en trois formes cliniques principales :

- La forme rémittente-récurrente (SEP-RR), la plus fréquente (85 % des cas), se caractérise par des poussées suivies de phases de rémission plus ou moins complètes. Ces périodes de récupération traduisent une remyélinisation partielle et une plasticité du système nerveux. Cette alternance entre stabilité et rupture impose une vigilance constante et rend incertain le rapport au corps, au temps et à la projection de soi. Selon la MS International Fédération, l'évolution imprévisible de la SEP peut engendrer un stress psychologique important, affectant à la fois la qualité de vie et les perspectives d'avenir des patients (MSIF, 2014).
- La forme secondairement progressive (SEP-SP) apparaît chez certains patients initialement atteints d'une forme rémittente. Elle se manifeste par une progression lente et continue du handicap, avec ou sans poussées, et des rémissions de plus en plus incomplètes. Le pronostic fonctionnel devient alors plus sévère.
- La forme primaire progressive (SEP-PP) concerne environ 10 à 15 % des cas. Elle évolue d'emblée de manière continue, sans poussées nettes, avec une aggravation constante des symptômes, en particulier moteurs. Elle débute le plus souvent après 40 ans.

1.6. Traitement

Actuellement, il n'existe pas de traitement curatif de la SEP. La prise en charge repose essentiellement sur l'administration de corticoïdes en phase aiguë et sur des traitements de fond immunomodulateurs, dont l'efficacité reste relative. Cela souligne l'importance d'une prise en charge symptomatique globale, fondée sur une approche multidisciplinaire, dans laquelle la rééducation joue un rôle central.

Nous venons de décrire les caractéristiques fondamentales de la sclérose en plaques, en soulignant ses manifestations physiques, ses fluctuations et son impact sur la vie quotidienne. Mais au-delà de ses effets cliniques et neurologiques, cette pathologie engage profondément le sujet dans un nouveau rapport au temps. En raison de son évolution imprévisible, de sa chronicité et des ajustements constants qu'elle impose, la SEP transforme l'expérience du temps vécu, bouleverse les repères corporels et questionne l'identité même du sujet. C'est cette dimension du rapport au temps que nous allons désormais explorer.

2. Temporalité et maladie chronique : vivre dans un temps transformé

2.1. Temporalité objective et temporalité subjective

Éric Baudelet, psychomotricien, souligne que « la boucle temporelle enveloppe nos perceptions et nos représentations du monde. Toute sensation advient dans une temporalité qui

la contient et qui lui donne une consistance » (Baudefet, 2019). Benoît Lesage (2018, p. 88) la définit comme une « modalité personnelle de naviguer d'un moment à l'autre », insistant ainsi sur le caractère subjectif du vécu temporel, propre à chaque individu, à partir de sa perception et de sa représentation du temps. De plus, elle dépend en grande partie du niveau de conscience que chacun accorde au temps. Dans le contexte de la maladie chronique, cette temporalité se trouble, se déforme, se recompose. Deux formes de temporalité, souvent dissonantes, coexistent alors :

2.1.1. La temporalité objective

La temporalité objective repose sur des repères extérieurs, mesurables et organisateurs : consultations, examens, traitements, diagnostics. Elle structure le parcours de soins selon une logique planifiée, mais peut être vécue comme contraignante. Poursuivant les travaux de Gendreau (2001), l'équipe de Boscoville 2000 (Gendreau, Prince & Bernier, 2005) définit ce temps comme celui « qui peut être mesuré par des instruments » : une montre, une horloge, un chronomètre ou un calendrier. Cependant, ce cadre de référence stable peut entrer en tension avec la temporalité subjective du patient.

2.1.2. La temporalité subjective

La temporalité subjective renvoie à la manière dont chacun ressent le temps, en fonction de son vécu, de son état psychique et de ses repères personnels. Gendreau (2001) décrit un temps subjectif qui traduit une perception singulière du temps objectif : il peut être vécu comme accéléré, ralenti ou distordu. Renou (2005) ajoute que ce temps « ne se mesure pas, mais s'éprouve dans sa densité ou sa vacuité ». Dans la sclérose en plaques, l'anticipation des poussées, la peur de l'avenir ou les incertitudes liées à l'évolution de la maladie peuvent figer le présent, suspendre le temps ou le rendre menaçant. Le rythme de vie se trouve alors souvent dicté par les événements médicaux : poussées, phases de rémission, traitements, annonces diagnostiques. Cette régulation extérieure du temps personnel accentue le décalage entre temps médical et temps vécu. Elle peut engendrer une perte de repères temporels, un sentiment de dépossession, et accentuer la souffrance psychique. Le sujet perd la maîtrise du rythme de sa propre vie. Il n'a plus seulement à « vivre avec » la maladie, mais à réapprendre à habiter un temps profondément transformé, instable, subit et parfois chaotique.

2.2. La chronicité : une réorganisation du rapport au temps corporel vécu

« La maladie chronique est une maladie de compagnie qui s'installe souvent définitivement dans la vie d'un patient et qui lui impose au long cours le principe du va-et-vient, de l'aléatoire, les montagnes russes » (Marin, 2010).

Dans le cadre de la maladie chronique, le corps devient le principal médiateur de l'expérience temporelle : le temps se donne à sentir dans la lenteur des gestes, l'intensité des douleurs, la discontinuité des capacités motrices. Il s'éprouve dans un corps devenu instable ou imprévisible. Le sujet ne peut plus compter sur une continuité temporelle : chaque journée peut imposer une expérience corporelle différente, parfois contradictoire. Nous pouvons faire le lien avec une citation d'Alex Mucchielli selon laquelle « c'est l'ensemble de nos sensations qui nous rappellent constamment que "nous sommes nous" » (Mucchielli, 2013). Or, lorsque ces sensations deviennent instables ou discontinues, ce lien à soi peut se fragiliser, affectant la stabilité du sentiment d'exister.

Cette temporalité disjointe, marquée par des interruptions et des imprévus, oblige donc à une adaptation constante : le sujet organise sa vie autour de l'instant, des symptômes à gérer, des gestes à économiser. Le corps altéré capte l'attention et peut l'enfermer dans un présent envahissant, saturé de manifestations internes telles que douleurs, fatigue ou limitations motrices. À l'inverse, certains moments d'accalmie permettent de retrouver un temps plus apaisé, vécu comme un souffle de répit. Dès lors, il est pertinent de s'interroger sur la manière dont le travail psychomoteur peut contribuer à faire émerger ces temps de relâchement et de réappropriation corporelle.

2.3. Les réaménagements psychiques face à la maladie chronique

« Comme toute maladie, la maladie chronique trouble le rapport au temps. Comme toute maladie, elle inaugure une rupture dans l'existence du sujet, crée un avant et un après le diagnostic ». Marin, C. (2010).

Face à l'irruption d'une maladie chronique, l'individu est confronté à une transformation profonde de son rapport au temps, au corps et à lui-même. Cette expérience bouleversante nécessite une série d'ajustements psychiques, qui ne s'opèrent ni de manière linéaire, ni selon un schéma universel, mais selon une temporalité propre à chacun. C'est ce que nous allons désormais explorer.

2.3.1. L'annonce et phase de deuil

L'annonce d'une maladie chronique constitue un tournant décisif dans le vécu du sujet. Ce moment suspend le temps et laisse une empreinte durable, à la fois psychique et corporelle : angoisse, oppression, sidération... Le souvenir de cette « minute éternelle » demeure vif, souvent marqué par une césure entre un avant et un après (Giraudet-Le Quintrec, 2010). La manière dont cette annonce est faite conditionne en grande partie le rapport ultérieur à la maladie. Un accompagnement pluridisciplinaire peut alors soutenir une élaboration progressive de cette

réalité, inscrite dans un processus de deuil. Elisabeth Kübler-Ross (1969) en décrit les cinq étapes : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et enfin l'acceptation. C'est cette dernière que nous allons à présent approfondir.

2.3.2. L'acceptation

L'acceptation constitue une étape fondamentale du processus d'adaptation à la maladie chronique. Selon Hélène Laigo (s.d.), ce cheminement s'articule en plusieurs phases émotionnelles, allant du déni initial à une période de désorganisation marquée par des affects intenses tels que la tristesse, la colère ou la culpabilité. Bien que souvent éprouvant, ce processus joue un rôle adaptatif : il permet une première intégration de la nouvelle réalité, à la fois sur le plan psychique et corporel. Comme le souligne Giraudet (2006), accepter la maladie, c'est faire le deuil des capacités corporelles perdues, de reconnaître celles qui demeurent, et d'une appropriation de son rapport au corps. Cette réappropriation passe souvent par une meilleure connaissance de soi et par la construction de nouveaux repères corporels. Le patient élabore ainsi une nouvelle image de lui-même, intégrant la présence de la maladie dans son vécu corporel et identitaire.

2.3.3. Les renoncements

L'acceptation et les renoncements sont des processus intriqués, qui ne suivent pas nécessairement une logique linéaire. Tandis que l'acceptation engage une reconnaissance progressive de la réalité de la maladie, les renoncements portent sur ce que cette réalité contraint à abandonner. Le dictionnaire Larousse les définit comme l'« action de renoncer à quelque chose, de cesser de rechercher ce à quoi on tenait, de s'en détacher ». Ils peuvent concerner des projets, certaines capacités corporelles antérieures, ou encore une image idéalisée de soi construite autour d'un corps perçu comme fonctionnel et maîtrisable.

L'introduction d'aides techniques peut aussi s'inscrire dans ces renoncements, en marquant la perte de certaines capacités motrices et une diminution d'autonomie. Qu'il s'agisse par exemple d'un fauteuil roulant, bien qu'indispensable, est parfois vécu comme un marqueur visible du handicap. Comme le rappellent Dumas, Izard et Nespoulous, « l'aide technique peut avoir un effet stigmatisant. Elle souligne et rend plus visible le handicap. [...] Elle peut engendrer un rejet » (2002, p. 120–124). En altérant l'image sociale de soi, cette aide technique peut accentuer le sentiment de perte et de vulnérabilité. Plus globalement, les renoncements liés, notamment, à l'activité professionnelle ou aux loisirs peuvent eux aussi fragiliser l'estime et la valorisation de soi, en affectant la place occupée dans le regard des autres comme dans l'espace social. Ce vécu de renoncements appelle une élaboration psychique qui, en

se déployant dans le temps, peut ouvrir la voie à un réaménagement identitaire et à une dynamique de résilience.

2.3.4 La résilience

Boris Cyrulnik souligne que la résilience est un processus dynamique permettant à un individu de renouer avec un développement psychique après un traumatisme. Elle repose sur les ressources internes propres à chacun et suppose une participation active du sujet dans sa reconstruction. Dans le contexte de la maladie chronique, la résilience permet de redonner du sens à l'existence : en construisant une nouvelle manière d'habiter son corps, en valorisant ses capacités préservées et en transformant son rapport à soi, à son corps. La résilience témoigne ainsi de la capacité du sujet à s'engager à nouveau dans sa vie, en intégrant sa réalité corporelle sans s'y laisser enfermer.

Le vécu discontinu imposé par la maladie, marqué par des interruptions et des imprévus, contraint le sujet à des ajustements constants dans son lien psychoaffectif. Ces fluctuations influencent directement la manière dont il se perçoit et se représente corporellement. Il devient alors pertinent de s'interroger sur l'évolution de ces représentations dans le contexte de la maladie chronique : comment se modifient-elles, se réorganisent-elles, ou se fragilisent-elles ? Nous aborderons ainsi la notion de représentations corporelles, en articulant les dimensions toniques, sensorielles, perceptives et subjectives qui en constituent les fondements.

3. Représentations corporelles

3.1. Les fondements des représentations corporelles : tonus, sensorialité et sensorimotricité

3.1.1. Le tonus

De façon générale, Vulpian (1874) définit le tonus comme « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions synchroniques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent » (Scialom et al., 2011, p. 145). Nous allons détailler les différents niveaux de tonus qui coexistent chez l'être humain dans le cadre d'un développement psychomoteur typique, chacun remplissant des fonctions spécifiques dans l'organisation psychocorporelle.

Le tonus de fond désigne l'activité tonique minimale, caractérisée par une légère tension musculaire isométrique, permanente et involontaire, présente au repos. Cette tension assure la cohésion des différents segments corporels et constitue une base stable, préparant, orientant et soutenant la mise en mouvement.

Le tonus postural, ou tonus de soutien, correspond à la tension musculaire nécessaire au maintien des postures et à l'équilibre du corps face à la pesanteur. Il est étroitement lié au niveau de vigilance : ainsi, une hypervigilance s'accompagne d'une élévation du tonus et d'un redressement postural, tandis qu'un état de sommeil induit un relâchement musculaire généralisé.

Enfin, le tonus d'action se définit, selon Carric (2001, p. 190), comme l'ensemble des « degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice ». Il permet de soutenir l'exécution du mouvement en mobilisant les groupes musculaires requis.

3.1.2. La sensorialité

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2023), « la sensorialité fait référence aux sens : la vision, l'audition, le toucher, l'olfaction et la gustation. À ces modalités sensorielles s'ajoutent d'autres sensations tout aussi importantes : la proprioception, l'équilibration et les sensations intéroceptives ». Ces modalités s'organisent classiquement en trois grands systèmes sensoriels :

- L'extéroception, qui regroupe les cinq sens fondamentaux, permet de capter les stimuli issus de l'environnement, qu'ils soient en contact direct avec le corps (toucher, goût) ou perçus à distance (vision, audition, olfaction).
- L'intéroception concerne les sensibilités internes souvent inconscientes, telles que la température, la douleur ou les variations biochimiques. Elle inclut également la sensibilité vestibulaire, qui renseigne sur la position et les mouvements de la tête dans l'espace.
- La proprioception, qualifiée par Berthoz de « sens musculaire » (Berthoz, 1997) informe en permanence sur la position et les mouvements du corps grâce à des récepteurs situés dans les muscles, les tendons et les articulations. Elle joue un rôle essentiel dans l'équilibre, la régulation tonique et l'ajustement postural.

Pour comprendre comment s'articulent les systèmes sensoriels et la perception dans une perspective psychomotrice, nous nous appuyons sur le chapitre VI de l'ouvrage *Les grandes fonctions appliquées à la sémiologie psychomotrice* (Giromini, Pavot-Lemoine, Robert-Ouvray & Gatecel, 2024). Le traitement de l'information sensorielle suit un processus complexe et progressif. D'abord, les récepteurs sensoriels captent le stimulus et le transforment en message nerveux, un processus appelé transduction. L'information est ensuite transmise vers le cortex sensoriel, où elle est traitée. La sensation constitue la première étape de la boucle « sensation-perception-représentation ». A. Bullinger la définit comme la détection de « signaux continus et orientés, susceptibles d'être détectés par un système sensoriel » (Bullinger, 2004).

Ensuite, la perception mobilise la mémoire, les expériences passées et les affects pour donner sens aux informations perçues. Elle ne peut être dissociée de l'action : les mouvements enrichissent la perception, tout comme les perceptions influencent les ajustements moteurs.

Par conséquent, les processus sensoriels et perceptifs vont influencer sur l'organisation psychomotrice générale du sujet. En effet, le traitement sensoriel organise l'équilibre et les postures, oriente les coordinations motrices et enrichit progressivement le répertoire moteur. Il favorise ainsi une motricité ajustée, automatisée et adaptée aux contraintes corporelles et environnementales.

Nous pouvons alors nous interroger sur l'impact des troubles sensoriels sur l'organisation psychomotrice dans le cadre de la sclérose en plaques. En effet, les atteintes sensitives, paresthésies, hypoesthésies, douleurs, troubles proprioceptifs, perturbent l'intégration sensorielle. Ces altérations viennent dès lors questionner la manière dont le corps est vécu, perçu, investi et représenté.

3.1.3. La sensorimotricité

La construction des représentations corporelles passe par la mise en lien des sensations toniques avec les événements sensoriels. Ce processus, central dans la pensée d'André Bullinger, est détaillé dans *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (2011, Érès, pp. 57-70). Revenons sur ces fondements développementaux afin de mieux comprendre comment, dès les premières expériences, se mettent en place les processus d'intégration sensorimotrice qui sous-tendent durablement la perception du corps, y compris à l'âge adulte.

Selon Bullinger, la sensorimotricité repose sur une intégration multimodale des flux proprioceptifs, vestibulaires et tactiles, auxquels s'associent des réponses motrices adaptatives. Cette conception est confirmée par une synthèse récente de ses travaux (Meurin, 2024, *Approche sensori-motrice*, InPress). Cette dynamique décrit une articulation permanente entre perceptions et actions, permettant au sujet de s'ajuster à son environnement tout en forgeant une perception unifiée de son corps. Les régulations toniques et les expériences affectives interagissent étroitement dans ce processus (Bullinger, 2011 ; Jouen & Molina, 2000). Ce mécanisme a été qualifié par Alain Berthoz (Berthoz, 1997) d'« ajustement prédictif ». Bullinger en approfondit la portée en décrivant un processus d'anticipation-correction : « Avant l'action, notre cerveau prédit les conséquences sensorielles de l'action qu'il envisage, puis [...] compare les informations sensorielles [...] à cette prédiction » (cité dans Meurin, 2024, p. 15).

Cette plasticité permet au sujet de renouveler et de réorganiser continuellement ses représentations corporelles, en fonction de ses interactions avec l'environnement et des expériences vécues. Le corps n'est ainsi jamais figé : il se construit dans une dynamique où la

perception, le mouvement et l'émotion s'entrelacent en permanence, structurant progressivement l'unité corporelle et psychique du sujet (Bullinger, 2011 ; Jouen et al., 2015). Néanmoins, cette dynamique sensorimotrice reste particulièrement sensible aux perturbations. Les atteintes neurologiques, les troubles proprioceptifs ou vestibulaires peuvent venir altérer cette boucle perception-action, fragilisant ainsi la cohérence corporelle et affectant les représentations du corps.

Ainsi, en abordant successivement le tonus, la sensorialité et la sensorimotricité, nous avons mis en lumière les fondements précoces et interconnectés des représentations corporelles. Comme le souligne Frédéric de Vigneron dans le podcast « L'image dans Mind the Body », « la nature intrinsèque de la connaissance du corps est multisensorielle », mais elle repose également sur la structuration progressive d'un modèle interne du corps, enrichi par des informations motrices, affectives et sociales. Nous allons à présent nous intéresser à ce que nous entendons par représentations corporelles.

3.2 Schéma corporel et image du corps : articulation et complémentarité dans la structuration du vécu corporel.

Si la distinction entre schéma corporel et image du corps est pertinente sur un plan théorique, Éric W. Pireyre insiste sur leur interconnexion dynamique dans la réalité clinique. Il souligne que l'image du corps investit en permanence le schéma corporel, faisant de ces deux notions des réalités non isolées, « ces deux dimensions sont interdépendantes dans les représentations corporelles » (Pireyre, 2021). Ainsi, adopter le terme global de « représentations corporelles » permet précisément de souligner cette articulation théorique intégrative, permettant d'appréhender avec justesse la complexité du vécu corporel, dans ses dimensions à la fois perceptives, motrices, affectives et relationnelles.

Ainsi, bien que schéma corporel et image du corps soient étroitement intriqués dans le vécu corporel, il reste essentiel de distinguer et de préciser successivement ces deux notions, afin d'en saisir les spécificités et les articulations. Commençons par explorer plus en détails la notion de schéma corporel.

3.2.1. Le schéma corporel

Le schéma corporel a été défini pour la première fois d'un point de vue neurologique en 1902 par Bonnier, qui parle alors de « sens des attitudes ». Avant cela, la notion de cénesthésie était privilégiée pour désigner le ressenti global du corps. En 1911, les neurologues Head et Holmes proposent une théorie selon laquelle les informations perçues par le corps pendant un mouvement s'inscrivent au niveau du cortex sensoriel et forment un stock d'« impressions », ou

d'images, qui constituent des modèles internes organisés du corps, appelés « schémas ». Ces représentations standard servent de référence pour comparer tout changement postural, offrant ainsi une connaissance immédiate de la position corporelle. Head insiste par ailleurs sur la plasticité de ces représentations, soulignant qu'elles évoluent au fil du temps et des expériences.

Julian de Ajuriaguerra donne une définition devenue classique du schéma corporel :

Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. (Ajuriaguerra, 1980)

Pour lui, le schéma corporel correspond donc à une synthèse dynamique des éprouvés sensoriels et vestibulaires, intégrés dans une continuité temporelle. Il se transforme au fil des expériences corporelles, des apprentissages et des situations, ce qui le rend personnel et toujours en lien avec le moment présent. Nous comprenons dès lors que toute discontinuité dans la temporalité vécue, telle que celle induite par la SEP, peut venir fragiliser cette construction continue du schéma corporel.

Aujourd'hui, le schéma corporel est couramment défini comme « la connaissance et la conscience que l'on a de son corps », incluant à la fois la perception des différentes parties corporelles et de leurs relations spatiales (D'Ignazio & Martin, 2018). Il s'agit d'un savoir corporel incarné, reposant sur une expérience sensorimotrice, et constamment mobilisé pour orienter les mouvements, maintenir l'équilibre ou encore interagir avec autrui. Éric W. Pireyre (2021) propose une définition du schéma corporel à la lumière des avancées en neurosciences et en psychologie cognitive. Il le conçoit comme une représentation dynamique, multisensorielle et évolutive du corps, élaborée à partir d'informations tactiles, proprioceptives, visuelles et vestibulaires. Cette représentation interne, constamment actualisée au gré des interactions avec l'environnement, permet à l'individu de se situer dans l'espace, de coordonner ses mouvements et d'agir efficacement. Elle joue un double rôle : fournir les paramètres initiaux nécessaires à la planification du mouvement et guider son exécution en temps réel.

Cette définition prend tout son sens dans le contexte de la SEP, où les atteintes sensorielles, motrices et proprioceptives peuvent altérer cette représentation corporelle. Le sujet doit alors composer avec un corps dont les repères sont plus ou moins modifiés et instables, nécessitant une adaptation permanente pour maintenir un sentiment de continuité et d'unité corporelle.

Finalement, bien que ce schéma soit principalement organisé de manière inconsciente, sans mobilisation directe du langage ou de la réflexion, pouvons-nous affirmer qu'il échappe totalement à la subjectivité ? Toute perception corporelle reste en effet marquée par l'histoire personnelle, les émotions et le rapport singulier que chacun entretient avec son corps.

3.2.2. L'image du corps

Le terme d'image du corps apparaît sous l'impulsion du neurologue et psychanalyste Paul Schilder, qui parle de « l'image du corps humain » comme de « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes » (Schilder, 1935/1968). Cette représentation psychique, façonnée par les sensations internes, les affects inconscients et les interactions sociales, émerge d'un dialogue constant entre ces dimensions, faisant d'elle une entité à la fois individuelle et relationnelle.

Dans cette perspective, Geneviève Ponton (2012) souligne le rôle de la mémoire sensori-motrice dans la réorganisation psychomotrice. Contrairement à une mémoire purement cognitive, il s'agit ici d'une mémoire procédurale : elle se constitue par l'accumulation d'expériences motrices et se réactualise en permanence grâce à la plasticité neuronale. Cette mémoire corporelle permet ainsi au sujet de s'adapter aux transformations physiques liées au vieillissement, aux traumatismes ou aux maladies. La réorganisation de la conscience corporelle qui en découle ouvre des perspectives thérapeutiques en psychomotricité, où le travail corporel peut contribuer à reconfigurer la manière dont le sujet se représente et habite son propre corps. Catherine Morin (2013) élargit cette perspective en mettant en lumière l'importance des traces mnésiques corporelles, conscientes ou non, dans la construction de l'image du corps. À partir de ses observations cliniques, elle montre comment le vécu sensoriel, affectif et relationnel, est réinterprété de manière symbolique, notamment à travers les autoportraits de patients hémiplésiques. Selon elle, l'image du corps se façonne dans l'entrelacement permanent entre les expériences corporelles présentes et les élaborations psychiques, où le regard d'autrui et l'histoire personnelle jouent un rôle central. Ainsi, tout comme Geneviève Ponton envisage la mémoire corporelle comme un processus vivant soutenant l'adaptation du sujet, Catherine Morin met en évidence la dynamique évolutive de l'image corporelle, à la croisée du réel corporel et du vécu affectif.

Le corps constitue notre premier outil d'expression au monde, à travers ses dimensions posturale, tonique et motrice. Le mouvement peut ainsi être envisagé sous une double fonction : comme moyen d'agir et d'interagir avec l'environnement, mais aussi comme appui fondamental dans la construction des représentations corporelles, en constante évolution. Au cœur de ce processus, il devient progressivement un mode d'expression privilégié du rapport à soi, au monde

et à son propre corps. Il ne s'agit plus seulement de percevoir, mais d'agir, d'éprouver son existence à travers l'engagement corporel.

Nous explorerons à présent les fondements et les implications du mouvement dans le développement psychocorporel.

4. Le mouvement

4.1. Le mouvement : une dynamique corporelle en interaction

Le terme mouvement provient du latin *movimentum*, signifiant « mouvement », lui-même dérivé de *movere* : « remuer », « se mouvoir », « changer de place ». En psychomotricité, le mouvement peut être défini comme « la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture du corps avec changement de situation des parties entre elles, soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace » (Servant-Laval, 2010). Le mouvement s'inscrit donc dans une interaction avec l'environnement et autrui.

Le corps, espace de mémoire et d'émotions, traduit l'histoire singulière de chacun à travers ce qu'il donne à voir : une posture, un tonus, une présence. Penser le mouvement revient ainsi à envisager l'être humain dans sa globalité. La fonction locomotrice ne peut être dissociée de l'expression de soi : toute désorganisation du geste, du tonus ou de la posture affecte nécessairement l'identité, l'expression émotionnelle et relationnelle du sujet (Lesage, 2015).

Au cœur du mouvement, le tonus musculaire joue un rôle fondamental. Carric (2001) le définit comme « un état de tension permanente des muscles [...] involontaire, variable dans son intensité selon les actions qui le renforcent ou l'inhibent » (p. 189). Le tonus constitue le support actif du mouvement : il est à la fois moteur, postural et expressif, étroitement lié aux états émotionnels. Ainsi, les émotions influencent directement le tonus corporel, tandis que la mise en mouvement, en modulant à son tour l'état musculaire, peut favoriser une régulation des états affectifs et enrichir la perception de soi et de l'environnement.

Dans cette perspective, les techniques de mise en mouvement ouvrent le champ des possibles corporels. En mobilisant le corps de manière consciente et progressive, elles permettent de réorganiser les perceptions, de travailler l'image corporelle et de soutenir l'identité du sujet. La mise en mouvement devient un levier de découverte ou de redécouverte, de réaménagement de la perception corporelle.

4.2. La mise en mouvement vers une conscience corporelle

Le mouvement humain repose d'abord sur un substrat neurophysiologique. Il est orchestré par le système nerveux central, via les voies pyramidales et extra-pyramidales, qui contrôlent la motricité volontaire depuis les aires motrices corticales et sous-corticales.

L'information motrice est transmise aux muscles effecteurs par les fuseaux neuro-musculaires, modulant la contraction musculaire autour des articulations. Cependant, le mouvement ne se réduit pas à une simple mécanique musculaire. Il engage aussi une dimension perceptive essentielle. En effet, pour agir dans l'espace et ajuster ses gestes, le sujet doit en permanence percevoir son propre corps en mouvement. Comme nous l'avons vu dans la partie consacrée à la sensorialité, cette perception repose essentiellement sur la proprioception, ce "sens du corps" qui informe en continu sur la position et le déplacement de nos segments corporels.

Alain Berthoz (2008) qualifie ainsi le mouvement d'« organe de perception » à part entière, évoquant la kinesthésie comme un véritable sixième sens. Le corps humain est doté de récepteurs situés dans les muscles, les tendons, les articulations, la peau et l'appareil vestibulaire. Ces capteurs permettent une perception fine de la position du corps, de ses appuis, de ses tensions et de ses déplacements dans l'espace. Ainsi, le mouvement humain s'appuie sur un dialogue permanent entre information sensorielle et ajustement moteur. Ce dialogue, fondé sur des boucles de rétrocontrôle et sur la plasticité cérébrale, permet une adaptation continue aux exigences internes (besoins, émotions) et externes (environnement, interactions sociales). Finalement, le mouvement contribue à construire et enrichir une conscience corporelle incarnée: une perception unifiée, ajustée et vivante de son corps agissant dans le monde. Nous allons à présent voir comment la relaxation psychomotrice offre un cadre propice à l'émergence d'un mouvement, vecteur d'écoute corporelle, de sensations et de reconnexion à soi.

4.3. Le mouvement en relaxation psychomotrice

« Mettre le patient en situation de se (re)connecter à son corps, c'est lui donner l'occasion d'exprimer, de mettre des mots sur des perceptions, des émotions, voire des représentations. C'est ouvrir une porte et lui donner accès à une partie de son monde intérieur » (Pireyre, 2011).

En relaxation psychomotrice deux types de mouvements peuvent être distingués :

- Les mouvements passifs, réalisés par le thérapeute, se définissent en psychomotricité comme des mobilisations douces et accompagnées, où le sujet se laisse porter sans initier lui-même l'action. Ils favorisent l'accueil des sensations internes et un relâchement tonique. Ils peuvent notamment offrir une possibilité de mobilisation corporelle lorsqu'une limitation motrice empêche le sujet de se mouvoir de manière autonome.
- Les mouvements actifs sont réalisés en conscience par le sujet lui-même ils sont souvent associés à la respiration. Ils renforcent la conscience corporelle, facilitent les transitions entre tension et détente, activité et repos, et soutiennent une auto-régulation tonique harmonieuse.

Dans cette perspective, nous allons nous intéresser à la mobilisation articulaire, elle constitue en effet un point d'entrée privilégié pour initier un travail de prise de conscience corporelle.

4.3.1. Un mouvement de soi

La mobilisation articulaire permet de préparer le corps à une mise en mouvement, mais aussi de découvrir ses potentialités de manière méthodique. En explorant son corps comme un instrument vivant, le sujet est amené à expérimenter son organisation fonctionnelle. La conscience des articulations, en tant que lieux de jonction, permet de faire le lien entre les différentes parties du corps, et ouvre ainsi un premier travail de relation à soi. « Le repérage et l'éprouvé articulaire constituent donc un travail de base : comprendre là où ça bouge et jouer avec ces zones de mobilité » (Lesage, 2015, p. 179).

4.3.2. Un mouvement incarné

StarksWhitehouse, fondatrice de la pratique somatique AuthenticMovement, rappelle que « l'essentiel de l'expérience du mouvement est la sensation de se mouvoir et d'être mu » (Vadori-Gauthier, 2014). De plus, selon Geneviève Ponton (2011) « se rendre présent par la perception, c'est être sensible à ce que l'on ressent en vivant l'action ». Le mouvement devient ainsi un acte d'incarnation, une expérience où le sujet se sent pleinement vivant dans et par son corps. Dans cette dynamique, par le mouvement, le sujet devient acteur de ses actions autant que de ses perceptions. En s'adaptant à ses propres capacités, en écoutant ses possibilités corporelles et en interagissant avec son environnement, il développe un sentiment d'agentivité, une mobilisation consciente de son corps. Celle-ci favorise une appropriation plus fine du vécu corporel, renforce les capacités physiques et participe activement à la consolidation de l'estime de soi.

4.4. Le mouvement et les représentations corporelles

Nous comprenons ainsi que le mouvement s'inscrit dans l'évolution du sujet, non seulement au niveau moteur, mais aussi sur les plans de ses représentations corporelles et de ses investissements affectifs. En reprenant les définitions exposées précédemment, rappelons que le schéma corporel, selon Ajuriaguerra (1972), constitue une synthèse dynamique des informations sensorielles et motrices, actualisée en permanence par le vécu corporel. Quant à l'image du corps, telle que décrite par Schilder (1935/1968), elle désigne la manière dont le sujet se perçoit et se représente lui-même, en intégrant ses expériences affectives, sociales et relationnelles.

Dans ce contexte, le mouvement occupe une place centrale. En renouvelant sans cesse les expériences sensorielles, en mobilisant l'attention corporelle et en sollicitant l'ajustement aux contraintes internes et environnementales, il participe activement à la construction et à la

réactualisation du schéma corporel. Par le mouvement, le sujet actualise ses repères corporels, explore ses limites et affine sa connaissance opératoire du corps – cette « connaissance du corps propre qui permet d'organiser gestes et postures » (Lesage, 2015, p. 52). Simultanément, l'image du corps évolue au fil des expériences émotionnelles et relationnelles. Comme le rappelle Schilder, « l'action que chacun mène se déploie dans un cadre affectif : nous bougeons et percevons, dit-il, avec nos personnalités, c'est-à-dire nos désirs et nos mémoires. » (cité par Lesage, 2015, p. 53). Chaque action motrice, chaque ajustement corporel, devient ainsi porteur d'une mémoire affective qui façonne la représentation que le sujet se fait de lui-même.

Ainsi, nous avons vu comment le mouvement conscient, en favorisant une réappropriation sensorielle et affective du corps, pouvait devenir un puissant levier de réaménagement des représentations corporelles. Dans la continuité de ce cheminement, il apparaît naturel de nous tourner vers le rythme le plus intime, permanent et peut-être le plus archaïque de l'expérience corporelle : la respiration.

5. La respiration

5.1. La respiration : première sensation de continuité et d'unification

La respiration est le premier rythme autonome mis en place à la naissance. Elle constitue un rythme de fond, toujours présent, qui accompagne silencieusement le développement de l'individu. Accessible à la conscience à tout moment, elle offre un point d'ancrage corporel, sur lequel le sujet peut se recentrer. Le va-et-vient du souffle, qui traverse le corps, inscrit le sujet dans un mouvement répétitif, apaisant et soutenant, lorsqu'il s'y relie consciemment. Cette alternance entre l'inspiration et l'expiration crée un rythme simple et accessible, soutenant la régulation interne et le retour à soi.

Le physiologiste et pneumologue Thomas Similowski, spécialiste de la respiration et de ses liens avec le psychisme, souligne l'importance du souffle dans la construction de la conscience corporelle. Il précise que la respiration se trouve au croisement des perceptions internes et externes. Elle capte des informations issues des muscles respiratoires, des poumons, des cavités nasales, mais est aussi sensible aux éléments extérieurs comme la température, l'humidité ou les odeurs. Cette double appartenance fait de la respiration une interface sensorielle privilégiée, soutenant l'unité corporelle. Similowski apporte une expérience menée avec l'équipe du neuroscientifique Olaf Blanke, à l'université de Genève, dans laquelle des participants observaient une image de leur propre corps virtuel, synchronisée ou non à leur rythme respiratoire. Il en conclut « tout ce qui bouge au rythme de mon souffle fait partie de moi » (Similowski, 2018). Cette expérience illustre la manière dont la respiration contribue au sentiment d'appartenance

corporelle. Le souffle apparaît comme un marqueur du « moi corporel », un signal stable auquel la conscience peut se raccrocher pour affirmer : ce corps, c'est le mien.

Au-delà de son rôle perceptif et identitaire, la respiration intervient activement dans la modulation du tonus musculaire, influençant la posture, la disponibilité corporelle et les états émotionnels. Ce point sera développé ci-après.

5.2. La respiration comme harmonisateur du tonus musculaire

La respiration participe à la régulation du tonus musculaire et des états émotionnels. Elle a une influence sur la posture, la mobilité et la disponibilité corporelle. Geneviève Ponton illustre ce lien : « un état d'apaisement se fera sentir par une sensation globale de détente et une respiration élargie. Un état d'inquiétude isolera des tensions musculaires dans certaines régions corporelles et diminuera notre amplitude respiratoire » (Ponton, s.d., p. 1). Une respiration lente et profonde stimule le système parasympathique, ce qui favorise un ralentissement des rythmes physiologiques et une sensation de détente. Cette action passe par l'activation de récepteurs pulmonaires sensibles à l'étirement, qui envoient des signaux inhibiteurs au système nerveux autonome, avec des effets sur le rythme cardiaque et les centres émotionnels (Similowski, 2020). Dans cette perspective, Benoît Lesage (2012) souligne que respirer dans une zone du corps permet de moduler sa tonicité et de l'inclure dans une dynamique d'ensemble, reliant ainsi chaque partie du corps à la globalité corporelle. La respiration soutient de ce fait ainsi une harmonisation fine du tonus, favorisant une posture ajustée et une coordination fluide.

Il est intéressant de s'arrêter sur cette notion de posture ajustée. Celle-ci se caractérise par un dos droit, des épaules alignées et une colonne vertébrale bien positionnée. Elle favorise l'expansion de la cage thoracique et l'ouverture des voies respiratoires. Cela permet aux poumons de se dilater pleinement, rendant la respiration plus profonde et plus efficace, notamment parce que le diaphragme, principal muscle respiratoire, fonctionne de façon optimale lorsque la colonne vertébrale est bien alignée, ce qui n'est pas le cas en posture déséquilibrée. À l'inverse, une posture courbée comprime la cage thoracique, limite l'espace pour les poumons et restreint l'expansion thoracique. Elle entraîne une respiration superficielle, une diminution de l'apport en oxygène et une sensation de fatigue accrue. Ce lien entre respiration, posture et tonicité, prend tout son sens face aux perturbations posturales induites par la sclérose en plaques.

Ainsi, les synergies musculaires lient l'équilibre postural au rythme respiratoire. Ainsi la synchronisation entre tonus, respiration et posture est essentielle et permet au corps de s'ajuster pour rester stable tout en respirant efficacement (Clavel, 2020).

5.3. La respiration consciente : un vecteur d'autorégulation et de mobilisation corporelle

D'après Thomas Similowski, la respiration est la seule fonction autonome sur laquelle l'individu peut exercer un contrôle volontaire. Cette particularité en fait un levier privilégié pour accompagner les ajustements physiologiques et psychiques. Nous explorerons ainsi différentes modalités permettant d'engager la respiration comme axe central du travail corporel.

Lorsque nous parlons de respiration, il s'agit du mouvement respiratoire, c'est-à-dire d'un enchaînement automatique et rythmique composé de deux temps : l'inspiration et l'expiration. L'expiration induit un enroulement du tronc visant à expulser l'air, ce qui soutient la présence à soi, en facilitant un recentrage « vers son centre et étayant la capacité de retour sur soi » (Robert-Ouvray, 2015). L'inspiration, à l'inverse, implique une expansion du tronc pour accueillir l'air, évoquant un redressement, une ouverture à l'environnement et à l'autre. Ainsi, le simple fait de porter attention à l'alternance consciente entre inspiration et expiration constitue déjà un point d'appui vers une prise de conscience corporelle, en rendant perceptibles les mouvements internes et les variations toniques qu'elle induit.

Nous pouvons également accentuer cette prise de conscience corporelle par l'exploration volontaire des différentes zones respiratoires — abdominale, thoracique et costale — afin de développer une perception fine des variations d'amplitude et de localisation du souffle.

La respiration abdominale, en particulier, favorise une détente profonde en stimulant le système parasympathique et en facilitant une meilleure oxygénation. Comme le souligne Histel-Barontini (2021), « retrouver sa respiration abdominale profonde, c'est prendre conscience de son souffle, de l'endroit où il s'exprime et ainsi basculer vers l'instant présent. Relâcher ses tensions physiques, mentales et émotionnelles ».

Le diaphragme, muscle central de la respiration, permet une expansion optimale de la cage thoracique, favorisant ainsi l'efficacité des échanges gazeux. Sa mobilisation active soutient également la statique posturale, en contribuant à un ajustement plus précis de l'équilibre tonique, comme nous l'avons évoqué précédemment. Par le biais d'une prise de conscience progressive de sa respiration diaphragmatique, la personne développe une perception plus fine de ses repères corporels internes, ce qui favorise une régulation tonico-posturale plus stable, préalable à une organisation du mouvement plus fluide et coordonnée. Par ailleurs, en réactivant des sensations internes plus précises et mieux intégrées, cette expérience participe au remaniement des représentations corporelles.

De nombreuses approches se sont intéressées au rythme respiratoire et à l'alternance des phases ventilatoires. La cohérence cardiaque, développée dans les années 1990, repose sur une respiration régulière d'environ six cycles par minute, visant à synchroniser le souffle et le rythme cardiaque (Dolfus, 2013 ; Shaffer& Ginsberg, 2017). Cette pratique stimule la variabilité de la fréquence cardiaque — c'est-à-dire la capacité du cœur à adapter naturellement son rythme d'un battement à l'autre —, améliore la régulation émotionnelle et renforce les capacités d'adaptation face au stress (Shaffer& Ginsberg, 2017). En stabilisant le rythme corporel interne, elle soutient l'ajustement tonique et favorise l'intégration cohérente des expériences sensorielles et émotionnelles.

Ainsi, la respiration consciente devient un repère fondamental dans l'équilibre psychocorporel. Elle permet de relâcher les tensions, tant musculoligamentaires que mentales, et favorise un état de relaxation global. Elle constitue un point d'ancrage sensorimoteur à partir duquel de nouvelles perceptions du corps peuvent émerger. L'utilisation volontaire et ajustée de la respiration, en soutenant la régulation tonico-posturale et l'élan du mouvement, s'inscrira pleinement dans les dispositifs cliniques développés ultérieurement.

Pour conclure cette partie théorique, nous avons mis en lumière les liens étroits entre la sclérose en plaques, la transformation du vécu corporel et temporel du sujet, ainsi que les altérations des représentations corporelles. Le rôle central du mouvement et de la respiration consciente dans l'ajustement tonico-postural, l'intégration sensorimotrice et le remaniement des représentations du corps a également été souligné. L'ensemble de ces éléments théoriques constituera le socle de réflexion et d'intervention sur lequel s'appuie l'approche clinique développée dans l'étude de cas de Mme D.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

1. Le cadre de soin

1.1 Présentation du lieu de stage

J'effectue mon stage dans un foyer d'accueil médicalisé dédié aux personnes atteintes de cérébrolésions acquises, consécutives à un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien, une infection, une intoxication ou une maladie neurologique évolutive.

L'établissement a pour mission de développer ou de maintenir l'autonomie des résidents en s'appuyant sur leurs capacités préservées. Cette prise en charge globale est assurée par une équipe pluridisciplinaire composée du médecin coordonnateur, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'une neuropsychologue, d'une psychomotricienne, d'une ergothérapeute, d'un enseignant en activité physique adaptée et d'animateurs.

Les indications de prise en charge sont définies de manière concertée avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, dans une logique de cohérence et de continuité des soins. Cette concertation s'appuie notamment sur les synthèses annuelles, organisées autour du médecin coordonnateur, des professionnels paramédicaux impliqués, du résident, de son référent (issu de l'équipe soignante) et si le résident le souhaite, de membres de sa famille. À l'issue de cette réunion, est élaboré le Projet Personnalisé Individualisé (PPI), qui prend en compte les besoins, les souhaits et les attentes du résident, et fixe des objectifs spécifiques dans les domaines médicaux, sociaux et éducatifs.

La structure dispose de 58 places en hébergement permanent ainsi que de deux places d'accueil temporaire, permettant d'offrir un temps de répit aux familles accompagnantes. Les infrastructures comprennent des chambres individuelles, des espaces de vie collectifs (cuisine thérapeutique, salon, restaurant) ainsi que des équipements spécifiques facilitant les interventions thérapeutiques et les activités du quotidien (locaux de soins, salles d'activités, salle de sport et espace bien-être).

1.2. Place de la psychomotricité

La psychomotricité est pleinement intégrée dans l'organisation des soins de l'établissement, en particulier dans l'élaboration et le suivi du projet global de soins des résidents. L'indication d'un suivi psychomoteur s'inscrit dans le cadre du Projet Personnalisé Individualisé (PPI), en cohérence avec les besoins repérés. Elle repose sur les résultats du bilan psychomoteur, les observations cliniques et les transmissions pluridisciplinaires. Ces éléments permettent de construire des objectifs précis et d'évaluer la pertinence d'un accompagnement individualisé en

psychomotricité ou non. Des réunions paramédicales hebdomadaires permettent d'échanger sur l'évolution des situations et d'ajuster les prises en charge. Dans ce cadre, la psychomotricienne est mobilisée à la fois pour réaliser des évaluations cliniques et pour conduire des suivis visant à soutenir le bien-être physique, psychique et relationnel des personnes accueillies.

Elle propose des groupes thérapeutiques différenciés, centrés par exemple sur le travail postural, la conscience corporelle ou la perception sensorielle. Un groupe de relaxation est ainsi mené afin de permettre aux résidents d'exprimer leurs ressentis et d'apaiser leurs tensions psychocorporelles. Par ailleurs, un groupe de rééducation fonctionnelle est coanimé avec l'ergothérapeute. Il est organisé par cycles de deux mois et destiné à certains résidents identifiés selon des critères cliniques partagés. Les objectifs portent principalement sur l'amélioration de l'équilibre, la gestion des transferts d'appui, le renforcement du tonus axial et la coordination des mouvements, en vue de sécuriser les transferts, de maintenir l'autonomie et la mobilité. Des séances individuelles peuvent également être proposées, notamment les séances de thermo-spa, visant à favoriser le relâchement tonique, réduire la spasticité et soulager certaines douleurs. Ce dispositif, reposant sur une toile tendue sur de l'eau chauffée, procure un effet enveloppant et contenant, favorisant la perception de l'enveloppe corporelle.

Nous introduirons ici Mme D., en mettant en lumière son histoire de vie et l'évolution de son parcours médical.

2. Qui est Madame D ?

2.1. Anamnèse

Madame D, 61 ans, est une femme de forte corpulence, aux cheveux courts poivre et sel. Ses yeux marron foncé sont vifs et expressifs. Elle semble accorder de l'importance à son apparence. Elle porte des vêtements colorés et prend plaisir à composer ses tenues avec soin. Issue d'une fratrie de deux enfants, elle n'a plus de lien avec son frère cadet. Son enfance a été marquée par une séparation précoce d'avec sa mère, dont l'état de santé ne lui permettait pas de s'occuper d'elle. D'abord confiée à une nourrice, elle est ensuite élevée par sa grand-mère maternelle, qui assure son éducation. Après un parcours scolaire classique en internat, elle choisit de devenir fleuriste, un métier manuel et créatif dans lequel elle s'épanouit. Elle prend plaisir à composer des bouquets, à associer les couleurs et à travailler les textures florales. Cependant, à l'âge de 34 ans, un diagnostic de sclérose en plaques de forme rémittente bouleverse son quotidien. Dans un premier temps, elle tente de poursuivre son activité professionnelle, mais la progression insidieuse de la maladie réduit progressivement ses capacités motrices. Contrainte d'adapter son mode de vie, elle commence à séjourner ponctuellement dans une structure de

répité à l'âge de 42 ans. Face à une perte d'autonomie grandissante, ces séjours conduisent à une institutionnalisation. À 59 ans, en raison de l'augmentation de ses besoins, elle intègre le foyer d'accueil médicalisé, où elle bénéficie d'un accompagnement adapté et constant.

2.2. Parcours médical, manifestations cliniques et impact fonctionnel

D'après son dossier médical et les synthèses pluridisciplinaires, Mme D. présente un passé médical marqué par plusieurs pathologies. En 2006, une intervention d'agrandissement vésical a été réalisée pour pallier des troubles urinaires liés à l'évolution de sa maladie. Elle porte d'ailleurs aujourd'hui une sonde urinaire en raison de troubles vésico-sphinctériens. En 2013, elle a traversé un épisode dépressif avec crises maniaques, survenu notamment après la diminution de ses capacités motrices. Par ailleurs, elle est également atteinte d'un diabète non insulino-dépendant, sans lien direct avec la sclérose en plaques.

Actuellement, le handicap de Mme D. est essentiellement moteur. Ses capacités sont fortement altérées, avec une faiblesse musculaire généralisée et de multiples déformations articulaires exacerbées par une spasticité marquée. Pour en atténuer les effets, elle bénéficie d'une pompe à Baclofène, qui libère un agent médicamenteux directement dans la moelle épinière. Le membre supérieur droit, qui est son côté dominant, est plus sévèrement atteint, avec une paraparésie spastique et d'importantes déformations de la main, entravant la précision gestuelle et les fonctions de préhension. La motricité de son membre supérieur gauche est préservée. La commande volontaire des membres inférieurs est également très limitée, avec une triple flexion spastique qui entrave la mobilité. Le tronc présente une cypho-scoliose importante, associée à une inclinaison marquée vers la gauche, altérant la stabilité posturale et rendant la station assise précaire. En raison de ces altérations motrices, Mme D. nécessite une assistance totale pour les transferts, réalisés à l'aide d'un rail. Elle dispose d'équipements adaptés, tels qu'un fauteuil roulant électrique modulaire et un lit médicalisé, visant à optimiser son confort et à favoriser son autonomie. Ces besoins spécifiques justifient un accompagnement coordonné, inscrit dans une dynamique pluridisciplinaire, où chaque prise en charge contribue à soutenir son autonomie, son confort et son bien-être.

2.3. Prise en charge pluridisciplinaire

Mme D. bénéficie d'un suivi régulier en ergothérapie, qui vise justement à adapter son matériel afin d'améliorer son accessibilité et de favoriser son autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Au cours de nos échanges, l'ergothérapeute m'indique que Mme D. gère seule son alimentation. En ce qui concerne la toilette, une aide quasi-totale est requise. La mise en place

de matériel adapté, telle qu'une chaise inclinable, lui permet de participer activement à certains gestes, comme le lavage du visage et du haut du corps. Pour l'habillage, elle choisit et prépare ses vêtements elle-même. Enfin, son fauteuil électrique, qu'elle dirige efficacement, lui permet une autonomie relative dans ses déplacements.

En neuropsychologie, Mme D. bénéficie, à sa demande, d'entretiens ponctuels visant à accompagner son bien-être émotionnel. Selon la neuropsychologue, elle maintient un moral stable, soutenu par son engagement dans les activités du quotidien et par un entourage amical solide, qui lui apporte un appui précieux. Sur le plan cognitif, Mme D. présente de bonnes capacités, associées à un haut niveau de métacognition. Elle met en place des stratégies efficaces et s'appuie sur des aides environnementales pour préserver son autonomie, comme par exemple l'usage d'un agenda pour organiser ses rendez-vous. Elle participe également chaque semaine à un atelier d'écriture de journal, encadré par la neuropsychologue, contribuant ainsi à maintenir ses compétences cognitives et à favoriser son expression personnelle.

Elle dispose en outre d'un suivi hebdomadaire en kinésithérapie, axé sur la mobilisation globale et le drainage des membres inférieurs, avec un objectif antalgique. Ce travail vise à limiter les douleurs liées aux tensions musculaires et à favoriser un meilleur confort postural.

À son arrivée dans la structure en 2023, Mme D. a bénéficié d'un suivi en psychomotricité, sous forme de séances ponctuelles, principalement axées sur la relaxation et le relâchement des tensions corporelles. Une réflexion a ensuite été menée afin d'adapter et d'approfondir cet accompagnement en fonction de ses besoins spécifiques. Cette prise en charge, pensée pour répondre au mieux à ses besoins, sera explorée dans la partie suivante.

3. Origine et mise en place du suivi en psychomotricité

Au cours du mois de décembre 2024, Mme D. s'est vu poser un cystocath, qui est une sonde urinaire. Il s'agit alors de l'accompagner dans l'appropriation de ce dispositif. Par ailleurs, elle présentait une escarre au niveau de l'ischion droit. À cette période, les transmissions infirmières font état d'une douleur difficile à soulager lors des soins, avec une attention très focalisée sur cette zone. Dans ce contexte, avec ma maître de stage, nous envisageons la mise en place d'un suivi hebdomadaire en psychomotricité, afin de la soutenir dans sa gestion de la douleur et d'approfondir les répercussions possibles sur son investissement corporel.

Pour enrichir cette démarche de prise en charge, je consulte la conclusion du bilan psychomoteur rédigé par la psychomotricienne en 2023, qui apporte des éléments précieux sur le rapport de Mme D. à son corps. Ce bilan met en évidence un décalage entre une bonne intégration du schéma corporel et une perception négative de son corps, en lien avec des

douleurs persistantes. Ma maître de stage note alors qu'il était essentiel de favoriser des expériences sensorielles agréables afin d'améliorer ce rapport. Par ailleurs, les comptes-rendus des séances de psychomotricité réalisées à cette période indiquent que Mme D. a bénéficié de deux premières séances utilisant un plaid sensoriel, puis de trois autres avec un casque de réalité virtuelle pour favoriser son entrée dans la relaxation. La psychomotricienne y note qu'initialement, la relaxation a provoqué une résistance manifeste, marquée par une forte verbalisation. Toutefois, au fil des séances, une évolution est observée, Mme D. acceptant progressivement les stimulations sensorielles et atteint, même partiellement, un état de détente. Le temps nécessaire pour y accéder se réduit, de même que ses interventions verbales.

3.1. Ma première rencontre avec Mme D.

Après l'étude de son dossier, j'ai l'opportunité de rencontrer Mme D. pour un premier échange, visant à discuter de ses disponibilités et à introduire le projet de bilan psychomoteur, dans une perspective de réévaluation globale. Lorsque je la rejoins dans sa chambre, elle est allongée sur le dos dans son lit, en raison d'une sensation de fatigue exprimée à l'équipe soignante, plus tôt dans la journée.

Mme D. communique aisément : son ton est assuré, sa prosodie fluide et son rythme d'élocution modéré. Sa respiration est régulière et son regard, tourné vers moi, témoigne de sa disponibilité à l'échange. Elle partage spontanément ses centres d'intérêt, mettant en avant son attrait pour les activités manuelles et les jeux de réflexion. En dehors de ces loisirs, elle mentionne son appétence pour la mode et les sorties. Elle insiste également sur le fait qu'elle déteste ne rien faire et qu'elle a toujours un emploi du temps chargé. Lorsque je tente d'approfondir cette affirmation en lui demandant pourquoi, elle élude la question, haussant légèrement les épaules et concluant d'un ton plus sec : « C'est comme ça ». Plus tard dans la conversation, elle finit par préciser : « C'est lorsque l'on ne fait rien que les pensées arrivent ». Cette nécessité, de rester occupée pourrait-elle traduire un évitement des pensées négatives qui surgissent lors de l'inactivité ? Ce besoin de structurer son quotidien serait-il une tentative de conserver une forme de contrôle sur son environnement, face à la perte de maîtrise imposée par la maladie ? Lorsqu'il est question de celle-ci, elle affirme qu'elle l'accepte bien, ajoutant qu'elle a fait ce travail d'acceptation « il y a longtemps ». Cependant, en évoquant les pertes progressives liées à sa pathologie, elle minimise l'impact, déclarant qu'elle ne s'y attarde pas. À cet instant, son ton devient plus neutre, et son regard se détourne brièvement. Ce changement, pourrait-il traduire une mise à distance, peut-être face à un vécu douloureux ou à la réalité de ses limitations corporelles ? Interrogée sur ses attentes quant à la prise en charge, Mme D. exprime un intérêt

particulier pour la relaxation. Lorsque j'évoque la possibilité que des pensées négatives surgissent dans ces moments, elle rectifie immédiatement : la relaxation diffère du fait de ne rien faire, car elle y participe activement. Cette distinction met, selon moi, en lumière son besoin de rester actrice de son quotidien.

À l'issue de cette première rencontre, deux éléments principaux retiennent mon attention : l'investissement marqué de Mme D. dans les activités proposées et son besoin affirmé de structurer son quotidien. Au regard de ces premières constatations, je m'interroge : cette manière de rester continuellement mobilisée pourrait-elle s'apparenter à une forme d'activisme, lui permettant de ne pas s'attarder sur sa condition ? Peut-elle également traduire une volonté de conserver un sentiment de maîtrise sur son corps et son environnement, dans un contexte où la maladie réduit progressivement ses possibilités d'action ?

Ce comportement peut aussi être envisagé comme une modalité propre de faire avec son handicap, une façon de ne pas s'y réduire. À travers sa participation active aux soins et son absence de résignation apparente, Mme D. semble affirmer une posture d'engagement face à la maladie. Ces premières observations soulignent l'intérêt d'approfondir ces dynamiques au fil du suivi psychomoteur.

3.2. Le bilan psychomoteur

J'ai choisi d'axer l'évaluation psychomotrice de Mme D. sur l'image du corps. Ce choix s'appuie sur plusieurs éléments convergents. En premier lieu, le bilan psychomoteur antérieur met en évidence un vécu corporel altéré, principalement en lien avec des douleurs chroniques. Par ailleurs, j'ai été interpellée par le caractère évasif de Mme D. lorsqu'elle évoque les pertes induites par la maladie, comme si celles-ci demeuraient difficiles à formuler ou à investir. Enfin, l'impact reconnu de la sclérose en plaques sur le schéma corporel et l'image du corps a renforcé la pertinence de cet axe d'évaluation.

Dans cette perspective, l'évaluation portera sur plusieurs aspects complémentaires. Les capacités somatognosiques seront examinées à travers des exercices de désignation et de localisation des parties du corps sur elle-même et sur autrui. La perception de la verticale subjective sera explorée à l'aide d'un bâton, afin d'évaluer les potentiels effets de son inclinaison posturale vers la gauche. Le schéma postural sera travaillé par des exercices d'imitation de postures. L'image du corps sera approfondie à l'aide du questionnaire d'O. Moyano et Marilou Bruchon-Schweitzer, ainsi que du dessin du corps, afin de recueillir des éléments sur ses représentations corporelles. Enfin, l'évaluation de la motricité globale, des coordinations et du

tonus musculaire se déroulera en position assise sur un plan Bobath, la station, debout n'étant pas envisageable en raison de ses limitations motrices.

3.3. Compte rendu du bilan psychomoteur

3.3.1 Somatognosie et schéma corporel

Les somatognosies sont de bonne qualité, traduisant une connaissance précise des différentes parties du corps et de leurs relations spatiales. L'épreuve d'imitation des gestes des mains, des bras et des doigts met en évidence une bonne réversibilité chez la patiente. Toutefois, bien que l'analyse posturale soit satisfaisante, des difficultés motrices du côté droit émergent lors de l'imitation des gestes, avec une fatigabilité notable du membre supérieur droit. Ces manifestations sont à mettre en lien avec l'atteinte neurologique induite par la sclérose en plaques. Mme D. tient néanmoins à solliciter ce membre autant que possible, consciente de son importance dans son schéma corporel et des limitations qu'une passivité prolongée pourrait engendrer. Cette situation m'amène à formuler l'hypothèse que la perte progressive de mobilité de sa main pourrait constituer une source d'angoisse pour elle. Les tests de repérage du membre dans l'espace et les postures effectuées les yeux fermés sont réussis. Elle parvient également à positionner un bâton à la verticale, toujours sans contrôle visuel, ce qui suggère que son inclinaison tronculaire n'altère pas sa perception de la verticale. Enfin, aucun trouble de la sensibilité superficielle n'a été observé.

3.3.2. Tonus musculaire et régulation tonique

L'évaluation du tonus d'action met en évidence une modulation relativement préservée au niveau des membres supérieurs, en particulier du côté gauche, où le recrutement volontaire reste possible. Du côté droit, des rétractions au niveau de la main entravent l'engagement musculaire et limitent les capacités de mobilisation active. Au niveau des membres inférieurs, le tonus est marqué par une hypertonie, en lien avec une posture en triple flexion spastique mentionnée dans le dossier médical. Chez Mme D., cette spasticité s'exprime par un triple retrait, avec des rétractions installées se manifestant notamment par un flexum de hanche et de genou, sans atteinte en pied équin, ce qui entraîne une inhibition importante de la mise en mouvement. Quelques mouvements fins des orteils persistent néanmoins, principalement à gauche.

Concernant le tonus de fond, l'épreuve du ballant des bras montre qu'elle parvient à un relâchement volontaire, partiel au niveau des membres supérieurs, témoignant d'une certaine capacité de modulation tonique. À l'inverse, une paratonie est observée lors des mobilisations passives des membres inférieurs, traduisant une difficulté à relâcher certains groupes musculaires sur commande. Au repos, le tonus de fond apparaît globalement élevé, en cohérence avec l'hypertonie observée aux membres inférieurs. Par ailleurs, la présence d'une cypho-scoliose

semble l'amener à maintenir un niveau de recrutement tonique élevé, probablement pour stabiliser son axe corporel et conserver une posture aussi droite que possible.

3.3.3. Motricité et coordinations

Les déficits toniques et moteurs précédemment observés limitent fortement les capacités de déplacement de Mme D. Celle-ci ne peut accéder seule à la station debout, ni réaliser ses transferts de manière autonome. La faiblesse des membres supérieurs, en particulier du côté droit, altère sa motricité globale et compromet la précision des gestes. Les déformations de la main droite perturbent la fluidité gestuelle, l'obligeant à mobiliser préférentiellement son membre supérieur gauche pour compenser. L'évaluation des coordinations bimanuelles vient illustrer ces difficultés, notamment lors de l'épreuve de lancer et d'attraper. Elle ne parvient pas à relâcher sa main droite pour lâcher la balle, ce qui l'oblige à réaliser l'action exclusivement avec son membre supérieur gauche. Lorsqu'elle tente d'impliquer sa main droite, le geste devient incoordonné et inefficace, entraînant un échec. Cette difficulté souligne donc un déséquilibre fonctionnel important et la nécessité de stratégies compensatoires pour préserver une certaine autonomie gestuelle.

3.3.4. Image du corps

Mme D. refuse de réaliser le dessin du bonhomme, exprimant une crainte de l'échec liée aux limitations de son bras droit. Ce comportement pourrait traduire une anxiété de performance, une appréhension face à la confrontation directe avec ses difficultés motrices. Il est intéressant de noter ici que ce refus avait déjà été observé lors du bilan psychomoteur réalisé en 2023, ce qui renforce l'hypothèse d'une difficulté plus profonde à investir émotionnellement une représentation symbolique de son corps.

Ses réponses au questionnaire d'Omoiano révèlent une connaissance détaillée et factuelle de son corps, centrée notamment sur les structures osseuses et le système nerveux. Cette approche semble traduire une forme de distanciation du vécu corporel, au profit d'une description objectivée. Elle pourrait refléter l'effet d'un long parcours de soins, dans lequel le corps devient progressivement médicalisé, pensé et parlé en termes biomédicaux plus que vécus. Ensuite, lorsqu'elle affirme que « l'on peut tout faire avec son corps », cela me questionne : cherche-t-elle à nier les contraintes imposées par sa maladie ou à préserver une image idéalisée d'elle-même ? À l'inverse, sa réponse « toutes les parties du corps sont fragiles » semble évoquer une perception d'un corps vulnérable, où aucune partie ne serait pleinement fiable. Lors du questionnaire de Marilou Bruchon-Schweitzersur l'image du corps (Annexe I), Mme D. opte systématiquement pour les propositions les plus positives. Ce choix, reflète-t-il un réel sentiment positif envers son corps, ou est-ce un moyen d'éviter d'affronter les aspects plus douloureux de

son image corporelle? Je fais l'hypothèse que l'usage répété de réponses positives constitue un mécanisme de défense pour minimiser l'impact émotionnel de cette réflexion.

Enfin, son attitude pendant les questionnaires m'interpelle. Elle ponctue fréquemment ses réponses de rires et d'expressions telles que « soyons fous ». Ce ton humoristique pourrait traduire une tentative de mise à distance émotionnelle, visant à désamorcer la tension face à des questions perçues comme intrusives. Il pourrait également s'agir d'une réaction de prestance, destinée à préserver une image du corps valorisée. Lorsqu'elle qualifie certaines questions de « bidon », je m'interroge : s'agit-il d'un rejet du sujet, ou plutôt d'une crainte d'explorer des émotions plus complexes ? Par ailleurs, sa remarque finale sur la difficulté de certaines questions pourrait suggérer une résonance émotionnelle plus profonde, témoignant d'une difficulté à verbaliser certains ressentis corporels.

3.4. Conclusion du bilan psychomoteur et objectifs

3.4.1. Conclusion du bilan

Mme D. présente un schéma corporel intégré et structuré, avec des capacités proprioceptives et une orientation spatio-corporelle préservées. Celui-ci semble en adéquation avec ses capacités fonctionnelles actuelles. La comparaison avec le bilan psychomoteur réalisé en 2023 suggère une stabilité dans cette intégration. Toutefois, il reste difficile de déterminer dans quelle mesure cette stabilité reflète une réelle adaptation aux évolutions fonctionnelles liées à la progression de sa pathologie. Par ailleurs, Mme D. semble maintenir une certaine distance émotionnelle dans la relation, évitant d'aborder des aspects plus personnels ou vulnérables. Ses réponses aux questionnaires d'O-Moyanno et de Marilou Bruchon-Schweitzer illustrent une tension entre une image de soi volontairement positive et un investissement corporel marqué par des pertes. Cette tendance pourrait révéler une stratégie de protection face aux ajustements psychiques induits par les transformations corporelles.

À l'issue de la passation du bilan psychomoteur et de son analyse, je détermine les objectifs suivants pour sa prise en charge.

3.4.2. Objectifs à court et moyen terme

- Accompagner la gestion de la douleur en introduisant des stratégies d'adaptation corporelle et psychique. L'accent sera mis sur des sensations agréables ou neutres, afin de soutenir une défocalisation de l'attention portée à la douleur.
- Favoriser un état de relaxation en accompagnant Mme D. à se recentrer sur le moment présent, notamment par le biais de la respiration et de la régulation tonique. Ce travail

visera à soutenir un ancrage corporel progressif et à renforcer la fonction d'enveloppe psychocorporelle.

3.4.3. Objectifs à long terme

- Encourager l'autonomie dans les stratégies de détente en aidant Mme D. à intégrer et utiliser les techniques qui lui ont été bénéfiques afin qu'elle puisse les reproduire en dehors des séances. Il s'agira de lui permettre d'avoir une action positive sur son vécu corporel.
- Renforcer une image corporelle positive en soutenant une perception plus fine, cohérente et valorisante du corps, à partir de ses capacités préservées.

3.4.4 Moyens et modalités de mise en œuvre

- Des techniques de relaxation et des exercices de respiration sembleraient être pertinents pour l'accompagnement de la patiente.
- Une approche basée sur le yoga adapté pourrait être mise en place dans un second temps au regard de ses capacités et de ses besoins et en s'appuyant sur son dynamisme naturel.

Ainsi, avant de débiter ce suivi, mon intention est d'accompagner Mme D. dans une meilleure gestion de ses émotions, de valoriser ses capacités et de soutenir une écoute plus fine de ses ressentis corporels, en lien avec le travail engagé autour de l'image du corps. Ce travail vise à renforcer l'estime de soi et le bien-être corporel au quotidien. Une phase d'observation initiale permettra d'identifier les approches les plus adaptées à ses besoins et à son engagement, afin d'ajuster progressivement l'organisation des séances. Celles-ci auront lieu une fois par semaine, durant 40 minutes, en présence de ma maître de stage installée en observation. Ce suivi débutera au mois de janvier et se poursuivra jusqu'à la fin du mois de juin.

4. L'accompagnement psychomoteur de Mme D.

4.1. Séance 1 : Première approche de la respiration et régulation tonico-émotionnelle

Lors de notre première rencontre, Mme D. avait exprimé son intérêt pour les techniques de relaxation. En lien avec cette volonté et au regard du travail initié lors des séances ponctuelles de 2023, j'ai choisi de débiter ce suivi par un scan corporel. Cette approche me permet de l'observer en situation de relaxation, d'explorer sa respiration naturelle et d'évaluer son mode d'engagement corporel dans ce contexte. Cela constitue également une base de repère pour apprécier les évolutions au fil des séances futures.

Mme D. arrive avec une posture tendue, agacée par l'attente imposée avant le démarrage de la séance. Elle manifeste son impatience : « Je ne vais pas dormir ici, ça m'énerve. » Nous commençons alors par le transfert du fauteuil au plan Bobath, à l'aide du rail. Pendant ce transfert, j'observe que son visage se crispe, ses bras se rapprochent du tronc. Elle serre fortement les sangles de transfert entre ses mains, traduisant une importante tension corporelle.

D'un point de vue respiratoire, j'observe une respiration thoracique haute, avec une ampliation diminuée. Les phases d'inspiration et d'expiration sont brèves, saccadées et superficielles. Mme D. verbalise une douleur localisée au niveau de l'ischion droit, en lien avec son escarre. Je m'interroge : cette respiration précipitée est-elle uniquement liée à la douleur, ou traduit-elle également une appréhension face au transfert ? Je fais alors l'hypothèse que la rendre plus actrice dans ce type de mobilisation pourrait peut-être contribuer à diminuer cette tension, en lui permettant de mieux anticiper et accompagner le mouvement. Lorsque je lui fais remarquer la rapidité et l'intensité de sa respiration, elle me répond : « Ça m'aide à me calmer. » Pourtant, comment accéder à un état de détente et soulager la douleur avec un rythme respiratoire aussi précipité ? Cette respiration rapide, ne risque-t-elle pas, au contraire, d'entretenir une tension corporelle généralisée, voire d'exacerber la douleur ?

Mme D. est ensuite installée sur le plan Bobath en décubitus dorsal, avec un module triangulaire sous les jambes, formant une pente descendante. Je débute la séance par le scan corporel, associant des pressions appliquées, en verbalisant, sur les différentes parties de son corps. Je commence par diriger son attention sur les bruits environnants, puis je l'invite à prendre conscience de sa respiration naturelle et de ses points d'appui, afin de la recentrer sur ses sensations actuelles.

Au cours de cette séance, plusieurs éléments me questionnent sur la capacité de Mme D. à s'installer dans un état d'immobilité et de passivité. En effet, avant de débiter le scan corporel, elle verbalise plusieurs inconforts liés à l'installation, nécessitant des ajustements successifs du positionnement. De plus, durant la relaxation, elle manifeste de nombreux micromouvements : haussements de sourcils, ouverture des yeux, ajustements vestimentaires, modifications de la position des bras. Elle semble également très attentive à mon toucher, anticipant l'emplacement de mes mains, par exemple en étendant les doigts lors des pressions exercées. Au regard de cette observation, je fais l'hypothèse que lorsqu'elle me tend les mains, Mme D. me donne volontairement accès à son corps, choisissant ainsi d'initier le contact tactile. Cela me permet d'établir un lien avec la notion de participation active, qu'elle avait elle-même évoquée lors de l'entretien.

Ainsi, à la lumière des ajustements successifs du positionnement, des micromouvements répétés et de l'anticipation tactile, je formule l'hypothèse d'une vigilance persistante, associée à un besoin de contrôle corporel.

A la fin de cette expérimentation, je l'invite à partager son ressenti. Elle indique avoir apprécié et me remercie, mais peine à formuler des sensations corporelles plus précises. Elle mentionne toutefois qu'auparavant, elle était « infernale » en relaxation, qu'elle ne pouvait ni fermer les yeux ni cesser de parler. Elle partage également qu'elle ne s'était jamais accordé la possibilité de relâcher les tensions dans sa vie et qu'elle apprenait progressivement à le faire. Selon moi, cette remarque met en évidence un enjeu central pour elle : l'acceptation de la détente et du relâchement.

Lors de cette première séance, sa respiration a particulièrement attiré mon attention. Elle oscille entre des phases de respiration à peine perceptible et d'autres, plus sonores, marquées notamment par une expiration accentuée. Avec ma maître de stage, nous nous sommes interrogées : Mme D. a-t-elle partiellement intégré l'idée que l'expiration, lorsqu'elle est allongée et audible, peut favoriser la détente ? Si ce lien semble en partie conscientisé, son rythme respiratoire reste néanmoins rapide, ce qui en limite les effets régulateurs. Cette variabilité traduit-elle un processus d'autorégulation encore en élaboration, ou bien une tentative d'adaptation à ce qu'elle perçoit comme une attente extérieure ? Ce questionnement a également émergé en réunion pluridisciplinaire, où le kinésithérapeute a signalé que, lors des mobilisations articulaires, elle adoptait une respiration rapide et peu efficiente.

Au regard de ces constatations, j'oriente la séance suivante vers un travail centré sur la respiration, dans l'objectif de renforcer la conscience corporelle de la patiente en approfondissant la perception de ses zones respiratoires. En réponse à la variabilité respiratoire observée précédemment, il s'agira de soutenir une perception plus fine des sensations internes, afin de faciliter une régulation plus ajustée du rythme respiratoire, qui pourra ensuite servir d'appui à un relâchement corporel plus global.

4.2. Séance 2 : Perception des différentes zones respiratoires

À son arrivée, Mme D. exprime directement son souhait de ne pas effectuer de transfert en raison de douleurs liées à son escarre. Je choisis donc d'adapter la séance au fauteuil, afin de respecter son état du moment et de soutenir son engagement en prenant en compte sa demande. Je lui explique que nous allons travailler sur la respiration et que l'objectif sera d'explorer différentes zones de son corps sur lesquelles elle pourra percevoir ses mouvements

respiratoires. J'ajoute qu'avec son accord, je pourrai poser mes mains sur certaines parties de son corps pour faciliter cette prise de conscience.

Pour l'installation, elle choisit l'inclinaison de son fauteuil et ajuste le soutien de sa tête. Dès le début, elle manifeste une vigilance élevée, posant de nombreuses questions qui semblent entraver son accès aux sensations dans l'instant présent. J'observe, comme lors de la première séance, des haussements de sourcils répétés et des ajustements fréquents de son foulard. Cette action pourrait refléter une tentative de réappropriation corporelle, ou un besoin de réassurance. Ces éléments m'interrogent : traduisent-ils un inconfort, une résistance à l'exercice, ou une forme de méfiance vis-à-vis de la proposition ?

Nous commençons l'exploration par la respiration abdominale. Je lui suggère de poser elle-même ses mains sur son ventre afin de sentir les mouvements respiratoires. Elle les place spontanément sur le bas-ventre, là où a été posée la sonde cystocath. Ce choix m'interpelle : cherche-t-elle à protéger cette zone, perçue comme vulnérable, ou souhaite-t-elle se la réapproprier ? Je m'interroge également sur la manière dont elle vit la présence de la sonde : est-elle ressentie comme une intrusion et ce geste, pourrait-il alors traduire une tentative de rétablir une limite corporelle ? Pour faciliter cette perception, je lui propose l'utilisation d'une couverture lestée. Bien que réticente par crainte d'une nouvelle source de douleur, elle accepte. Mme D. exprime percevoir les mouvements de son ventre visuellement mais éprouve une difficulté les à ressentir corporellement. Je fais l'hypothèse que cette zone de respiration abdominale, est peu investie par Mme D. L'exploration se poursuit au niveau costal. Après avoir déplacé ses mains sur ses côtes, elle me confie avoir également des difficultés à percevoir les mouvements dans cette zone. Son visage exprime une certaine perplexité et les haussements de sourcils réapparaissent. Je me sens alors un peu déstabilisée, incertaine de la façon dont elle reçoit mon approche. N'en perçoit-elle pas l'intérêt ? Finalement, pour terminer l'expérimentation, je lui propose de se concentrer sur la zone claviculaire. En raison de ses limitations motrices, qui ne lui permettent pas d'atteindre cette région avec ses mains, je pose les miennes sur ses clavicules. Immédiatement, elle indique percevoir l'élévation des clavicules et décrit cette sensation avec aisance. Cette facilité m'interroge : cette zone, lui est-elle plus familière, car sa respiration se situe habituellement au niveau thoracique ? Cette tendance, pourrait-elle être liée à un mode respiratoire plus haut, en réponse à des douleurs ou à des tensions ?

En fin de séance, nous passons à un exercice de cohérence cardiaque. Je lui propose d'inspirer et d'expirer sur cinq temps. Très rapidement, j'observe que ce rythme est trop coûteux pour elle : son souffle devient irrégulier, ses épaules se haussent légèrement à chaque inspiration, et elle semble mobiliser son thorax de manière prédominante. J'adapte alors l'exercice en

ramenant l'inspiration et l'expiration à trois secondes. J'observe plus particulièrement une difficulté à inspirer, que Mme D. attribue à un problème de cloison nasale. Cependant, je m'interroge : cette difficulté, pourrait-elle aussi être liée à une expiration incomplète, limitant l'ampleur de l'inspiration suivante ? Pour explorer cette piste, je lui propose d'accentuer son expiration. Cette adaptation semble favoriser une inspiration plus profonde et plus relâchée. Après quelques cycles, elle indique ressentir une respiration plus apaisée et plus fluide.

Cette impression semble confirmée corporellement : sa respiration devient plus ample et plus lente, tandis que la mobilisation thoracique s'atténue progressivement.

Au cours de cette séance, Mme D. est restée dans un état de vigilance élevé, tout en parvenant à se concentrer ponctuellement sur certaines zones corporelles et à expérimenter une respiration plus profonde. Dans la continuité de ce travail et en lien avec les objectifs définis dans le projet psychomoteur, la prochaine rencontre visera à affiner son rythme respiratoire afin qu'il puisse servir d'appui à un relâchement corporel plus global. Pour accompagner cette évolution, j'envisage l'utilisation d'un support visuel, via une application de guidage respiratoire, afin de l'aider à mieux percevoir les différentes phases de sa respiration et à s'éloigner d'un contrôle cognitif.

4.3. Séance 3: Ajustement et expérimentation des rythmes respiratoires

Dès le début de la séance, Mme D. signale qu'elle devra écourter celle-ci en raison d'un rendez-vous, et mentionne la douleur persistante liée à son escarre. Dans son fauteuil, elle présente une posture statique, le buste incliné vers la gauche en raison de sa cyphoscoliose, les mains posées sur les accoudoirs.

Le rythme initial proposé par l'application de respiration est de trois secondes d'inspiration pour six secondes d'expiration. Très rapidement, j'observe chez elle une capacité à inspirer plus profondément ; nous ajustons alors le rythme à quatre secondes d'inspiration. Toutefois, Mme D. manifeste une difficulté à maintenir ce nouveau rythme de manière stable. Son visage se crispe légèrement, les épaules se haussent, et son souffle semble parfois s'interrompre prématurément, traduisant une mobilisation tonique importante pour conserver le rythme proposé. Je me demande si cette difficulté est liée au changement de rythme, ou à l'effort que représente son maintien au fil des cycles respiratoires successifs ?

Afin de favoriser une meilleure appropriation des différentes phases respiratoires, nous élaborons ensemble un schéma en forme de carré sur une feuille (Annexe II), intégrant les temps d'inspiration, de suspension et d'expiration, selon un rythme qui lui semblait adapté. Elle s'investit activement dans cette élaboration, se montrant force de proposition. Ce mouvement d'engagement se manifeste corporellement : elle se penche en avant pour mieux observer la

feuille, tandis que nous sommes assises côte à côte. Le rythme adopté devient alors : trois secondes d'inspiration, deux secondes de suspension, cinq secondes d'expiration. Mme D. accueille favorablement cette nouvelle modalité et sa respiration, d'abord thoracique, devient progressivement abdominale, plus lente et plus ample. J'observe alors une légère détente corporelle : les épaules s'abaissent progressivement et l'expression de son visage paraît plus relâchée. Tout au long de la séance, je prends soin de respirer en même temps qu'elle, en modulant ma propre respiration. De mon point de vue, cette synchronisation a permis de soutenir le rythme respiratoire instauré, tout en renforçant la qualité de présence et de lien dans l'interaction.

À la fin de la séance, elle exprime sa satisfaction et souligne l'aide apportée par le support visuel, qui lui a permis de mieux appréhender son rythme respiratoire. Ce repère extérieur, concret et sensoriel, semble avoir facilité une attention plus corporelle, mettant à distance la tendance à l'intellectualisation. Je lui propose de repartir avec ce schéma, afin qu'elle puisse s'y référer dans son quotidien et s'en saisir de manière autonome.

Lors d'une rencontre ultérieure, Mme D. me rapporte avoir réutilisé ce rythme respiratoire lors des soins d'hygiène, vécus comme douloureux. Elle souligne que cela l'a aidée à focaliser son attention sur la respiration et à atténuer la perception de la douleur, en s'appuyant sur le support visuel. Mme D. semble ainsi s'être approprié cet outil, répondant à l'un des premiers objectifs fixés en début de prise en charge. À ce stade, je me suis interrogée sur les moyens de favoriser un relâchement plus global. Mes observations d'un contrôle corporel marqué chez Mme D., conjugué à sa volonté d'être actrice, m'ont conduite à orienter la suite vers une approche centrée sur le mouvement. Une séance inspirée du yoga, adaptée à ses possibilités, pourrait l'aider à engager son corps autrement et à renforcer cette dynamique d'exploration active.

4.4.Séance 4 : La douleur en toile de fond... jusqu'à l'envahissement

Pour cette séance, je choisis d'explorer une proposition de mise en mouvement adaptée à sa posture assise. Nous commençons par des mouvements latéraux du cou. Très vite, j'observe que Mme D. grimace et maintient sa main sur son abdomen, au niveau de sa sonde. La zone semble douloureuse. Ses gestes, qu'elle exécute de manière mécanique, paraissent dépourvus d'implication corporelle et d'attention aux consignes, comme si la douleur accaparait toute sa disponibilité psychique. Je ressens alors une forme de retrait : la qualité du lien relationnel me semble s'amenuiser. Son absence de réponse à mes sollicitations renforce mon sentiment d'impuissance, je ne parviens ni à identifier clairement l'origine de son malaise, ni à instaurer un

échange. Je m'interroge : quelle perception a-t-elle de son corps à cet instant ? Est-elle entièrement absorbée par la douleur, au point de ne plus ressentir que la zone concernée ? Finalement, Mme D. m'indique qu'un problème au niveau de sa sonde nécessite l'intervention de l'infirmière, et me demande l'autorisation de quitter la séance sans plus d'explication. Consciente de l'importance pour elle de régler cette situation rapidement, j'accède à sa demande.

Cette séance interrompue à cause de la douleur m'amène à m'interroger plus finement sur la place qu'elle occupe et sur la manière dont elle se manifeste dans le suivi psychomoteur de Mme D. Depuis le début de l'accompagnement, la douleur semble constituer une forme de toile de fond dans son quotidien : un élément constant, souvent évoqué en filigrane, mais rarement mis au premier plan dans ses verbalisations spontanées. Elle paraît l'avoir intégrée comme une donnée presque banalisée, qu'elle contient ou met à distance pour pouvoir continuer à fonctionner. Pourtant, ce moment marque une rupture dans cette dynamique : la douleur ne se contente plus d'être en arrière-plan, elle envahit la scène. L'attention de Mme D. semble alors entièrement captée par la zone douloureuse, au point d'éclipser toute disponibilité relationnelle, corporelle et psychique. Ce basculement interroge : dans quelle mesure la douleur peut-elle saturer l'espace intérieur, mobiliser toute la conscience corporelle ? Cette expérience me confronte directement aux limites de l'accompagnement psychomoteur lorsque la douleur devient envahissante.

À la suite de cet épisode, il m'a semblé pertinent de reconduire le même enchaînement de mouvements lors de la rencontre suivante, afin d'observer comment, dans un moment de plus grande disponibilité, elle l'investirait.

4.5. Exploration du mouvement et de la respiration au fil des séances vers un relâchement corporel

Je vais présenter ici l'enchaînement de mouvements proposé à Mme D. au cours de quatre séances, ainsi que les évolutions observées dans le temps. Réalisé en position assise, cet enchaînement comprend un temps de prise de conscience respiratoire, des mouvements de flexion/extension et d'élévation/abaissement du haut du corps (tête, épaules, bras), des mouvements d'enroulement et d'étirement du buste, ainsi que des mobilisations passives des membres inférieurs. La séance se clôt par un temps d'intégration des sensations. Au fil de l'accompagnement, certaines limitations motrices de Mme D. demeurent inchangées, en particulier une rigidité marquée du membre supérieur droit, impactant l'amplitude articulaire de manière significative, en lien avec les atteintes motrices induites par la sclérose en plaques. Toutefois, d'autres aspects de sa motricité ont montré une évolution progressive, notamment une

amélioration de l'amplitude dans les mouvements de rotation et d'enroulement, suggérant un relâchement tonique plus important et une disponibilité corporelle accrue.

Par ailleurs, j'observe que Mme D. se recentre spontanément sur sa respiration, qui devient peu à peu plus fluide et régulière. Ce retour à soi pourrait témoigner d'une réappropriation progressive de ses sensations corporelles. Ses yeux se ferment d'eux-mêmes au cours de certains exercices. Ce geste spontané traduit-il une réelle disponibilité corporelle, une forme d'entrée dans un état de détente ? Je fais l'hypothèse qu'il pourrait également révéler une confiance accrue dans la relation thérapeutique, facilitant un engagement plus profond dans l'expérience vécue. L'observation de l'enchaînement dans sa globalité met en lumière plusieurs évolutions, notamment dans l'articulation entre respiration et mouvement, mais aussi dans l'implication croissante de Mme D., tant sur le plan corporel que dans sa manière de ressentir, d'investir et de donner sens à l'expérience. L'exploration des mouvements d'enroulement et d'étirement dorsal, au niveau du buste, a d'abord suscité chez elle une réaction de surprise, voire une douleur qu'elle verbalise. Il pourrait s'agir d'une appréhension initiale face à une sensation inhabituelle, possiblement associée à une mémoire corporelle délaissée. Pourtant, au fil des répétitions, elle semble s'autoriser à aller vers cette sensation, comme si elle cherchait à mieux l'apprivoiser. Ce mouvement d'exploration pourrait traduire une tentative de maîtrise du ressenti, mais peut-être aussi une recherche active du stimulus, dans le but d'intégrer plus finement la perception de son corps.

Initialement, Mme D. avait besoin d'un temps d'adaptation pour associer mouvement et respiration. Elle semblait concentrée sur l'exécution mécanique des gestes, au point d'en oublier la respiration, comme si les deux plans — moteur et respiratoire — restaient dissociés. Progressivement, une synchronisation plus fine s'est installée. Je remarque qu'elle est facilitée par des mouvements segmentés simples, comme l'ouverture-fermeture des bras ou la flexion-extension des coudes. Serait-ce en se détachant du contrôle cognitif du geste que Mme D. parvient à coordonner son mouvement avec la respiration ? Cela m'amène à l'hypothèse que l'association entre geste et respiration mobilise attention, sensorialité et régulation tonique, processus encore en construction chez elle. Deux observations cliniques viennent illustrer cette progression. Lors des mouvements d'élévation et d'abaissement des épaules, elle coordonne naturellement son souffle à ses gestes. À l'expiration, elle semble particulièrement apprécier le relâchement de ses épaules ; la sensation paraît se diffuser dans l'ensemble du corps, accompagnée d'un abaissement visible des épaules et de la cage thoracique. Un second exemple concerne l'élévation du bras au-dessus de la tête. Ce mouvement est particulièrement coûteux du

côté droit, ce qu'elle verbalise en disant que son bras « pèse des tonnes ». Son visage se crispe sous l'effort, puis se détend visiblement à l'expiration, lorsqu'elle relâche le bras.

Ces deux situations cliniques m'amènent à formuler plusieurs hypothèses. L'expiration, en facilitant le relâchement musculaire, pourrait contribuer à une forme de décharge émotionnelle, permettant une diminution des tensions psycho-corporelles. Par ailleurs, la synchronisation entre respiration et mouvement favoriserait une perception plus fine du relâchement musculaire, ainsi qu'une meilleure intégration des sensations corporelles.

Chaque exploration se conclut par des mobilisations passives des membres inférieurs à l'aide d'un drap, en réalisant des mouvements de balancier des jambes, latéralement puis de haut en bas. Ce moment semble particulièrement apprécié par Mme D., qui se laisse porter par le mouvement, affiche un sourire et verbalise une sensation agréable de picotements dans les jambes. J'é mets l'hypothèse que cet apaisement est lié à l'effet enveloppant et rythmé du bercement, et que ces mobilisations, en sollicitant une partie du corps peu investie, favorisent une reconnexion plus globale au corps.

À l'issue de ces séances, Mme D. verbalise son plaisir d'être actrice du travail proposé et à sentir ses capacités sollicitées. Elle me confie que bouger lui permet surtout de sentir qu'elle « travaille », une notion qui semble avoir une importance particulière pour elle. Cela m'amène à m'interroger : a-t-elle besoin de percevoir un sens tangible à l'expérimentation pour s'y engager sur le plan psycho-affectif ? Ce recours à l'effort corporel traduit-il une volonté de garder une forme de contrôle, ou bien une nécessité de passer par l'action pour s'appropriier plus directement la perception de son corps ? Je fais enfin l'hypothèse que cette prise de conscience de son corps en mouvement participe à renforcer son sentiment de compétence et à valoriser progressivement son image corporelle.

5. Conclusion de la partie clinique

Pour conclure cette partie clinique, j'évoquerai le dessin du bonhomme réalisé par Mme D. (Annexe III), à partir d'une consigne lui proposant de représenter soit une sensation corporelle, soit son propre corps. Elle choisit cette seconde option et réalise une représentation globale et unifiée de son corps. Dessinant de la main droite, elle commence par un visage souriant, aux yeux grands ouverts, entouré de cheveux tracés par des lignes simples. Elle poursuit par le tronc et les bras, qu'elle place au-dessus de la tête, en commentant : « En haut comme dans la posture ». Cette position, évoquant un étirement ou une ouverture, pourrait symboliser une ouverture à soi, voire à l'autre. Son bras droit est représenté plus court et plus épais que le gauche ; j'é mets l'hypothèse que cela pourrait faire écho à la sensation de lourdeur qu'elle verbalise fréquemment

lors des séances. En dessinant les jambes, elle ajoute : « Quand tu les fais bouger », soulignant ainsi l'effet des mobilisations passives sur sa perception corporelle. Ce dessin laisse entrevoir un rapport au corps davantage investi et unifié, témoignant d'un processus de réappropriation corporelle en cours, soutenu par les médiations sensorielles et motrices mises en place au fil du suivi.

Néanmoins, l'accompagnement psychomoteur de Mme D. reste évolutif, notamment sur le plan de la perception corporelle. Il lui arrive encore de sous-estimer ses capacités, par exemple en pensant être dans une amplitude moindre que celle réellement atteinte. De même, malgré le travail mené autour de la respiration, celle-ci demeure parfois rapide et superficielle en situation de stress ou d'angoisse. Ces observations montrent que certains objectifs, comme l'ajustement de la conscience corporelle et l'autonomisation dans la régulation tonico-émotionnelle, sont en cours d'appropriation et méritent d'être soutenus dans la continuité du suivi.

En guise d'ouverture, une séance réalisée hors du fauteuil, rendue possible par l'atténuation des douleurs liées à l'escarre, révèle un nouveau versant du travail corporel engagé. Assise sur le plan Bobath, sans les appuis habituels que lui procure son fauteuil, Mme D. agrippe fermement les sangles du rail, manifestant une insécurité posturale face au moindre déséquilibre. Cette posture moins contenante semble révéler une perception corporelle encore en quête de repères. Dans cet espace plus exposé, Mme D. mobilise la respiration comme point d'ancrage et s'appuie sur le lien relationnel pour restaurer une forme de stabilité interne. Cette situation inaugure un déplacement : celui d'un corps progressivement capable d'explorer de nouvelles modalités de présence à soi, en dehors des repères habituels.

DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

La rencontre avec Mme D. m'a conduite à m'interroger sur les conditions d'une réappropriation corporelle possible dans le contexte de la sclérose en plaques, pathologie chronique et évolutive aux retentissements multiples, tant physiques que psychiques. Au fil des séances, j'ai pu observer comment le travail psychomoteur, à travers la respiration, le mouvement et la relation, pouvait ouvrir un espace d'exploration sensorielle, de prise de conscience corporelle et de reconnexion à soi. Ces observations cliniques m'ont amenée à formuler la problématique suivante : comment un travail psychomoteur autour de la respiration peut-il soutenir un réaménagement des représentations corporelles chez une patiente atteinte de sclérose en plaques ?

Dans la présente partie théorico-clinique, je développerai les hypothèses élaborées au cours du suivi, en les articulant aux concepts issus du champ psychomoteur. J'aborderai tout d'abord les représentations corporelles et l'organisation psychomotrice de Mme D., puis je traiterai le rôle des médiations corporelles dans le processus thérapeutique, avant d'explorer enfin les enjeux relationnels à travers le prisme du dialogue corporel.

1. Représentations corporelles et organisation psychomotrice

Dès le début de la prise en charge, je suis interpellée par la manière dont Mme D. parle de son corps. Ses représentations corporelles semblent principalement s'inscrire dans une grille de lecture scientifique et anatomique, décrivant par exemple le fonctionnement de certains organes ou muscles, sans faire référence à un vécu affectif. Ce constat est renforcé lorsqu'elle évoque les pertes fonctionnelles liées à la sclérose en plaques : en parlant de ses difficultés à marcher ou de ses troubles vésico-sphinctériens, elle déclare simplement : « Je ne m'en préoccupe pas ». Cette réponse semble traduire un mécanisme de mise à distance de son vécu corporel. J'en viens ainsi à formuler l'hypothèse d'un rapport au corps dominé par le contrôle cognitif, dans lequel le corps est davantage pensé qu'éprouvé.

Cette hypothèse peut être étayée par la distinction opérée par V. Pédinielli entre les différentes modalités de représentation du corps : l'image du corps est un système de représentations qui intègre des éléments sensoriels, moteurs, affectifs et cognitifs. Chez certains sujets, la composante cognitive peut prendre le pas sur les autres, traduisant une forme de contrôle ou de défense face à l'incertitude du vécu corporel (Pédinielli, 1992). De son côté, Aucouturier souligne que certains adultes intellectualisent leur rapport au corps, le décrivent,

l'analysent, mais peinent à le vivre dans l'expérience sensorielle et émotionnelle. Le surinvestissement cognitif de Mme D. peut ainsi être interprété comme un mécanisme de défense visant à maintenir une distance vis-à-vis de l'expérience corporelle, perçue comme incertaine ou déstabilisante. Cette hypothèse entre en résonance avec les réflexions menées dans la partie théorique sur la temporalité, où la sclérose en plaques est présentée comme une maladie introduisant une incertitude constante dans le rapport au corps et à l'avenir. Le recours à un contrôle cognitif peut alors apparaître comme une tentative de stabilisation face à cette imprévisibilité.

Ce mode de fonctionnement se manifeste également dans son attitude corporelle dès qu'une nouvelle médiation est proposée. En effet, lors des deux premières séances, au cours desquelles un scan corporel et une exploration des différentes zones respiratoires sont proposés, Mme D. garde les yeux ouverts, intervient fréquemment verbalement, commente les gestes et les consignes, comme pour maintenir un contrôle permanent sur ce qui se joue. Plus tard dans le suivi, lors de l'introduction du mouvement, cette recherche de maîtrise réapparaît. La notion de « bien faire » devient centrale, notamment dans l'exécution des gestes, avec l'idée qu'il existerait une « bonne » ou une « mauvaise » manière de faire. Elle verbalise régulièrement qu'elle réalise les mouvements « moins bien » que moi, en comparant leur amplitude ou leur fluidité.

Ces observations cliniques font écho à celles de Fabien Joly (2024), qui souligne que cette posture d'auto-évaluation et de contrôle permanent freine l'accès à une véritable appropriation corporelle, et entrave l'émergence d'un vécu corporel singulier. Ce rapport au corps se manifeste également dans la respiration de Mme D. J'observe chez elle un rythme respiratoire rapide, haut et superficiel, peu propice à l'installation d'un état de détente. Pourtant, ce mode de respiration semble, pour elle, constituer un moyen de « se calmer ». Avec ma maître de stage, nous avons émis l'hypothèse que Mme D. avait intégré, sur un mode essentiellement cognitif, l'idée qu'une respiration plus sonore pouvait favoriser la détente. Toutefois, dans la mise en œuvre, le rythme restait rapide, presque précipité, comme si son corps n'avait pas investi les effets de la respiration sur la régulation tonique, et que les informations proprioceptives associées aux mouvements respiratoires n'étaient pas encore pleinement conscientisés. Cette discordance entre l'intention et le vécu corporel illustre une nouvelle fois la prédominance du contrôle cognitif dans son rapport au corps, et invite à une analyse plus fine des caractéristiques de sa respiration.

Mme D. mobilise principalement la partie supérieure du thorax et semble ne pas avoir accès à la zone abdominale, associée à une détente plus profonde. J'ai pu observer que ce mode

respiratoire tendait à s'accroître en situation de stress, rendant la respiration plus superficielle et sollicitant davantage les muscles accessoires, au détriment du diaphragme.

Je fais l'hypothèse que ce schéma respiratoire s'ancre également dans une habitude corporelle liée à sa posture. En effet, Mme D. présente un maintien tonique marqué du haut du corps. En raison de sa cyphoscoliose et de la paraparésie des membres inférieurs, elle s'appuie presque exclusivement sur la partie supérieure de son corps pour assurer sa stabilité et ses déplacements. Dans ce contexte, la respiration pourrait être mobilisée comme un appui tonique participant à la stabilisation posturale. Toutefois, la prédominance d'une respiration thoracique semble limiter l'accès à une conscience corporelle unifiée. Il est alors intéressant de mettre en perspective l'implication des zones abdominale et pelvienne dans la perception des appuis et dans la consolidation de l'ancrage psychocorporel. Leur non-investissement pourrait dès lors fragiliser le sentiment de stabilité interne. À ce sujet, Defiolles-Peltier (2010) souligne que la respiration thoracique est fréquemment associée à une perte des repères corporels. À la lumière de cette perspective, la respiration apparaît ainsi comme une voie d'entrée pertinente pour soutenir un processus de réaménagement des représentations corporelles.

L'un des premiers objectifs du suivi a été d'amener Mme D. à se recentrer sur sa respiration, afin de détourner progressivement son attention de la douleur provoquée par son escarre et de l'accompagner vers un état de détente plus accessible séance après séance. Pour cela, différents rythmes respiratoires ont été expérimentés, en s'appuyant sur des supports concrets : une application de cohérence cardiaque ainsi que la création d'un repère visuel, qu'elle pouvait s'approprier et mobiliser en autonomie en dehors des temps de soin. Au fil des séances, Mme D. a commencé à intégrer ces repères dans son quotidien, notamment lors de moments particulièrement éprouvants comme la toilette, souvent vécue comme pénible et douloureuse. Elle dit porter une attention nouvelle à sa respiration, y revenant volontairement lorsqu'elle anticipe une douleur, comme si ce geste devenait une ressource intérieure mobilisable face à l'épreuve corporelle. Cette évolution peut être mise en lien avec ce que décrivent D'Astorg et Buton, psychomotriciennes : la relaxation centrée sur la respiration constitue un moyen de défocaliser l'attention de la douleur en orientant le vécu corporel vers des sensations plus neutres ou agréables (D'Astorg & Buton, 2020). Par ailleurs, le fait d'orienter son attention vers d'autres zones que celles douloureuses participe, selon moi, à soutenir une perception plus globale de son corps, favorisant ainsi le sentiment d'unité corporelle. Le processus engagé par Mme D. témoigne d'une réappropriation progressive de son souffle, non plus uniquement comme fonction physiologique, mais comme un médiateur de son vécu corporel.

Il me semblait intéressant de mettre en parallèle ces observations cliniques avec les résultats d'une étude expérimentale menée par Arsenault (2013), dans le cadre d'une thèse de doctorat en neurosciences à l'Université de Montréal. Cette recherche examine l'influence de la fréquence et de la phase respiratoire sur la nociception spinale, l'activité cérébrale et la perception de la douleur. Les résultats montrent que la manipulation volontaire de la respiration exerce un effet mesurable sur la perception de la douleur, ainsi que sur l'activité cérébrale et spinale en réponse à une stimulation douloureuse aiguë. Cette étude souligne que les effets analgésiques observés dans les pratiques de relaxation s'appuieraient également sur des mécanismes complémentaires tels que l'attention, la représentation mentale et les états émotionnels mobilisés.

Selon Lesage (2021), la respiration constitue un « outil d'autorégulation tonique et émotionnelle, au cœur du dialogue entre intériorité et expressivité ». Cette affirmation fait écho au suivi de Mme D., pour laquelle la redécouverte progressive de la respiration s'inscrit dans un processus plus global de régulation tonique, perceptible au fil des séances. Lors des premières explorations respiratoires, notamment à travers le scan corporel et l'attention portée aux différentes zones thoraciques, claviculaires et abdominales, Mme D. manifeste de nombreux micromouvements, réajustements de ses vêtements, mouvements des doigts, crispations du visage. Ici, le maintien postural, globalement élevé en début de prise en charge, peut être compris comme un hyper-recrutement du tonus périphérique, traduisant une hypervigilance corporelle et jouant un rôle de réassurance.

Le travail de régulation tonique engagé au fil des séances, à travers la respiration, les mobilisations passives et la mise en mouvement, semble avoir progressivement favorisé une modulation plus fine du tonus. L'expiration, en particulier, devient un véritable point d'appui pour le relâchement : les épaules s'abaissent, les traits du visage se détendent, le souffle gagne en amplitude. J'observe également une évolution dans la qualité gestuelle : Mme D. parvient à engager des mouvements plus amples, plus fluides, notamment lors des séquences d'étirement ou d'enroulement du buste, témoignant d'un relâchement tonique croissant. Comme le souligne Mélinand (2004), « le relâchement corporel constitue une voie d'accès privilégiée à la perception de soi, à l'écoute de ses sensations ».

Illustrant cette citation, Mme D. se montre de plus en plus réceptive aux mobilisations passives réalisées au niveau des membres inférieurs : elle accueille les sensations corporelles qu'elles induisent et exprime du plaisir à les ressentir. Ces moments semblent lui procurer une sensation de contenance, de portage, favorisant un apaisement corporel. Dans cette perspective, le concept de mémoire corporelle développé par Geneviève Ponton (2012), que nous avons évoqué dans la partie théorique, offre un éclairage pertinent : en s'appuyant sur la mémoire

sensori-motrice, le sujet peut réactiver des sensations anciennes et les réinvestir dans le présent. Cette mémoire corporelle, qui se réactualise au fil des expériences vécues, pourrait ainsi soutenir chez Mme D. un processus de réappropriation corporelle, malgré les limitations motrices induites par la maladie.

Au fil des séances, la médiation issue du yoga a progressivement favorisé une perception plus fine d'un corps jusqu'alors vécu de manière distante. Pour Marc Guiose, la coordination entre mouvement et respiration vise à renforcer le ressenti corporel et à soutenir la réappropriation du corps par la conscience et l'expérience sensorielle (Guiose, 2007). Cette dynamique s'est traduite chez Mme D. par une capacité croissante à repérer, différencier et verbaliser certaines sensations corporelles. J'ai tout d'abord observé que la conscience corporelle variait selon les zones : la perception des mouvements respiratoires était plus difficile à mobiliser au niveau abdominal, tandis que l'élévation des clavicules était perçue de manière plus spontanée. Progressivement, au fil des mises en mouvement, les retours de Mme D. se sont affinés : elle évoque désormais sa respiration en termes de rythme et d'effet sur son état de détente, et identifie des sensations corporelles plus fines, telles que des étirements dans le buste, une lourdeur persistante dans le bras droit ou encore des picotements dans les jambes. Ces descriptions témoignent d'un affinement progressif de la conscience corporelle, mais aussi d'un accès recouvré à des sensations jusque-là peu perçues ou peu investies. Mme D. ne se contente plus d'exécuter les consignes : elle entre dans une écoute plus fine, plus incarnée de ses ressentis, et commence à se réapproprier son vécu corporel. Elle expérimente et ajuste ses mouvements, sa respiration, en fonction de ce qui lui est possible et agréable. Cela suggère un déplacement du rapport au corps : d'un objet à observer ou à maîtriser, il devient un espace à habiter et à reconnaître comme sien.

Cette dynamique s'est également traduite par l'acceptation, en séance, de réaliser le dessin du bonhomme, exercice qu'elle avait initialement refusé lors du bilan. À cette occasion, elle établit spontanément des liens entre sa représentation dessinée et certaines sensations perçues, telles qu'une tension localisée ou un déséquilibre ressenti. Cette évolution témoigne d'une capacité retrouvée à se représenter corporellement, à partir de l'expérience sensorielle vécue.

Les mouvements réalisés en séance, ainsi que leur mise en mots, ont également ouvert un espace de prise de conscience progressive de ses capacités corporelles. Elle a pu confronter ses représentations initiales à l'expérience concrète du mouvement, comparant ce qu'elle pensait pouvoir faire à ce qu'elle parvenait réellement à accomplir. Cette dynamique a soutenu un affinement progressif de la connaissance de ses potentialités motrices, notamment à travers la comparaison entre les mouvements de son hémicorps gauche et ceux du côté droit. Elle identifie et verbalise désormais les contraintes spécifiques liées à ce dernier, en particulier lors de

l'élévation du bras ou dans les mouvements de flexion et d'extension. Il apparaît cependant qu'elle a encore tendance à sous-estimer ses possibilités. Elle exprime régulièrement des doutes quant à ses capacités, alors que l'observation montre qu'elle mobilise des amplitudes gestuelles souvent plus larges qu'elle ne les imagine. Afin de l'accompagner vers une conscience plus ajustée de ses ressources corporelles et de soutenir une intégration plus fine de ses représentations, je lui ai proposé, à certains moments, de se voir en photo ou en vidéo. Ce retour visuel lui a permis d'objectiver certaines postures ou amplitudes, ce qui s'est révélé valorisant pour elle. Cette difficulté, à se représenter ses propres mouvements pourrait témoigner d'une image du corps encore marquée par la mémoire d'un corps restreint. Cela invite à poursuivre le travail en renforçant les allers-retours entre ressenti, verbalisation et perception visuelle, dans une visée de réappropriation plus fine et plus confiante de ses potentialités corporelles.

Enfin, un point a particulièrement retenu mon attention en poursuivant l'analyse des modalités d'engagement corporel de Mme D : la place occupée par son fauteuil dans la dynamique thérapeutique. Au-delà des limitations corporelles observables, notamment en termes de mobilité et d'amplitude gestuelle, la présence constante de ce fauteuil soulève également la question de sa fonction symbolique. À partir du mois d'avril, Mme D. exprime une diminution de la douleur liée à son escarre, mais continue de repousser le moment de réaliser un transfert vers le plan Bobath. Une hypothèse possible serait que le fauteuil constitue, au-delà de sa fonction utilitaire, une forme d'enveloppe corporelle. Winance (2010) décrit ce phénomène d'ajustement progressif où « la personne est à l'aise dans et avec son fauteuil, elle acquiert des savoir-faire, en intégrant le fauteuil à son schéma corporel » (p. 122). Le fauteuil devient alors un repère sensoriel et postural sécurisant, rendant sa mise à distance potentiellement anxiogène. Cette réflexion méritera d'être approfondie dans la suite de la prise en charge.

2. Les médiations corporelles, processus de soins, ajustements et limites

Afin d'accompagner ce réaménagement des représentations corporelles, j'ai progressivement mis en place différentes médiations psychocorporelles, que j'interrogerai ici au regard de leur pertinence et leurs effets.

Revenons tout d'abord sur la première séance avec Mme D., au cours de laquelle je lui propose un scan corporel comme point de départ à notre travail en psychomotricité. Cette médiation vise à lui permettre de prendre conscience de son état corporel et psychique à l'instant présent. Il s'agit alors selon moi d'un premier appui : une base à partir de laquelle Mme D. peut se recentrer, être à l'écoute de son corps et de ses sensations. En stimulant la perception des zones corporelles par des pressions, je cherche à favoriser un éveil sensoriel et proprioceptif. Cette

médiation engage en effet la sensibilité profonde du corps, en informant sur l'état tonique des muscles et des tendons. Ces signaux sont intégrés par le cerveau via la proprioception, une fonction essentielle dans la construction du schéma corporel. En effet, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, c'est à partir de l'intégration des informations sensorielles, intéroceptives, extéroceptives et proprioceptives, que le sujet peut se représenter corporellement et se situer dans son environnement.

Le toucher appliqué par le psychomotricien ne mobilise pas seulement la sensorialité : il suppose aussi une présence à l'autre. Dans ce lien corporel, la perception de soi se construit à travers le geste d'autrui. Au regard de la portée relationnelle que peut engager le toucher, je me suis interrogée à posteriori : était-il trop tôt dans le suivi pour l'introduire ? Aurais-je pu, dans un premier temps, recourir à un objet médiateur afin de favoriser un contact plus progressif et faciliter l'entrée en relation ? Il est envisageable que l'alliance thérapeutique, alors en cours d'instauration, n'ait pas encore été suffisamment étayée pour permettre à Mme D. d'accéder à un relâchement tonique volontaire et sécurisant.

Lors de la deuxième séance, je choisis de centrer le travail sur la respiration, dans la continuité de la réappropriation des sensations corporelles. L'observation d'un mode respiratoire thoracique haut chez Mme D. – avec une ampliation réduite et un rythme rapide et saccadé – me conduit à envisager la respiration comme un point d'appui thérapeutique pertinent. Son exploration me semble à même de favoriser un recentrage sensoriel, un ancrage corporel, ainsi que l'émergence d'un repère interne stable, susceptible de soutenir l'attention au corps.

Comme développée dans la partie théorique, la respiration constitue un rythme de fond, autonome mais modulable, à la croisée du physiologique et du psychique. Elle participe à la régulation interne et structure notre expérience corporelle. Similowski (2020) insiste sur son rôle d'interface sensorielle entre le dedans et le dehors, fondant l'unité du corps vécu, et permettant au sujet d'affirmer : « ce corps, c'est le mien ». Albaret, Scialom et Giromini (2018) soulignent que la respiration, en tant que fonction corporelle fondamentale, joue un rôle central dans l'équilibre tonique et émotionnel. Par son action sur le tonus et les états affectifs, elle permet de retisser le lien au corps vécu et de soutenir l'intégration des expériences internes, tout en participant à la régulation de l'anxiété.

Le travail engagé avec Mme D. s'organise initialement autour d'une exploration des zones respiratoires — abdominale, thoracique et claviculaire — afin de favoriser une écoute corporelle centrée sur les repères internes. Cette médiation lui permet de prendre conscience des contrastes de perception au sein de son corps : entre zones nettement perçues, partiellement investies ou peu ressenties. Cette démarche peut également être rapprochée avec la notion d'enveloppe

corporelle. Le rapport que Mme D. entretient avec son corps semble, en effet, traversé par des limites internes floues, entravant l'intégration sensorielle de certaines zones. Cette difficulté peut notamment être mise en relation avec les dispositifs corporels présents dans son quotidien, tels que la sonde urinaire et le fauteuil roulant, qui peuvent impacter la perception des limites corporelles. Comme le souligne Defiolles-Peltier (2010), « la respiration étant un mode d'échange entre l'intérieur et l'extérieur du corps, elle est la base d'une première ébauche de travail sur les limites corporelles, et permet la réintégration de la notion du dehors et du dedans ».

Cependant, ce dispositif d'exploration présente certaines limites, notamment en ce qui concerne l'approche tactile des zones respiratoires. Mme D. indique percevoir plus facilement les mouvements abdominaux lorsqu'elle les observe visuellement, plutôt que lorsqu'elle pose ses mains sur cette zone. Afin de soutenir cette perception proprioceptive, l'utilisation d'une couverture lestée placée sur l'abdomen a été proposée. Néanmoins, Mme D. rapporte ne pas ressentir de différence significative malgré cet ajustement. Ce constat suggère que les sollicitations tactiles, même enrichies par la stimulation proprioceptive induite par le poids de la couverture, ne suffisent peut-être pas à favoriser une réelle appropriation sensorielle du souffle.

À partir du mois de mars, je m'interroge sur la manière de favoriser à la fois un retour au corps, une prise de conscience des sensations corporelles et un état de détente globale chez Mme D. Sa difficulté à rester passive semble liée à un besoin de contrôle, déjà observé dans d'autres aspects de son rapport corporel et me conduit à formuler l'hypothèse qu'un engagement dans une action concrète pourrait lui permettre de se relier plus directement à son corps.

Je suppose également que le fait de ressentir les effets corporels d'un mouvement favorisera son investissement corporel. Dans cette perspective, je conçois ma prise en charge comme un espace d'expérimentation, mobilisant la motricité pour stimuler les perceptions, éveiller la conscience corporelle et soutenir le sentiment de pouvoir d'agir. Il s'agit aussi de proposer une autre relation au corps que celle imposée par le cadre médical : dans le contexte de la maladie chronique, le corps est effectivement souvent envisagé à travers ses déficits et ses limitations. Ici, je souhaite alors réintroduire un espace où le corps peut être exploré, senti, et progressivement réinvesti.

C'est dans cette dynamique que j'introduis la médiation inspirée du yoga. Son étymologie sanskrite signifie « union » qui désigne une pratique d'unification du corps et de l'esprit. Historiquement codifiée dans les Yoga-Sûtras de Patanjali (Ile siècle av. J.-C.), elle vise un état de présence consciente et de libération intérieure. Dans sa version contemporaine, le yoga est devenu une pratique psychocorporelle reconnue, centrée sur la réappropriation du corps à travers des gestes, des postures et le souffle.

Je propose ainsi à Mme D. une série de mouvements simples — étirements, enroulements, ouvertures — réalisés lentement, dans une dynamique corporelle progressive. L'objectif est de soutenir une perception plus fine de chaque zone corporelle, en lien avec le rythme respiratoire. Les mouvements sont volontairement unidirectionnels, afin de faciliter l'appropriation des gestes et de permettre une perception plus claire de leur déroulement. Pour les membres inférieurs, dont la mobilité est restreinte, j'ai recours à des mobilisations passives à l'aide d'un drap. Ce travail corporel semble favoriser une forme de réappropriation sensorielle, comme en témoignent les picotements agréables dans les jambes, spontanément évoqués par Mme D. comme le signe d'un « réveil » de la sensibilité dans une zone habituellement peu investie.

Un premier parallèle peut ici être établi avec le concept du Moi-peau, développé par Anzieu (1985). Le Moi-peau symbolise l'unité du Moi psychique à partir des premières expériences sensorielles et tactiles. Dans le contexte d'une atteinte neurologique évolutive, certaines parties du corps tendent à s'effacer de la conscience corporelle, du fait des limitations motrices et de l'absence de contrôle moteur volontaire. Ce type de médiation offre alors un cadre sensoriel contenant et sécurisant, susceptible de soutenir l'intégrité du Moi corporel et de réactiver le lien au corps. Le drap, en procurant une contenance enveloppante et rassurante, peut ainsi être envisagé comme un support transitoire à la reconstruction d'un espace corporel perceptible et momentanément réinvesti.

Dans cette perspective, Da Fonseca (2018) souligne que le mouvement permet au sujet de s'approprier son corps, de se situer dans l'espace et le temps et de construire un sentiment de continuité corporelle. Lesage (2012) ajoute que le mouvement vécu et ressenti permet d'« habiter pleinement son corps » et constitue un support identitaire en perpétuelle évolution. Ces effets ont pu se manifester concrètement lors du travail autour du dessin du corps : Mme D. relie désormais sa trace graphique à des perceptions expérimentées en séance — tensions, appuis, limitations motrices. Le mouvement devient alors porteur de sens, soutenant un remaniement des représentations corporelles à partir de l'expérience vécue.

De plus sur le plan psychique, ces mouvements permettent à Mme D. de se sentir actrice de son corps, en retrouvant le plaisir d'agir à partir de sensations perçues. Elle exprime le sentiment d'apprécier « sentir qu'elle travaille », ce qui traduit un engagement corporel actif et valorisant. Caroline Nizard, anthropologue et spécialiste des thérapies psychocorporelles telles que le yoga, rappelle que ces mouvements s'opposent à l'automatisme quotidien : ils marquent un engagement conscient, une implication singulière. Cette observation fait écho à ce que j'ai développé dans la partie théorique : en psychomotricité, le mouvement n'est pas seulement un moyen fonctionnel ou un outil de rééducation, il constitue une modalité d'expression de soi et de

transformation. Il permet au sujet de se (re)positionner comme acteur de son vécu corporel, en renouant avec une forme d'initiative et de présence à soi. Dans le cas de Mme D., le mouvement devient ainsi un espace possible pour restaurer un sentiment d'agentivité, dans un contexte de maladie chronique souvent marqué par la perte de contrôle.

Il est intéressant de s'arrêter sur le rôle de la voix, qui se révèle également comme un vecteur thérapeutique essentiel, soutenant la présence à soi. Elle oriente l'attention de Mme D. sur son corps à travers des indications telles que « sentez », « observez », « ici et maintenant ». Ces inductions visent à soutenir une reconnexion corporelle, dans le geste, dans la respiration, dans l'émotion. Nous pouvons ici rappeler le concept de conscience corporelle, entendue comme la capacité à percevoir, ressentir, identifier et différencier ce qui relève de soi, d'autrui et du monde. Pour Pireyre (2006), il s'agit « d'attirer l'attention du patient sur son propre corps, de le faire exister par le biais d'une stimulation sensorielle ».

Nous allons à présent revenir plus globalement sur le projet de soin. J'ai ainsi décidé de commencer par des médiations corporelles impliquant davantage l'immobilité, en lien avec les séances de psychomotricité réalisées en 2023 par Mme D., centrées sur des techniques de relaxation. Cette orientation s'appuie sur l'intérêt qu'elle a exprimé pour ce type d'approche lors de notre première rencontre. Au cours du suivi, je me suis toutefois interrogée sur la progression du soin proposé : aurais-je dû commencer par le mouvement avant d'introduire l'immobilité ? Avec le recul, il me semble qu'une mobilisation corporelle plus active dès les premières séances aurait peut-être permis à Mme D. de s'engager plus facilement dans la relation à son corps. Le mouvement, même doux, offre en effet une modalité d'engagement plus accessible : il sollicite les repères proprioceptifs, permet une meilleure perception des limites corporelles, et soutient l'attention au corps dans l'action. Il peut également favoriser un sentiment de maîtrise, en particulier chez un sujet dont l'histoire corporelle est marquée par la perte d'autonomie. En cela, le mouvement aurait pu représenter une médiation plus contenant, à partir de laquelle il aurait été bénéfique d'introduire progressivement des états d'immobilité, susceptibles d'être investis comme des temps d'écoute et d'ancrage corporel.

Pour prolonger le suivi, il me semble pertinent d'introduire des cartes de postures de yoga. Ces supports visuels permettraient à Mme D. de choisir une posture, de l'explorer corporellement, puis de la maintenir quelques instants. Cela introduirait une forme d'immobilité active, tout en l'invitant à percevoir ce que son corps est en capacité de faire, à partir d'un référentiel externe. Le recours à un tiers médiateur, comme ce fut le cas avec l'outil visuel pour la cohérence cardiaque, pourrait renforcer cette dynamique d'engagement commun, où je ne suis plus l'unique modèle à suivre.

Ce questionnement autour de l'introduction de nouveaux supports visuels a élargi ma réflexion sur les médiations susceptibles d'accompagner le travail corporel engagé avec Mme D. Parmi celles-ci, la balnéothérapie mérite une attention particulière. L'eau, par sa capacité de contenance et son enveloppement sensoriel, constitue un milieu particulièrement favorable à l'exploration corporelle. La pression hydrostatique, pression exercée par l'eau sur le corps immergé, fournit des stimulations extéroceptives constantes, facilitant une meilleure perception des membres et des limites corporelles. Comme l'écrit C. Potel, « le corps est contenu dans son entier [...], l'eau trace les contours du corps, en dessine les limites » (Potel, 2009). Une autre caractéristique essentielle du milieu aquatique réside dans la soustraction de la pesanteur. La flottabilité induit une sensation de légèreté, qui rend les mouvements plus accessibles et permet de les inscrire dans des amplitudes plus larges. Pour Mme D., dont la motricité est réduite, cette diminution des contraintes gravitaires peut favoriser la réémergence de sensations corporelles parfois oubliées. L'allègement du poids corporel facilite également l'équilibre, la coordination, la mobilité et renforce l'autonomie dans les déplacements (Gallien et al., 2007). Ainsi, en favorisant une meilleure perception du corps, une régulation du tonus et une respiration plus fluide, la balnéothérapie pourrait aider Mme D. à renouer avec des sensations corporelles positives et à réaménager ses représentations corporelles. Toutefois, cette réflexion ne peut faire l'économie des limites propres à son tableau clinique, notamment la présence d'une sonde urinaire et le risque de syndrome d'Uhthoff en cas d'exposition à la chaleur. Toute proposition d'un travail en milieu aquatique devrait ainsi être pensée avec discernement, en intégrant les contre-indications médicales et les spécificités de la situation clinique.

Au fil du suivi, ces médiations ont agi comme des leviers d'exploration corporelle, mais aussi comme des appuis relationnels, en ouvrant un espace de rencontre à travers le geste, le souffle et la perception. C'est dans cette dynamique progressive qu'une relation thérapeutique s'est construite. Je vais revenir à présent sur les modalités de ce lien : comment il a émergé, évolué, et pris forme dans l'accompagnement de Mme D.

3. La relation thérapeutique en psychomotricité, un dialogue du corps

Selon leGrand Larousse encyclopédique(1962, p. 112),le mot « relation » vient du latin relatio, et désigne « le rapport qui lie un objet à un autre ».Dans le champ psychomoteur, la relation est thérapeutique. Elle « s'appuie sur l'établissement d'un lien humain fondamental, par l'engagement corporel du psychomotricien... En psychomotricité, c'est cette relation qui reste garante de la réalité du sentiment d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer dans ce rapport d'aide » (P. Scialom, 2011, p. 295).

Le sujet est ainsi amené à prendre conscience de lui-même, de son corps, mais aussi de la présence de l'autre, à travers des expériences partagées. Cette dynamique corporelle et intersubjective suppose l'instauration progressive d'un lien de confiance entre le patient et le thérapeute. C'est ce processus relationnel, tel qu'il s'est tissé au fil du suivi avec Mme D., que je vais à présent explorer dans la spécificité du cadre psychomoteur.

Au début du suivi, Mme D. quitte systématiquement la séance à l'heure qu'elle a elle-même fixée au début de celle-ci, sans laisser place à un temps de transition ou d'échange final. Cela me donne l'impression que la séance doit être « expédiée ». Chez Mme D., cette ritualisation du temps semble répondre à un besoin de contrôle. Elle fait écho à l'analyse de Jean-Michel Albaret (2018), selon laquelle une structuration rigide du temps peut constituer un mécanisme de défense face à l'imprévisibilité du cadre thérapeutique. Le respect strict du temps permettrait alors au patient de conserver une forme de maîtrise symbolique sur un environnement perçu comme incertain. Mais cela peut aussi freiner l'investissement subjectif dans la relation : le contrôle du temps devient un moyen de tenir à distance le thérapeute, de réguler la proximité, et de se protéger d'un engagement relationnel vécu comme trop impliquant.

« Nous ne pouvons pas ne pas communiquer » (Pireyre, 2015, p. 126).

Cette citation m'a amenée à m'interroger sur l'évolution du lien thérapeutique établi avec Mme D. À partir de quel moment peut-on véritablement parler d'alliance thérapeutique dans ce suivi ? Pour répondre à cette question, il semble nécessaire de revenir sur le processus même de la construction de cette alliance. Il s'agit d'abord de la rencontre entre deux subjectivités, qui apprennent progressivement à s'accueillir, à s'écouter et à se comprendre. Le psychomotricien est attentif aux manifestations verbales comme non verbales de son patient, dans une posture d'ouverture. Comme le souligne Albert Ciccone, « si l'observation repose sur la perception, elle ne se réduit pas à la perception : l'observation suppose une attitude d'attention. [...] Plus que d'observation, je parlerai en fait d'observation attentive » (Ciccone, 2001, p. 141). C'est par l'implication corporelle, émotionnelle et psychique des deux partenaires qu'un lien de confiance peut progressivement se tisser. Le corps devient alors médiateur de la relation. Selon J. Corraze, « la confiance du patient en notre capacité à l'aider et en notre désir d'y arriver, ainsi que son adhésion et sa collaboration au traitement amènent à une alliance thérapeutique » (Corraze, 2011, p. 298).

Cette alliance repose sur une reconnaissance mutuelle et engage les deux protagonistes dans une relation singulière. Elle constitue le socle sur lequel peut s'appuyer l'ensemble du processus thérapeutique.

Un moment charnière dans la construction de notre alliance m'a semblé émerger lors de la séance centrée sur la cohérence cardiaque, avec la création du support visuel que j'ai décrite précédemment dans la partie clinique. Ce n'était plus une situation asymétrique où je proposais et où Mme D. suivait mes indications, mais une démarche partagée, une exploration commune du rythme respiratoire qui lui convenait. Dans ce cadre de co-construction, nous étions côte à côte, engagées dans un véritable « faire ensemble ».

Progressivement, une synchronisation respiratoire s'est installée : nos souffles se sont accordés sur un même rythme. L'élévation simultanée des cages thoraciques, le tempo régulier de l'inspiration et de l'expiration, la convergence de nos regards fixés sur le support visuel rendaient tangible cette mise en lien corporel. J'ai perçu un ajustement subtil dans notre manière d'être en présence l'une de l'autre. Cette coordination a marqué, pour moi, l'émergence d'une réciprocité corporelle, révélatrice d'une alliance thérapeutique en train de se tisser, par et dans le corps.

Nous pouvons ainsi mettre en lien cette séance avec le concept de dialogue tonico-émotionnel développé par Julian de Ajuriaguerra. Les émotions que nous éprouvons au quotidien s'expriment par le corps, notamment à travers la posture, le tonus, les gestes ou le rythme. Le terme dialogue, issu du latin *dialogus* et du grec *dialogos*, désigne dès le XIIe siècle un échange entre deux ou plusieurs personnes. Ajuriaguerra définit le dialogue tonico-émotionnel comme un système de correspondance entre les états internes de deux partenaires ; il peut être verbal ou non verbal, mais il est toujours chargé d'une tonalité affective, perceptible à travers les variations toniques, posturales et rythmiques.

En séance, le psychomotricien s'appuie sur ce dialogue pour s'ajuster corporellement au patient. C'est dans cette qualité de présence partagée et ajustée que la relation thérapeutique gagne, me semble-t-il, en profondeur. L'alliance se construit ainsi dans une implication corporelle réciproque, au fil d'un processus d'ajustement mutuel. Le moment vécu avec Mme D. autour de la respiration m'a également évoqué la notion de communications corporelles, introduite par Christian Ballouard (cité par Pireyre, 2015). Ce terme, préféré à ceux de langage corporel ou de communication non-verbale, vise à restituer pleinement au corps sa fonction expressive dans la relation. Selon cet auteur, les communications corporelles englobent l'ensemble des moyens par lesquels le corps transmet des informations : gestes, mimiques, postures, attitudes, modifications toniques, regards, déplacements, ou encore activités motrices. Ces manifestations traduisent les émotions et les états internes du sujet, souvent de manière inconsciente ou involontaire. Il souligne ainsi que le corps possède de véritables compétences communicationnelles, permettant d'exprimer et de décoder les affects au-delà des mots.

En ce sens, le corps constitue un vecteur essentiel de la relation et de l'expression émotionnelle, dépassant le registre verbal.

C'est ensuite, au fil des séances, au fil du temps, que cette dynamique relationnelle s'est prolongée avec Mme D.. Cette simple formulation invite déjà à s'interroger : de quel « temps » s'agit-il ici ? En psychomotricité, comme le souligne Christian Ballouard (2006), trois temporalités coexistent : celle du patient, celle de l'élaboration du vécu, et celle du partage. Je m'attarderai ici sur le temps du patient, essentiel pour qu'il puisse s'engager subjectivement dans la relation thérapeutique.

La prise en charge psychomotrice repose sur un cadre temporel régulier et défini (durée, jour, horaire). C'est à travers la répétition des séances que le sujet peut progressivement intégrer ces repères et s'appuyer sur eux pour se structurer. Pour Mme D., dont le quotidien corporel est marqué par des contraintes physiques, des douleurs chroniques, des soins vécus comme subis et une fatigabilité importante, la stabilité du cadre thérapeutique a pu constituer un repère essentiel. Le respect de ce cadre, à la fois constant et contenant, a favorisé l'instauration d'un climat de confiance, conditionnant un engagement progressif dans le processus de soin. Il a matérialisé notre implication mutuelle et permis l'émergence d'un espace sécurisant à investir corporellement.

Ce cadre temporel entre en résonance avec la notion de temps subjectif développée dans la partie théorique. Le respect de cette temporalité singulière s'est notamment manifesté lors du temps de transfert nécessaire à Mme D. pour quitter son fauteuil et s'allonger sur le plan Bobath. Ce déplacement, engageant à la fois physiquement et psychiquement, ne semble avoir été possible qu'à partir du moment où elle a éprouvé un sentiment de sécurité suffisant dans le cadre.

Ainsi, dans la continuité de ces ajustements progressifs, facilités par la régularité du cadre et l'instauration d'un sentiment de sécurité, le corps a poursuivi son rôle central dans la relation thérapeutique. Après l'accordage respiratoire, c'est à travers la mise en mouvement conjointe que cette implication mutuelle s'est incarnée. Nous réalisons les mêmes gestes, au même rythme, dans un mouvement partagé. Le corps devenait alors le support d'un *agir ensemble*, tout en préservant l'individualité de chacune : si les gestes étaient semblables, ils étaient investis et ressentis selon un rythme et une tonalité propres à chacune. Comme évoqué dans la partie théorique, le mouvement s'est inscrit dans un contexte sensoriel et relationnel, qu'il a transformé et par lequel il a été lui-même transformé. Il est devenu le support d'une mise en relation à soi, à l'autre et à l'environnement, par la conscience corporelle qu'il a mobilisée. Cet engagement partagé dans le mouvement et le souffle peut être mis en lien avec la posture du psychomotricien dans la

relation thérapeutique. « La relation thérapeutique ne peut pas se définir comme une neutralité bienveillante. En suivant les pas d'Olivier Moyano, il s'agit au contraire d'une relation d'implication » (Gatecel, 2012, p. 35). Lorsqu'on s'engage dans une action de rencontre avec l'autre, c'est tout notre être qui s'implique dans la relation. Le corps devient alors le médiateur principal des échanges : il constitue à la fois un langage et un outil fondamental pour comprendre et aborder l'autre. Pour Olivier Moyano, cette implication corporelle permet au patient de vivre, à travers la relation, son propre corps, sa motricité, ses affects, en se sentant soutenu, enveloppé et accompagné.

Intéressons-nous plus précisément à la mise en mouvement. Celle-ci s'opérait selon un mode d'ajustement mimétique. Mme D. reprenait mes gestes en s'appuyant sur l'observation attentive de mes propositions corporelles. Cette dynamique m'a progressivement amenée à m'interroger sur le rôle des mécanismes d'imitation dans la relation thérapeutique, et à explorer les fondements neurophysiologiques qui sous-tendent ce type d'interaction. Ainsi, de même que l'homunculus sensoriel, il existe un homunculus moteur, activé lorsque le mouvement d'autrui est perçu. En effet, simplement, en observant quelqu'un bouger, certaines régions du cerveau sont sollicitées comme si le mouvement était effectué par le sujet lui-même. Cette similitude dans la façon qu'a notre cerveau de traiter notre propre action et celle vue chez autrui est appelée couplage perception-action (Nadel, 2011).

Selon Stefan et al. (2005), la répétition visuelle d'un mouvement laisse une trace mnésique dans le cortex prémoteur, constituant ainsi une base préparatoire à son exécution future. Dans cette perspective, le fait de répéter les mouvements ensemble, au fil des séances et dans un rythme commun, a progressivement permis à Mme D. de s'appuyer sur ma présence pour initier le geste, le vivre de manière incarnée et l'inscrire dans sa mémoire motrice.

Lors des premiers enchaînements, Mme D. observait longuement mes gestes avant de les reproduire avec un léger décalage temporel. Notre coordination gestuelle nécessitait un certain temps d'accordage. Elle commentait également ses mouvements et la manière dont elle les exécutait, me demandant si elle les réalisait correctement. En intégrant progressivement ces mouvements dans sa mémoire motrice, Mme D. a pu se les approprier. Peu à peu, ces verbalisations ont diminué, laissant place à un silence propice à une écoute plus fine de ses sensations corporelles.

Ce couplage perception-action repose sur l'existence des neurones miroirs, identifiés dans les années 1990 par Giacomo Rizzolatti. Ces neurones, situés notamment dans le cortex prémoteur et l'aire pariétale inférieure, s'activent aussi bien lorsqu'un individu effectue une action que lorsqu'il en observe une chez autrui. Plusieurs hypothèses ont été formulées concernant le rôle de

cette représentation corticale commune de l'action. L'une d'elles suggère que les aires prémotrices participent non seulement à la reconnaissance du geste, mais aussi à la compréhension de l'intention qui le sous-tend (Iacoboni et al., 2005). G. Rizzolatti parle à ce sujet de « langage moteur ». En plus de l'intentionnalité, cette transmission motrice permettrait également de véhiculer des informations émotionnelles. Les neurones miroirs ont donc un rôle dans la compréhension de l'intentionnalité d'autrui et de ce qu'il peut ressentir. Ainsi, selon J. Nadel, l'imitation immédiate, directe ou synchrone — c'est-à-dire celle qui se déroule en même temps que l'action de l'autre — permet d'entrer en relation par une forme de communication non verbale.

Cette répétition sur plusieurs séances, dans un rythme partagé, m'a conduite à élargir ma réflexion. Ce qui s'est joué avec Mme D. illustre, plus largement, la manière dont se construit la confiance en psychomotricité. Celle-ci ne se décrète pas et ne précède pas nécessairement le travail corporel : elle se tisse dans le temps, à travers le contact, les regards, les rythmes, les gestes et les silences. Aujourd'hui, je perçois cette confiance dans les fins de séance : dans les regards partagés, les échanges verbaux qui les accompagnent, mais aussi dans ce geste régulier de Mme D., qui ferme les yeux dès les premières inductions verbales. Ce changement, par rapport aux premières séances, me semble témoigner d'un état de sécurité intérieure et d'une confiance suffisante en la relation pour se laisser aller à l'expérience.

Pour terminer cette partie théorico-clinique, je souhaiterais évoquer une autre situation qui a prolongé ma réflexion sur la médiation corporelle. Lors d'un groupe de relaxation réunissant cinq résidents, j'ai proposé une exploration du lien entre mouvement et respiration, inspirée du yoga adapté. Les retours des participants ont mis en évidence plusieurs effets positifs : une meilleure conscience du souffle, la possibilité de percevoir plus finement les zones du corps où le mouvement est fluide ou restreint et des nouvelles sensations d'étirement. Toutefois, cette médiation a aussi révélé ses limites. Chaque participant présentait des besoins spécifiques, tant sur le plan du guidage moteur que respiratoire, ou de leur coordination. Dans un cadre groupal, l'instauration d'un rythme respiratoire commun s'est révélée plus complexe. Les différences interindividuelles rendaient difficile l'émergence d'un accord corporel aussi fin que dans la relation duelle. Ces expériences, en individuel comme en groupe, m'invitent, en tant que future psychomotricienne, à cultiver une écoute fine de ce qui se joue corporellement dans la rencontre. Elles me poussent également à ajuster mes propositions au rythme singulier de chacun, afin d'accompagner chaque patient dans la construction de ses propres appuis, sur le chemin d'une réappropriation et d'une individuation de son corps.

CONCLUSION

CONCLUSION

La respiration comme « sculpteur caché »

Benoît Lesage, dans *Jalons pour une pratique psychocorporelle*(2012), cite Lily Ehrenfried, médecin et fondatrice de la gymnastique holistique, qui qualifie la respiration de « sculpteur caché ». Elle conçoit le souffle comme un élément fondamental de la structuration corporelle, capable de façonner de l'intérieur la posture, la tonicité et la perception de soi. En s'appuyant sur cette conception, Lesage souligne combien la respiration module le tonus musculaire et peut, par un travail d'unification dynamique, induire un état global de mieux-être. Au fil de ce mémoire, j'ai tenté de montrer en quoi la respiration pouvait devenir une médiation thérapeutique précieuse dans l'accompagnement psychomoteur de personnes atteintes de sclérose en plaques. À travers le cas clinique de Mme D., il est apparu que le travail autour du souffle, lorsqu'il s'inscrit dans une attention fine et soutenue aux sensations corporelles, peut favoriser un déplacement progressif du rapport au corps, ouvrant ainsi la voie à un remaniement des représentations corporelles. La patiente a pu ainsi passer d'un rapport au corps surinvesti cognitivement à une expérience plus incarnée, marquée par une meilleure capacité à verbaliser ses ressentis, à percevoir plus finement ses sensations corporelles et ses possibilités motrices. Cette évolution témoigne d'un réajustement de ses représentations corporelles, désormais plus en lien avec son vécu sensoriel, émotionnel et moteur. Ce suivi m'a confortée dans l'idée que le soin ne réside pas uniquement dans la performance d'un geste, mais aussi dans la qualité de présence, dans la capacité à écouter ce qui, dans le corps, cherche à se dire.

Enfin, cette exploration du lien entre respiration et représentations corporelles dans le contexte de la maladie chronique adulte ouvre, selon moi, des perspectives fécondes du côté de la petite enfance. Dans cette période fondatrice où le corps se construit en interaction constante avec l'environnement, la respiration, en tant que rythme vital précoce et médiation sensori-motrice, pourrait constituer un levier précieux pour soutenir l'émergence du sentiment d'unité corporelle chez l'enfant. Ce prolongement soulève une question que je souhaiterais approfondir dans la suite de mon parcours : comment le souffle, mobilisé précocement dans un cadre psychomoteur, peut-il favoriser chez l'enfant une appropriation progressive et contenante de son corps en construction ?

Pour clore ce mémoire, il me tient à cœur de terminer par les mots de Mme D. :

Mon Carême Demain

À toi la vie qui a voulu me retirer ma chance,
À moi qui au-delà de ça, ai fait preuve de résilience,
La plus belle vision de mon futur,
Je la construis chaque jour ici, dans ma structure.
Plus ou moins autonome au levier chaque matin,
C'est par une certaine dépendance que je vis mes soins.
Chaque jour je remplis ma page blanche de la main,
Car c'est comme ça que j'écris mon carême demain
Espérer,
Qu'un trait sur mon passé soit tiré
Que mon carême demain soit acté
Que re sourire à la vie soit permis, me soit permis
Chaque effort, chaque goutte transpirée,
Me permet pas à pas d'avancer
Tous mes pas ou kilomètres réalisés,
Me solidifie ce nouveau corps que je me suis vu imposé.
Être résilient c'est comprendre que les obstacles font partie de mon chemin,
Mais qu'en aucun cas, ils ne concernent mon destin
Alors je mords le positif à pleines dents,
Car je sais maintenant que mon demain sera prêté
Espérer,
Qu'un trait sur mon passé soit tiré
Que mon carême demain soit acté
Que re sourire à la vie soit permis, me soit permis

MmeD.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. de. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2e éd.). Masson.
- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (2e éd.). Érès.
- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. (2018). *Manuel d'enseignement en psychomotricité – Tome 5 : Examen psychomoteur et tests*. De Boeck Supérieur.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod.
- AP-HP. (2024). *Le corps dans la sclérose en plaques : de l'étrangeté à l'appropriation*. Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.
- Arsenault, M. (2013). Modulation de la douleur par la respiration : étude de l'effet de la fréquence et de la phase respiratoire sur la douleur induite par stimulation électrique [Thèse de doctorat, Université de Montréal].
Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9203>
- Aucouturier, B. (2005). *La méthode Aucouturier : Fantômes d'action et pratique psychomotrice*. Éditions Filigranes.
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2e éd.). Dunod.
- Baudelet, É. (2019, novembre). La boucle temporelle. Communication présentée aux Journées Annuelles des psychomotriciens, Paris, France. Plaquette du SNUP.
- Berthoz, A. (1997). *Le sens du mouvement*. Odile Jacob.
- Bonnier, P. (1902). Le sens des attitudes. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 15, 146–183.
- Bullinger, A. (2011). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Érès.
- Bullinger, A. (2015). Approche sensori-motrice du développement du bébé : problèmes actuels.
In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Tome 2 – L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED* (pp. 57–70). Érès. <https://shs-cairn->

info.docelec.univ-lyon1.fr/le-developpement-sensori-moteur-enfant--9782749248103-page-57?lang=fr

Carric, J.-C. (2001). *Lexique du psychomotricien*. Vernazobres-Grego.

Charcot, J.-M., & Vulpian, A. (1868). Sur la sclérose en plaques des centres nerveux. *Archives de Physiologie Normale et Pathologique*, 1, 554–566.

Chwastiak, L., Ehde, D. M., & Gibbons, L. E. (2020). Pain and depression in patients with multiple sclerosis: Epidemiology, mechanisms, and treatment. *Current Pain and Headache Reports*, 24(1), 1–8.

Ciccone, A. (2001). Observation et écoute cliniques : quelques repères. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 126, 140–145.

Ciccone, A. (2013). Temporalité et processus psychiques dans la maladie grave et chronique. In A. Ciccone & F. Vanier (Eds.), *Psychopathologie de la maladie somatique* (pp. 85–101). Dunod.

Ciccone, A., & Vanier, F. (2013). La reconnaissance des pertes corporelles et existentielles dans la maladie chronique. In *Psychopathologie de la maladie somatique* (pp. 85–101). Dunod.

Corraze, J. (2011). La relation en psychomotricité. In J.-M. Albaret, F. Giromini, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 327–334). Solal.

Cyrułnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.

Da Fonseca, C. (2018). In E. W. Pireyre (Dir.), *Cas pratiques en psychomotricité*. Dunod.

De Vignemont, F. (2023, 17 octobre). L'image dans Mind the Body de Frédérique de Vignemont [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=oKfTBH636Rs>

Decety, J., & Jeannerod, M. (1995). Mental motor imagery: a window into the representational stages of action. *Current Opinion in Neurobiology*, 5(6), 727–732.

Defermand, C. (1996). Image du corps et sclérose en plaques. *Champ psychosomatique*, 7, 77–84.

Dolfus, S. (2013). *La cohérence cardiaque : Un nouvel atout santé*. Odile Jacob.

- Dumas, H., Izard, M.-H., & Nespoulous, R. (2002). Évaluation des aides techniques. In M.-H. Izard & R. Nespoulous (Eds.), *Expériences en ergothérapie* (15e série, pp. 120–124). Sauramps médical.
- D'Astorg, M., & Buton, É. (2020). La place du psychomotricien dans la prise en charge de la douleur chronique. Fédération Française des Psychomotriciens.
- Feinstein, A., Magalhaes, S., Richard, J.-F., Audet, B., & Moore, C. (2014). The link between multiple sclerosis and depression. *Nature Reviews Neurology*, 10(9), 507–517. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.139>
- Freud, S. (1919). L'inquiétante étrangeté. In *Essais de psychanalyse appliquée*. Gallimard.
- Gallien, P., Nicolas, B., Pétrilli, S., Robineau, S., Houedakor, J., & Duruflé, A. (2007, septembre). Quelle est la place de la balnéothérapie dans la prise en charge de la sclérose en plaques ? Handicap APF France. <https://sep.apf-francehandicap.org/blog/quelle-est-la-place-de-la-balneotherapie/>
- Gatecel, A. (2012). La psychomotricité relationnelle : Recherche en psychosomatique (p. 35). EDP Sciences.
- Gatecel, A. (2012). La psychomotricité relationnelle : Recherche en psychosomatique. Paris : Editions EDK.
- Gendreau, G. (2001). Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative. Montréal : Éditions Sciences et Culture.
- Gendreau, G. (2001). La composante temps dans l'intervention éducative. In N. Gendreau, M. Prince, & J. Bernier (Eds.), *Le temps dans l'intervention éducative* (pp. 17–28). Boscoville 2000.
- Gendreau, N., Prince, M., & Bernier, J. (2005). *Le temps dans l'intervention éducative*. Montréal, Canada : Boscoville 2000.

- Gil, R. (2016). Ces maladies si nombreuses et si diverses bouleversent, pour la plupart d'entre elles, les existences humaines par leur chronicité... In *Maladies neuro-dégénératives : Vivre sa maladie, inventer son quotidien* (hors-série, pp. 39–50). Espace éthique Poitou-Charentes.
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Gatecel, A. (2022). Chapitre VI. Les grandes fonctions appliquées à la sémiologie psychomotrice. In *La Psychomotricité* (pp. 75–111). Presses Universitaires de France. <https://stm-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/la-psychomotricite--9782715403932-page-75?lang=fr>
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques* (2e éd. revue et augmentée). Heures de France.
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (2021). *Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*. <https://www.has-sante.fr>
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (2024). *Sclérose en plaques : guide de parcours de soins*. <https://www.has-sante.fr>
- Head, H., & Holmes, G. (1911–1912). Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, 34.
- Histel-Barontini, L. (2021). *La boîte à outils de la relaxation*. Dunod.
- Institut du Cerveau. (2024). *Sclérose en plaques*. <https://institutducerveau-icm.org>
- Institut du Cerveau. (2025). *Symptômes et diagnostic de la SEP*. <https://institutducerveau-icm.org>
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2020). *IASP Terminology*. <https://www.iasp-pain.org>
- Jouen, F., & Molina, M. (2000). Le rôle des flux sensoriels dans les débuts du développement. *Enfance*, 53(3), 235–247.
- Jouen, F., et al. (2015). Des flux sensoriels à l'instrumentalisation des conduites. *Enfance*, 67(4), 463–4756.

- Jover, M. (2000). *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant*. Solal.
- Laigo, H. (s.d.). Accepter et s'adapter à sa maladie chronique. SEP Ensemble. <https://www.sep-ensemble.fr/la-sep-au-quotidien/accepter-maladie-chronique>
- Larousse. (1962). Relation. In *Grand Larousse encyclopédique* (Vol. 5, p. 112). Larousse.
- Launet, M.-E., & Peres-Court, C. (2023). Outil 28. La respiration. In *La boîte à outils de l'intelligence émotionnelle* (2e éd., pp. 88–89). Dunod. <https://shs.cairn.info/la-boite-a-outils-de-l-intelligence-emotionnelle--9782100848195-page-88?lang=fr>
- Le Breton, D. (2008). *Sociologie du corps*. Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (2014). *Éloge de la douleur*. Métailié.
- Lesage, B. (2012). *Un corps à construire : Approche sensori-motrice et psychocorporelle du développement et de la rééducation*. Érès.
- Lesage, B. (2015). *Un corps à construire : Flux sensoriels et équilibre sensori-tonique*. Érès.
- Lesage, B. (2018). *La danse dans le processus thérapeutique* (2e éd.). Érès.
- Manuel MSD. (2024). *Sclérose en plaques*. <https://www.msdmanuals.com>
- Marin, C. (2010). La maladie chronique ou le temps douloureux. In A. Epelboin & J.-P. Pierron (Eds.), *Traité de bioéthique III : Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes* (pp. 119–130). Érès.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Meurin, B. (2024). Approche sensori-motrice selon les travaux d'André Bullinger. InPress.
- Moyano, O. (2012). La psychomotricité relationnelle. In J.-M. Albaret, F. Giromini, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 335–346). Solal.
- MS International Federation [MSIF]. (2014). *Atlas of MS 2013: Mapping multiple sclerosis around the world*. <https://www.msif.org>

- Mucchielli, A. (2013). *L'identité*. Presses Universitaires de France.
- Médecine/Sciences. (2021). La fatigue chronique dans les maladies auto-immunes. *Médecine/Sciences*, 37(4), 354–359. <https://doi.org/10.1051/medsci/2021032>
- Mélinand, F. (2004). *Le corps entre sensation et pensée*. Érès.
- Nadel, J. (2011). Perception visuelle du mouvement et couplage perception-action. *Enfance*, 63(1).
- Nizard, C. (2019). *Du souffle au corps : apprentissage du yoga en France, en Suisse et en Inde*. L'Harmattan.
- Pédinielli, J.-L. (1992). *Les névroses : Sémiologie, clinique, psychopathologie*. Dunod.
- Pireyre, É. W. (2006). La conscience corporelle en psychomotricité. In C. Da Fonseca, É. W. Pireyre, & C. Vion-Dury (Eds.), *Approches de la conscience corporelle*. Dunod.
- Pireyre, É. W. (2021). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (3e éd.). Dunod.
- Ponton, G. (2012). La réorganisation de la conscience corporelle : Se construire vivant dans la durée. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (169), 130–144.
- Potel, C. (2009). *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*. Érès.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception et une pratique de l'intervention éducative spécialisée*. Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2007). *Les neurones miroirs*. Odile Jacob.
- Robert-Ouvray, S. (2015). Le souffle dans la pratique psychomotrice. In E. W. Pireyre (Dir.), *Cas pratiques en psychomotricité*. Dunod.
- Schilder, P. (1935). *The Image and Appearance of the Human Body*. Routledge. (Éd. fr. : Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Gallimard.)
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 145–177). Solal.

- Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Tome 2, p. 295). Solal.
- Servant-Laval, A. (2010). *Anatomie fonctionnelle : Fonction musculaire et mouvement*. Elsevier Masson.
- Shaffer, F., & Ginsberg, J. P. (2017). An overview of heart rate variability metrics and norms. *Frontiers in Public Health*, 5, 258. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00258>
- Similowski, T. (2018). Comment la respiration synchronise le cerveau. *Cerveau & Psycho*, (103), 32–33.
- Similowski, T., & Jacquemont, G. (2024). *Les superpouvoirs de la respiration*. Albin Michel.
- Stefan, K., Cohen, L. G., Duque, J., Mazzocchio, R., Celnik, P., Sawaki, L., Ungerleider, L., & Classen, J. (2005). Formation of a motor memory by action observation. *The Journal of Neuroscience*, 25(41), 9339–9346.
- Urofrance. (2014). *Troubles vésico-sphinctériens et sclérose en plaques*. <https://www.urofrance.org>
- Vadori-Gauthier, N. (2014). Mouvement authentique. Le prix de l'essence. <https://www.leprixdelessence.net/recherche/somatiques/mouvement-authentique/>
- Van der Hiele, K., Visser, L. H., Baars, J. W., & van der Grond, J. (2015). Anxiety symptoms in multiple sclerosis: Relationship with disease characteristics and functional disability. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(9), 1216–1220. <https://doi.org/10.1177/1352458514560924>
- Winance, M. (2010). Mobilités en fauteuil roulant : processus d'ajustement corporel et d'arrangements pratiques avec l'espace, physique et social. *Politix*, 90(2), 115–136. <https://doi.org/10.3917/pox.090.0115>

--

TABLE DES ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

- **Annexe I : Réponses au questionnaire de Marilou Bruchon-Shweitzer**
- **Annexe II : Schéma cohérence cardiaque**
- **Annexe III : Dessin du bonhomme**

▪ **Annexe I : Réponses au questionnaire de Marilou Bruchon-Shweitzer**

a) Pouvez-vous me dire quelles sont les parties du corps que l'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur, dedans ?

- *Mme D répond : les nerfs, les muscles, le sang, les veines.*

b) Pouvez-vous me dire quelles sont les parties du corps que l'on peut voir de l'extérieur ?

- *la peau, les bras, les jambes, le visage, le cou.*

c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?

- *Là où il y a du cartilage : poignet, coude, épaule, genoux, cuisses.*

d) Que peut-on faire avec son corps ?

- *Tout.*

e) Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (et pourquoi) ?

- *Toutes les parties du corps sont fragiles.*

f) Qu'est-ce qui est solide dans le corps (et pourquoi) ?

- *Il n'y a pas de parties plus solides.*

g) Qu'aimez-vous dans le corps ? Y a-t-il des endroits du corps que vous préférez ?

- *Mme D réfléchit et répond : ce que je préfère chez moi est ma façon de m'exprimer. Sinon, je ne suis pas trop mal ; j'aurais pu être pire, la maladie ne m'a pas trop dégradé.*

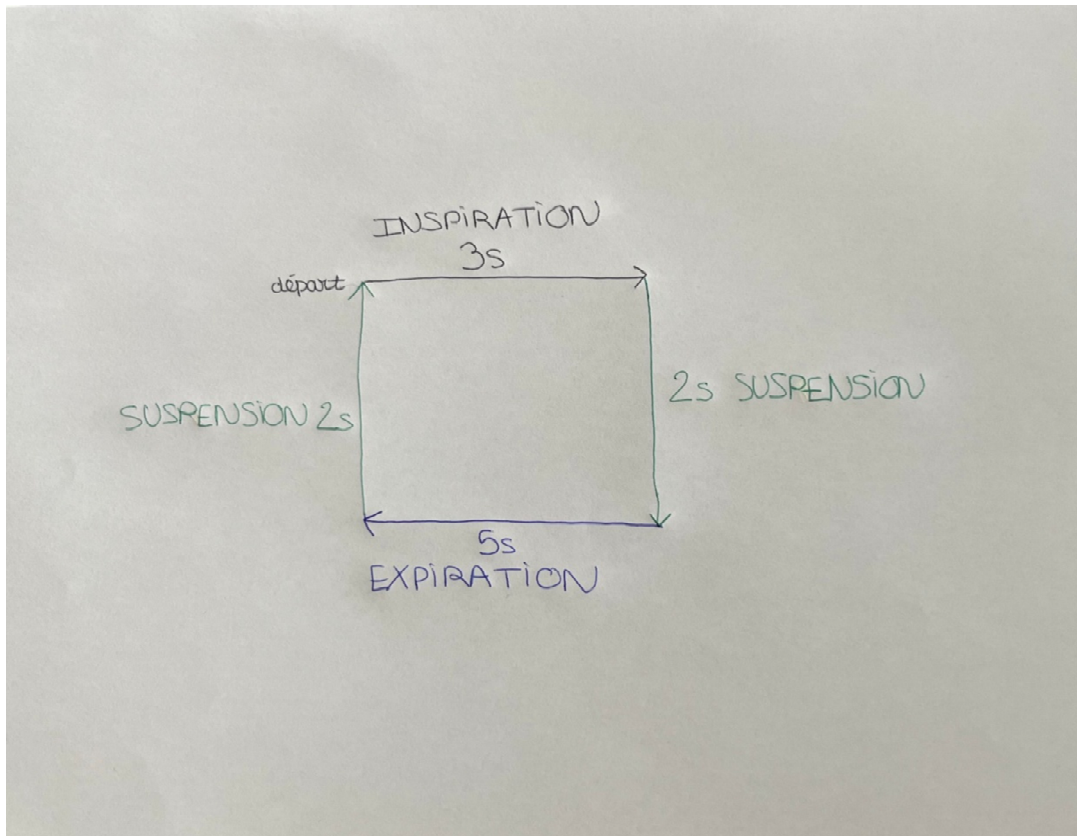
h) Y a-t-il des parties du corps que vous n'aimez pas ?

- *Non.*

i) Où est la pensée, à votre avis ? (Si c'est "dans le corps", où exactement ?)

- *Dans la tête, c'est les neurones.*

- Annexe II : Schéma cohérence cardiaque



▪ Annexe III : Dessin du bonhomme



SIGNATURE MAITRE DE MÉMOIRE

Le maitre de Mémoire

Simon Commare

Le 13/05/2025



Auteur : Camille JACQ

Titre : *« Quand je respire, je me reconnecte à mon corps »*

*Le travail psychomoteur autour de la respiration au profit de la représentation corporelle
chez une patiente atteinte d'une sclérose en plaques*

Mots – clés :

Sclérose en plaques – Psychomotricité – Respiration – Représentations corporelles –
Conscience corporelle – Réappropriation corporelle

Multiple sclerosis – Psychomotor therapy – Breathing – Body representations – Body
awareness – Bodily reappropriation

Résumé :

Accompagner une personne atteinte de sclérose en plaques, c'est approcher un corps en transformation – parfois incertain, parfois douloureux. Dans cet espace de fragilité, la respiration peut offrir un appui : un chemin vers un ancrage sensoriel et une continuité intérieure. À travers l'accompagnement psychomoteur, il s'agit alors de soutenir la modulation tonique, la perception de soi et l'émergence d'une conscience corporelle vivante, malgré les atteintes de la maladie. Ce mémoire s'appuie sur le suivi de Mme D. pour interroger la place du souffle : comment sa mobilisation consciente peut-elle contribuer à réaménager les représentations corporelles et à soutenir le sentiment d'unité dans un corps fragilisé ?

Supporting a person with multiple sclerosis means approaching a body in transformation – at times uncertain, at times painful. Within this space of vulnerability, breathing offers a pathway to reconnect with sensory grounding and a sense of inner continuity. Through psychomotor therapy, the aim is to foster tonic modulation, self-perception, and the emergence of a living bodily awareness, despite the progression of the illness. This thesis draws on the clinical follow-up of Ms. D. to explore the following question: how can the conscious use of breath contribute to reshaping bodily representations and sustaining a sense of unity within a body rendered fragile by disease?