



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

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



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

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

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

Docteur Xavier PERROT

« Mon corps me parle ? » : La prise de conscience corporelle chez le
sujet âgé dépendant.

De la représentation de soi vers une plus grande autonomie.

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

Par : Emma CÉSARI

Juin 2021 (Session 1)

N°1614

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 Xavier PERROT

« Mon corps me parle ? » : La prise de conscience corporelle chez le
sujet âgé dépendant.

De la représentation de soi vers une plus grande autonomie.

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

Par : Emma CÉSARI

Juin 2021 (Session 1)

N°1614

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

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

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

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

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

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

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

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

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

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord mes maîtres de stage qui m'ont tant appris au cours de ma formation, et spécialement Alix qui m'a beaucoup apporté durant cette année.

Je remercie chaleureusement Marie, ma maître de mémoire, pour m'avoir parfaitement accompagnée durant la rédaction de cet écrit. Merci pour sa patience et ses excellents conseils.

Je remercie ma famille et ma meilleure amie pour leur soutien permanent.

Enfin, je remercie tout particulièrement Claire C, Ambre C, Marie D, Marie H, Elsa L, Charlène L et Marie P de m'avoir apporté tant de souvenirs inoubliables durant ces trois années de formation. Vous êtes mes plus belles rencontres.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CLINIQUE	3
1 La structure	3
2 Étude de cas : Mme P	5
2.1 Anamnèse et entrée en institution	5
2.2 Bilan psychomoteur et projet thérapeutique	5
2.3 Première rencontre en deux temps	7
2.4 Observations psychomotrices	9
2.4.1 « Corps machine »	9
2.4.2 La douleur, seule sensation verbalisée	12
2.4.3 Exploration corporelle	15
2.4.4 Prémices d'une prise de conscience corporelle et d'écoute du corps	17
2.4.5 Mise en jeu des potentialités du corps	19
THÉORIE	22
1 Processus physiologiques du vieillissement normal	22
1.1 Au niveau corporel	22
1.2 Au niveau cognitif	24
1.3 Au niveau psychique : la crise de sénescence	25
1.3.1 La notion de crise	25
1.3.2 La crise de sénescence	26
2 Schéma corporel et représentation de soi	27
2.1 Définition du schéma corporel et distinction avec l'image du corps	27
2.1.1 Schéma corporel	28
2.1.2 Image du corps	29
2.1.3 Image composite du corps	30
2.2 Construction du schéma corporel	31
2.2.1 Corps vécu (0-3 ans)	32

2.2.2	Corps perçu (3-6 ans) -----	33
2.2.3	Corps représenté (6-12 ans) -----	34
3	Impact du vieillissement sur la représentation corporelle -----	34
3.1	Les modifications corporelles et motrices -----	35
3.2	Les altérations sensorielles -----	36
3.3	L'impact des soins médicaux -----	36
3.4	L'identité -----	37
	THÉORICO-CLINIQUE -----	39
1	Le travail du psychomotricien avec le sujet âgé -----	39
1.1	Définition de la psychomotricité -----	39
1.2	Le psychomotricien en gériatrie -----	40
1.3	Le psychomotricien et la relation thérapeutique -----	42
1.3.1	Le cadre -----	42
1.3.2	La verbalisation -----	43
1.3.3	Le transfert et le contre-transfert -----	44
1.3.4	Les émotions -----	46
2	Vers une prise de conscience des potentialités du corps -----	47
2.1	Prise de conscience corporelle -----	47
2.1.1	Définition -----	47
2.1.2	Une conscience corporelle mise à mal : étiologies possibles -----	48
2.2	Prise en charge psychomotrice -----	50
2.2.1	Travail autour des sensations et de l'écoute du corps -----	50
2.2.2	Retour sur le stade du corps vécu -----	52
2.2.3	Stimulation de l'autonomie -----	53
	CONCLUSION -----	57
	BIBLIOGRAPHIE -----	

LEXIQUE

A.P.A : Activités Physiques Adaptées

A.S.G : Assistante de Soins en Gériatrie

A.S.H : Agent des Services Hospitaliers

E.H.P.A.D : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

U.V.P : Unité de Vie Protégée

INTRODUCTION

Au cours de mes trois années de formation en psychomotricité, j'ai pu rencontrer en stage des patients d'âges et de pathologies diverses. La découverte de différentes structures et approches de la psychomotricité m'a permis de construire progressivement mon identité de psychomotricienne.

Pour ma part, j'ai toujours eu envie de travailler en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), ou plus globalement auprès des personnes âgées. C'est ainsi que, lorsque le stage que je devais effectuer en EHPAD à la fin de ma seconde année de formation a été annulé en raison de la pandémie de la COVID-19, la psychomotricienne en poste a finalement accepté de me prendre tardivement en stage lors de ma troisième année d'étude. Étant en parallèle en stage en référence dans un second EHPAD, mon expérience psychomotrice auprès de la personne âgée dépendante s'est accrue. Je rencontre alors des patients présentant chacun une personnalité unique, ayant leur propre rapport au monde extérieur et leur expérience de vie spécifique.

Mais ce qui m'intrigue le plus chez ces patients est leur différence de rapport à leur corps. Ainsi, je rencontre des résidents qui portent une grande attention à leur image étant toujours particulièrement apprêtés, les hommes portant des cravates et les femmes du maquillage et du vernis. Je découvre aussi des personnes âgées qui semblent plus détachées de leur corps, considérant la mise en mouvement exclusivement adressée aux sportifs qu'ils ne sont plus ou qu'ils n'ont jamais été. À l'inverse, d'autres résidents considèrent cette mise en jeu du corps essentielle à leur bien-être, effectuant plusieurs promenades par jour par exemple. Enfin, il y a les sujets âgés qui ne semblent pas investir leur corps en relation, se repliant sur eux-mêmes et ne parvenant pas à accéder à leurs sensations corporelles. Je m'interroge alors sur la source de ces différences de rapport au corps chez ces résidents. Quelle est la part de la personnalité et de l'expérience de vie dans cet investissement corporel ? Et qu'en est-il de l'impact du vieillissement et de la vie en institution ?

Par mon expérience professionnelle, j'ai toujours été attirée et intriguée par le rapport que nous pouvons avoir avec notre corps et la représentation que l'on s'en fait selon les âges et les pathologies. En effet, j'ai pu m'exercer dans des lieux de stage recevant des

populations différentes, soit en cabinet libéral ou en Maison d'Accueil Spécialisée accueillant des adultes atteints d'autisme et de déficience intellectuelle sévère. Les patients y ont souvent un rapport à leur corps particulier, l'investissant fortement ou non, que ce soit dans l'espace ou en relation et accédant plus ou moins à leurs sensations. Mais c'est principalement la rencontre avec Mme P qui m'a décidée à orienter mon écrit sur le rapport au corps des personnes âgées dépendantes. En effet, lors de nos premières rencontres, j'ai été intriguée par la distance qu'elle portait à son corps. Cette distance était telle qu'il me semblait investi comme un « corps machine ».

Ces constatations m'ont interrogée sur les concepts de schéma corporel et d'image du corps, deux notions spécifiques à la psychomotricité. Par conséquent, j'ai réalisé l'importance de la prise en charge psychomotrice dans l'apport de plaisir à l'engagement corporel tant sur le plan moteur que sensoriel chez le sujet âgé. Ainsi, dans ce mémoire je vais chercher comment le travail psychomoteur peut-il être source de prise de conscience des potentialités du corps chez la personne âgée dépendante ? En quoi l'amélioration de la représentation de soi permet-elle d'accéder à une prise d'autonomie ?

Afin de répondre à cette interrogation, je présenterai dans un premier temps Mme P et le rapport particulier qu'elle porte à son corps. Nous pourrons observer dans cette partie qu'au cours de la prise en charge psychomotrice, Mme P a su progressivement porter de l'intérêt à son corps et prendre du plaisir à se mettre en mouvement.

Puis, pour mieux comprendre ce qui a pu être mis en jeu chez la résidente, j'aborderai les différents processus de vieillissement pouvant affecter l'individu âgé. Je définirai ensuite les notions de schéma corporel et d'image du corps, en m'attardant sur la construction du premier. Enfin, je traiterai des conséquences du vieillissement sur le schéma corporel.

Pour terminer, j'évoquerai l'importance du rôle du psychomotricien en gériatrie et l'étayage que j'apporte à Mme P au travers de la relation thérapeutique. Après avoir abordé les différentes étiologies possibles à ses troubles de la conscience corporelle, j'expliquerai, en m'appuyant sur les premiers apports théoriques, comment la prise en charge psychomotrice proposée à Mme P lui a permis de prendre progressivement conscience de son corps et l'investir en autonomie dans son quotidien.

CLINIQUE

Je réalise mon stage de troisième année dans un EHPAD au sein duquel je rencontre Mme P, que je vais vous présenter dans cette partie clinique. Avant d'aborder la clinique psychomotrice, il me semble primordial de présenter la structure, son fonctionnement et ma place de stagiaire.

1 La structure

L'EHPAD se compose de 64 lits répartis sur quatre étages. Au rez-de-chaussée, se trouvent la salle de kinésithérapie et un restaurant où les résidents partagent les temps de repas. Nous y retrouvons également le hall d'entrée que les résidents peuvent traverser pour se promener sur la terrasse extérieure et le parking de la structure. Un accueil de jour est situé au rez-de-chaussée, à l'écart du reste de l'EHPAD. Ensuite, les trois premiers étages comportent chacun 17 chambres équipées d'un lit simple. Enfin, nous retrouvons au quatrième et dernier étage l'Unité de Vie Protégée (UVP) composée de treize lits et d'une cuisine thérapeutique. Chaque étage trouve en son centre un espace réfectoire constitué de deux tables, d'une télé et d'une petite cuisine. Les repas des résidents plus dépendants ainsi que certaines activités (tricot, jeux de société) ont lieu dans cet espace.

Sont accueillies dans cet EHPAD des personnes âgées valides ou en perte d'autonomie, pour lesquelles le maintien à domicile n'était plus possible. L'UVP est spécifiquement destinée à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés.

L'équipe soignante se compose de quatre infirmières, d'un médecin coordinateur en congé parental le temps de mon stage, d'une psychologue à temps plein, de huit aides-soignantes et de six auxiliaires de vie. Deux Assistantes de Soins en Gériatrie (ASG) sont présentes. Elles sont spécialisées dans les démences et réparties sur l'UVP. L'équipe paramédicale se compose d'une psychomotricienne à 70%, un ergothérapeute à mi-temps, un éducateur d'Activités Physiques Adaptées (APA) à temps plein et de trois kinésithérapeutes libéraux traitant 80% des résidents. Enfin, quatre Agents des Services Hospitaliers (ASH), quatre serveuses, un agent technique et une animatrice font également partie de l'EHPAD.

Lors du début de la pandémie de la COVID-19, en mars 2020, l'EHPAD a dû revoir son organisation. Les résidents étaient isolés en chambre, ne pouvaient plus sortir se promener ni se retrouver dans le restaurant pour les temps de repas. Les prises en charges médicales et paramédicales étaient toutes individuelles et en chambre. Cette réorganisation a duré plusieurs mois, principalement lorsque l'épidémie s'est répandue dans la structure courant octobre-novembre 2020. Lorsque les mesures sanitaires se sont assouplies, les groupes thérapeutiques ont pu reprendre à condition qu'ils ne concernent que les résidents d'un même étage. Le restaurant a pu rouvrir pour certains résidents dans le respect des mesures sanitaires, soit en respectant la distanciation sociale. Les tables, espacées d'un mètre, n'accueillent plus que deux personnes. Les promenades étaient de nouveau autorisées sur la terrasse extérieure et le parking de la structure. Ces mesures sanitaires devraient progressivement s'assouplir en raison de la campagne de vaccination récemment effectuée au sein de l'EHPAD.

Quant à moi, j'ai commencé mon stage dans cette structure en novembre 2020, soit avec deux mois de retard par rapport à la date prévue de début des stages. En effet, en raison de la pandémie j'ai eu des difficultés à trouver mon deuxième stage. C'est alors la psychomotricienne de cette structure, qui est également ma référente externe pour mon stage en référence en EHPAD commencé en septembre, qui a accepté de m'intégrer dans cet établissement.

Dans un premier temps, j'ai été observatrice, puis j'ai rapidement pu intervenir dans les séances et prendre en charge certains résidents la plupart du temps en présence de ma maître de stage. J'ai ainsi pu proposer des exercices lors du groupe équilibre et participer aux mobilisations d'une résidente hypertensive en amont de sa toilette et de ses soins. J'ai pu m'impliquer dans la construction de certains projets, notamment sensoriels, destinés aux résidents de l'UVP, mais je n'ai pu suivre individuellement ces derniers. J'ai également pris en charge Mme P, seul accompagnement individuel à ma charge, dont le suivi est au cœur de ce mémoire. En effet, intriguée par le rapport qu'elle portait à son corps lors de notre rencontre, je me suis positionnée pour reprendre son accompagnement psychomoteur.

Quant à ma place dans l'équipe, il est plus compliqué pour moi de m'y intégrer. En effet, les temps de réunion n'ayant pas lieu lors de mon jour de présence dans la structure, il est plus compliqué pour moi d'y participer et donc de me présenter et partager mes observations et propositions de suivi. Mes temps d'échanges avec l'équipe se font

principalement dans le couloir ou lors des rédactions des projets personnalisés, ayant lieu parfois lors de mon jour de présence. Ainsi, je m'intègre progressivement à l'équipe lors de ces temps d'échange. Je peux alors partager mes observations et suggestions de prises en charge.

2 Étude de cas : Mme P

2.1 Anamnèse et entrée en institution

Mme P a 92 ans. En mars 2020, suite à de nombreuses chutes, elle est admise à l'hôpital gériatrique où elle contracte le coronavirus. En raison du manque de place induit par l'état d'urgence dans lequel se trouve la structure, Mme P est admise, en avril 2020, au sein de l'EHPAD dans lequel je la rencontre. Depuis son arrivée dans la structure, elle montre une perte globale et rapide de ses capacités et de son autonomie. De plus, suite au deuxième confinement, Mme P témoigne d'une importante perte d'énergie, une diminution de son axe et son déficit d'autonomie s'accroît. Elle présente également des troubles cognitifs importants notamment mnésiques, une variabilité attentionnelle et une désorientation spatio-temporelle.

Mme P est très sociable, accueillante, souriante et dynamique. Elle exprimait à son arrivée « ne pas du tout se sentir 90 ans ». Elle n'a jamais été mariée et n'a pas d'enfant. Elle a été, tout au long de sa vie active, professeur de français en collège et lycée. Sa carrière est très importante pour elle, son métier la passionnait. Je n'ai pas plus d'informations quant à son histoire de vie.

2.2 Bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Dans le cadre de son entrée en EHPAD, un bilan psychomoteur a été effectué par ma maître de stage.

Il révèle un tonus de fond légèrement moins tonique à gauche au niveau du haut du corps. Cette différence est inversée pour le bas du corps. Toutefois, les différents tonus restent harmonieux. Madame P. souffre d'une scoliose qu'elle semble assez bien compenser au niveau de son équilibre notamment grâce à l'ajustement de son tonus de fond. Son

équilibre reste tout de même précaire du fait de son axe de gravité projeté en avant, avec un risque de chute important. Ses réflexes pare-chutes sont efficaces.

Concernant ses déplacements, sa démarche est prudente, sans mise en danger. Les pas sont inégaux, ceux de droite étant plus longs. Son polygone de sustentation reste normal. Les transferts sont de bonne qualité : le transfert assis/debout sans appui est possible. Les praxies de façon générale sont efficaces.

Le schéma corporel de Mme P. est intact. Elle se représente correctement son corps dans l'espace et peut nommer les différentes parties de son corps.

La patiente a une bonne mémoire épisodique jusqu'à ses 60 ans, puis le récit devient plus décousu. Sa mémoire perceptive et verbale est efficace dans un rendu immédiat de l'information. L'encodage d'informations est plus difficile, nécessitant de nombreuses répétitions. Mme P. a conscience de ses troubles mnésiques et verbalise que c'est le plus difficile pour elle, les autres pertes étant plus acceptables. Elle exprime avoir peur de perdre son identité du fait de l'oubli de ses souvenirs.

Concernant son orientation spatiale et temporelle, Mme P. a bien investi la résidence et peut se déplacer seule sans difficulté. Elle s'oriente plutôt correctement dans le temps à quelques jours près. Elle s'aide d'un calendrier pour se repérer.

Suite à ce bilan psychomoteur, un projet thérapeutique est mis en place. La prise en charge de Mme P a lieu en séance individuelle, orientée principalement sur son redressement axial et la stimulation de son équilibre. Dans ce sens, Mme P est également présente lors des séances de groupe équilibre auxquelles je participe. Toutefois, n'étant pas pertinentes pour mon écrit, je ne développerai pas les séances groupales.

De plus, à partir de ce bilan et des observations faites par l'ensemble de l'équipe soignante, un projet personnalisé a été rédigé en février 2021. Ses objectifs principaux sont la stimulation de sa motricité, respectant les temps de repos nécessaires à Mme P et la fatigabilité mentale et physique dont elle fait preuve. La stimulation de sa mémoire, de ses repères temporels et sa socialisation sont également évoquées. Enfin, le soutien de son autonomie est abordé.

Pour répondre à ces objectifs, la prise en charge psychomotrice individuelle et groupale est préconisée, tout comme un suivi par l'éducateur en APA. La mise en place d'une activité par demi-journée est évoquée, suggérant, par exemple, un travail sur le récit

de son enfance ou la pratique du tricot, activité manuelle qu'elle pratiquait régulièrement lorsqu'elle était plus jeune.

2.3 Première rencontre en deux temps

La rencontre entre Mme P et moi, s'est faite en deux temps, en amont de l'élaboration du projet personnalisé tout juste décrit.

En effet, la première fois, la psychomotricienne et moi entrons dans la chambre de Mme P aux alentours de dix heures. Nous la découvrons toujours dans son lit, emmitouflée sous sa couette. Je ne peux alors qu'imaginer sa taille et sa corpulence, difficilement décelables sous les draps. Seules sa tête et une partie de son cou sont visibles. Son corps est totalement immobile, seule sa tête pivote de droite à gauche, alternant visuellement entre la psychomotricienne et moi, chacune assise d'un côté du lit. Cette immobilité me surprend car elle semble habituelle, me laissant penser à une paralysie. Nous sommes restées environ vingt minutes durant lesquelles elle n'aura bougé que ses bras pour attraper la main de la psychomotricienne, cette dernière lui souhaitant son anniversaire.

Mme P est souriante, surprise de notre arrivée et de ma présence. Nous nous présentons, expliquons notre présence et en quoi consiste la psychomotricité. Je la sens tout de suite curieuse et intéressée par nos propos. Elle ramène instantanément nos explications à son ancien métier de professeur de français, nous posant des questions sur nos élèves en parlant de nos patients. Je comprends également la présence de troubles mnésiques, Mme P ne se souvenant pas de l'identité de la psychomotricienne alors que celle-ci la voit depuis plusieurs mois. Je me demande si le port du masque n'aurait pas ici un rôle dans cette difficulté de reconnaissance.

Nous repartons, lui annonçant que nous reviendrons dans l'après-midi, quand elle sera douchée et habillée.

Lorsque nous revenons dans sa chambre l'après-midi, j'ai l'impression de redécouvrir Mme P. En effet, je suis surprise de la découvrir debout, marchant vers nous pour nous accueillir. Elle est vêtue d'un pantalon, d'une chemise et d'un bandeau qui lui plaque ses cheveux gris et mi-longs en arrière. Outre le fait qu'elle soit debout et qu'elle marche, ce qui me surprend surtout, c'est sa posture. En effet, Mme P est fortement penchée en avant, orientée vers la droite et les épaules en avant, sa colonne présentant une importante

cyphose. La psychomotricienne me confirmera plus tard la présence d'une forte scoliose. Ainsi désaxée, un déséquilibre pourrait être créé, mais ce dernier est inexistant, compensé par Mme P. Je m'interroge alors sur les procédés qu'elle a pu mettre en jeu pour pallier le déséquilibre, outre un ajustement du tonus de fond révélé dans le bilan psychomoteur. Nous discutons quelques minutes puis la psychomotricienne, appelée ailleurs, nous laisse Mme P et moi. Je lui propose alors de s'asseoir et de faire quelques exercices de respiration afin de travailler sur le redressement de l'axe, le stimuler et renforcer musculairement son dos. Avant de commencer les exercices, elle m'explique qu'elle a du mal à se redresser et qu'elle peut ressentir des douleurs et de la fatigue si elle force trop sur ses mouvements.

Elle accompagne ses paroles de gestes qui m'intriguent. En effet, avec ses deux mains, elle vient bouger son tronc pour me montrer ses difficultés. J'ai alors le sentiment qu'elle mobilise son tronc, son corps, comme s'il n'était pas le sien, comme s'il était insensible, non vivant.

Une fois l'exercice commencé, elle m'explique, au bout de quelques respirations, qu'elle ne peut pas prendre de grandes inspirations, que son souffle est court à cause de sa cage thoracique qui est, comme elle me montre avec ses mains, trop compressée, enfermée, serrée.

Je m'adapte alors à sa fréquence respiratoire. Je lui explique que, dans l'exercice, nous essayons de redresser son dos, reculer les épaules à chaque inspiration, puis nous relâchons à l'expiration. Je constate qu'elle est capable de redresser son dos puis de le relâcher mais qu'elle se fatigue assez rapidement.

À de multiples reprises durant l'exercice, elle va exprimer ses difficultés à se redresser car cela la fatigue. J'ai le sentiment qu'elle prend inconsciemment la parole afin de se couper de son écoute corporelle. En effet, les temps d'expérimentation ne pouvaient excéder cinq à six secondes avant qu'elle n'intervienne.

À la fin de la séance, elle me raccompagne à la porte de sa chambre et me dit avoir apprécié ce moment passé en ma présence.

2.4 Observations psychomotrices

La plupart des séances de psychomotricité de Mme P ont lieu dans sa chambre dans l'après-midi. Selon la météo et les mesures sanitaires en vigueur, certaines séances ont pu avoir lieu en extérieur, permettant à Mme P de se promener autour du bâtiment.

2.4.1 « Corps machine »

La semaine suivant notre rencontre, ma maître de stage et moi venons proposer à Mme P. des mouvements de Tai-Chi et de Qi-Gong afin de travailler sur son équilibre, le stimuler, le renforcer.

C'est lors de cette séance que j'ai particulièrement été intriguée par Mme P. En effet, lors des mouvements effectués, je constate qu'elle n'est aucunement à l'écoute de ce que son corps peut lui transmettre. Particulièrement attentive aux mouvements indiqués par la psychomotricienne, elle demande à de multiples reprises comment positionner ses membres dans l'espace pour faire le mouvement parfait. Il y a une réelle envie de faire exactement les mêmes gestes que la psychomotricienne. Cette dernière lui explique qu'il n'y a pas de mouvement parfait et qu'il est important qu'elle s'adapte à ses capacités, à ce que son corps lui transmet, lui autorise. Mme P semble hermétique à cette consigne, ne s'attardant que sur la posture, l'amplitude et la rotation des mouvements de la psychomotricienne. Elle n'est focalisée que sur la mécanique du mouvement et les rouages articulaires impliqués. Malgré l'insistance de la psychomotricienne, elle n'est pas à l'écoute de son corps, de ce qu'il peut lui transmettre comme possibilité de mouvement. Y a-t-il ici une envie de trop bien faire avec une absence d'écoute de soi ? Ou bien une considération purement mécanique et fonctionnelle de son propre corps ?

Un autre événement m'a surpris dans cette séance, allant dans le sens de celui tout juste décrit : le corps de Mme P n'étant qu'une « chose » pour elle. En effet, cette dernière possède comme une masse dans le bas de son ventre, à gauche. Rappelons ici qu'en conséquence de sa scoliose, Mme P est fortement penchée en avant et à droite. Cette masse donne alors l'impression de compenser, rééquilibrer la posture de la résidente, rajoutant du poids sur sa gauche.

La psychomotricienne interroge Mme P à ce propos, lui demandant ce qu'elle en sait et si cela est douloureux. La résidente va alors prendre cette masse à pleines mains en expliquant qu'elle ne sait pas ce que c'est mais que cela n'est pas douloureux. Je suis surprise car elle n'a aucune douceur dans cette prise en main, comme si l'approche de cette zone ne pouvait provoquer aucune sensation. De plus, Mme P semble désintéressée, elle ne semble aucunement inquiète face à la présence de cette masse pourtant inhabituelle. Ces observations semblent confirmer mes premières constatations et renforcent mes interrogations : la résidente a-t-elle une considération purement mécanique de son corps ?

Concernant la masse, la psychomotricienne suppose que la posture de la résidente aurait poussé les intestins contre les fibres du fascia à gauche du tronc. Le fascia aurait cédé sous la pression intestinale et se serait fissuré, laissant passer les intestins qui se situeraient donc entre la peau et le fascia. C'est ainsi que la poche pourrait s'être formée, bien que nous n'ayons pas plus d'informations à ce sujet.

Ensuite, elle me montre, lors d'un de nos échanges, qu'elle est capable de redresser son dos, bien qu'elle reste toujours légèrement penchée en avant. La différence est alors surprenante, permettant à Mme P de gagner une dizaine de centimètres. Toutefois, elle ne peut garder cette posture très longtemps, cela lui demandant beaucoup d'énergie selon ses propos. Je constate qu'elle ne prend aucune précaution quant à son redressement, ce dernier étant brutal. J'observe alors ici une nouvelle fois que sa façon de se mettre en mouvement manque de douceur quant à son propre corps. Elle ne semble pas prendre soin de ce dernier, manquant de bienveillance à son égard et le mobilisant sans crainte de se blesser.

La semaine suivante, afin de répondre à mes questions et de m'éclairer sur la manière dont elle se représente son corps, je propose à Mme P de se dessiner telle qu'elle se perçoit. La résidente semble réfractaire à cette idée, exprimant ne pas comprendre ce qu'on lui demande et surtout ce qu'on attend d'elle. Elle ne nous regarde pas, fronce les sourcils et nous demande à plusieurs reprises de lui réexpliquer la consigne car bien qu'elle essaye de la comprendre, elle n'y parvient pas. La psychomotricienne lui propose une alternative : au lieu de dessiner son corps, elle peut nous donner des mots pour le décrire. Mme P accepte cette solution et évoque instantanément la fatigue qui, selon elle, a toujours été présente. Elle décrit son corps comme « bien brave » et, selon ses mots, « il fait ce que je lui demande ». Elle aborde également ses troubles mnésiques. Mme P confirme alors ici mes premières hypothèses, considérant son corps uniquement par son aspect fonctionnel. La notion de

« corps machine » semble être appropriée quant à la considération que la résidente se fait à propos de son corps.

De plus, lors des différentes expérimentations ayant eu lieu dans sa prise en charge, Mme P verbalise très peu ses ressentis et ce qui a pu se passer dans son corps. Les seuls retours qu'elle en fait sont des interrogations quant aux objectifs des expérimentations proposées. Mme P est alors attentive à mes explications, elle est intriguée par ce qui est fait en séances de psychomotricité. Lorsque je lui explique que la plupart des exercices ont pour objectif de se recentrer sur son corps et de l'écouter, elle fronce les sourcils, fixe son regard au sol à un mètre de moi et me répond : « Mon corps me parle ? ».

Suite à ces observations, je me demande ce qui pourrait avoir conduit Mme P à ne pas être à l'écoute de son corps. Est-ce que ce détachement a toujours été présent dans la vie de la résidente ? Est-elle trop intellectualisée, investissant fortement son esprit aux dépens de son corps ? Ou s'est-il mis en place pour se défendre face au vieillissement et à l'entrée en institution ?

Je propose à ma maître de stage de reprendre en main le suivi psychomoteur de Mme P. Le détachement corporel dont elle fait preuve m'a non seulement interrogée mais également touchée. Je me sentais frustrée et peinée qu'elle ne parvienne pas à exploiter les potentialités corporelles que je percevais chez elle. Je voulais alors conduire la résidente à explorer son corps pour le réinvestir et en découvrir toutes les capacités.

Pour cela, je décide d'axer sa prise en charge sur deux pistes de travail. La première reste le redressement de l'axe. La seconde concerne le réinvestissement corporel par une mise en mouvement du corps et une écoute de soi. La plupart des séances de psychomotricité commencent par des exercices orientés sur son redressement axial. Dans cet écrit, j'aborderai principalement le second axe de travail, soit la prise en charge centrée sur les sensations et la mise en jeu motrice.

2.4.2 La douleur, seule sensation verbalisée

Au cours des séances suivantes et dans le cadre du second axe de travail, je propose à Mme P des expérimentations stimulant l'écoute des sensations perçues par son corps. Il est important de préciser que ma maître de stage est régulièrement présente dans les séances mais n'intervient que rarement, uniquement lorsque Mme P l'interpelle personnellement.

La première expérimentation consiste à manipuler des objets les yeux fermés afin d'en décrire les différentes caractéristiques (poids, texture, forme, température) puis d'identifier de quel objet il s'agit. Une nouvelle fois Mme P m'interroge sur les objectifs de cette expérience. Je lui explique que cette exploration a pour but de lui permettre d'être à l'écoute des messages que son corps peut lui envoyer, notamment grâce aux récepteurs situés dans ses mains. Je lui précise également que cette expérimentation doit la conduire à être attentive aux sensations qu'elle peut ressentir dans son corps. Suite à cette indication, Mme P me répond instantanément « douleur ». La douleur est prédominante chez la résidente, c'est la première sensation qui lui vient à l'esprit lorsque j'évoque ses sensations corporelles. L'accès aux autres perceptions semble difficile pour elle. Est-ce par manque d'expériences sensorielles ? Est-ce une conséquence du clivage observé en début de prise en charge ? A-t-elle accès à ses sensations mais ne parvient pas à les exprimer par défaut de vocabulaire ?

Suite à sa réponse, je lui explique que lors des séances de psychomotricité, notamment dans l'expérimentation à venir, elle va pouvoir explorer d'autres sensations et que la douleur n'est pas la seule transmissible par son corps. Je lui propose donc de tendre les mains et de fermer les yeux. Je décide de lui proposer de se couper de son canal visuel suite à des observations faites lors d'expérimentations développées plus loin dans cet écrit.

Lors de l'exploration du premier objet, une simple balle, Mme P a ses mains grandes ouvertes et rigides. Elle ne les bouge pas et ne comprend pas ce qu'il faut faire de l'objet. Après lui avoir de nouveau expliqué la consigne, Mme P commence progressivement à mobiliser ses mains pour explorer l'objet, soit faire rouler la balle. La mobilisation de cette sphère s'accroît lors de l'expérimentation. Elle identifie ainsi la forme et décrit un objet semblable à un globe terrestre.

Les objets suivants sont un cadenas et une étoile de mer. La résidente analyse spontanément leur poids, identifiant l'étoile comme plus légère que l'objet en métal.

L'exploration de Mme P est de plus en plus importante, ses mains s'assouplissent, ses doigts se délient. Elle vient explorer du bout de ses doigts chaque détail de l'objet.

L'avant-dernier objet est une balle anti-stress en forme de rubicube. En raison de sa nature particulière, le but n'est pas de l'identifier. Je souhaitais observer ici l'exploration manuelle de Mme P et les conclusions qu'elle pouvait en tirer. Lorsque je pose l'objet dans ses mains, elle me décrit une nouvelle fois son poids, léger, mais est plus en difficulté pour en déterminer sa matière. Elle identifie rapidement la présence d'angles et, par crainte de s'y blesser, n'ose pas trop appuyer dessus et le manipuler. Ses mains se raidissent de nouveau. Puis, par tâtonnement, Mme P vient progressivement le manipuler, elle délie une nouvelle fois ses doigts et presse l'objet jusqu'à le plier totalement dans ses mains. Elle identifie alors la matière comme plutôt élastique et donc malléable.

Le dernier objet à explorer est un pompon, semblable à ceux que l'on trouve sur des bonnets. C'est, une nouvelle fois, volontaire de ma part de terminer par cet objet doux et agréable au toucher, pour répondre à l'unique expression de sensation de douleur corporelle de Mme P. Lorsque je lui positionne dans les mains, la résidente sourit instantanément, son visage se décontracte et ses épaules s'abaissent. C'est l'ensemble de son tonus qui diminue au toucher du pompon. Elle exprime que l'objet est doux, léger et sa texture agréable. Elle me parle également de « cheveux », faisant référence aux fils du pompon. Ses mains s'enroulent immédiatement autour de l'objet, ses doigts l'explorent. Elle va alors me préciser que ce ne sont pas des cheveux mais des petits fils. Elle éprouve des difficultés à décrire la forme de l'objet et en conclue qu'il n'a pas de forme particulière. Elle éprouve toutefois des difficultés à identifier précisément l'objet. Je lui propose alors d'ouvrir les yeux et à la découverte du pompon, Mme P sourit et continue de le manipuler. Je reprends les précédents mots de la résidente, et lui souligne que par l'exploration du pompon, son corps lui a transmis des sensations « agréables » et « douces ». Toutefois, la résidente ne rebondit pas sur cette remarque.

À la fin de la séance, Mme P m'interroge à nouveau sur les objectifs de cette expérimentation. Ma réponse l'intrigue et la fait réfléchir, la conduisant à me poser de nouvelles questions. Mme P a besoin de mettre du sens sur ce qui est fait en séances. Je pense qu'il est difficile pour elle de comprendre que son corps n'est pas uniquement source de douleur. En effet, je constate que bien qu'elle ait ressenti des sensations agréables, elle ne parvient pas à les exprimer. Elle ne semble pas en prendre conscience. Je me demande une nouvelle fois ce qui rend cette prise de conscience sensorielle si difficile. Est-ce que ces

sensations sont nouvelles ou trop anciennes pour Mme P, ce qui expliquerait ses difficultés à mettre des mots dessus ?

Je suis une nouvelle fois peinée par ces observations et le fait que la résidente ne semble pas prendre du plaisir dans son corps. Je ressens un réel désir de l'aider à parvenir à accéder à ses sensations et à apprécier d'être présente à son corps.

La semaine suivante, je propose à Mme P un temps de massage allongée sur son lit, toujours dans l'objectif de varier ses expériences sensorielles par rapport à ce qu'elle rencontre dans son quotidien, apportant ainsi des sensations agréables et non douloureuses. Ce temps de détente se fait par l'intermédiaire d'un ballon que je fais rouler sur l'ensemble de son corps. Je suggère à Mme P de porter son attention sur ce que cette nouvelle approche corporelle peut lui apporter. Je commence par le bras droit où elle me dit que le toucher est agréable. Elle sent le ballon se déformer et envelopper légèrement son bras. Il y a donc ici une écoute attentive et fine de sa sensibilité tactile. Elle craint que le massage du bras gauche soit douloureux principalement au niveau de son épaule, plus sensible. Ses craintes ne sont pas confirmées lors du massage. Elle n'exprime pas de douleur, décrit une sensation agréable et une pression adaptée. J'observe donc chez Mme P une crainte quant à l'approche de son corps, comme si le toucher ne pouvait qu'être synonyme de douleur.

Est-ce en raison d'une approche corporelle régulière et douloureuse, qui aurait conduit à généraliser cette douleur au moindre toucher ? Ou, à l'inverse, est-ce que, par défaut d'habitude à l'approche tactile, elle suggère que le toucher ne peut être que douloureux ?

Lorsque je passe sur ses jambes, Mme P ne fait pas de commentaire particulier. Durant le massage de ses pieds, je constate que la résidente a les yeux grands ouverts et fixés au plafond. Elle semble concentrée, portant toute son attention sur les déplacements du ballon et les sensations que cela lui procure. J'explique à la résidente que je vais augmenter la pression du ballon sur sa jambe et lui demande de partager ses ressentis à ce propos. Après un petit temps d'exploration, elle me répond que l'augmentation de la pression est plus agréable sur sa cuisse car, selon elle, elle est plus charnue. À l'inverse, sur ses tibias, elle n'exprime pas de différence de sensations après le changement de pression.

Je propose un temps de verbalisation en fin de séance. Elle me partage ses ressentis, notamment le fait qu'elle ait trouvé les massages agréables. Toutefois, je ne remarque pas de changement dans sa posture pouvant être signe de détente. Son visage est inexpressif, sa voix est plutôt monotone et elle ne me regarde que très peu. Elle va, comme lors des

précédentes séances, me demander les objectifs de ces massages et si nous allons les continuer les prochaines semaines. Lorsque je lui réponds que ces massages ont pour objectif d'apporter un toucher enveloppant, agréable et différent de celui de celui apporté par la vie institutionnelle, elle semble perplexe. En effet, elle fronce les sourcils et me rapporte qu'elle doute que le toucher soit agréable au niveau de ses os, comme au niveau de ses poignets qu'elle me montre à cet instant-là. Elle ajoute que le toucher sera probablement plus agréable sur ses épaules où les muscles sont plus importants mais me précise qu'elle n'en est pas sûre à cause de douleurs à ce niveau.

Je remarque une nouvelle fois que Mme P doute du fait que son corps puisse être touché par des sensations de bien-être. Cet échange me conduit à réitérer mes précédentes interrogations quant au rapport au toucher que l'on peut lui apporter. En effet, elle semble être perplexe à l'idée qu'un massage puisse être source de bien-être, sans amener de douleurs.

Pourtant, durant les expérimentations, Mme P nomme l'aspect agréable. C'est après coup et sans le contact direct avec cette sensation, qu'elle n'est plus en capacité de l'exprimer. Je me demande si à force de nommer sa douleur, une forme de rigidité verbale ne se serait pas installée. Finalement, lorsque Mme P exprime de la douleur, ne serait-ce pas son seul moyen de verbaliser qu'elle ressent quelque chose se passer dans son corps, sans pouvoir le nommer autrement ?

2.4.3 Exploration corporelle

J'observe, au cours de l'avancée dans le suivi psychomoteur, que Mme P explore de plus en plus son corps dans sa mise en jeu motrice.

En effet, lors d'une séance, je propose à la résidente de se mettre debout et de poser ses mains sur la barre située au pied de son lit. Une fois installée la résidente me rapporte avoir remarqué que ses jambes sont inégales en station debout. En effet, elle me montre qu'en position de repos sa jambe droite est tendue tandis que sa jambe gauche est fléchie. Elle émet l'hypothèse que cela est dû à une différence de taille de ses jambes, la droite étant potentiellement plus courte que la gauche.

Elle va également nous demander de tracer dans son dos le trajet de sa colonne vertébrale car elle s'interroge au sujet de sa trajectoire. Elle nous explique également que, lorsqu'elle se redresse, quelque chose dans son dos bouge et lui est douloureux. Elle nous demande alors ce qui est à l'origine de cette douleur et ce qui est mis en jeu ici. Il y a donc

un intérêt quant à son corps mais aussi une écoute de ses sensations, de ce qui se passe dans son corps, qui n'était pas présent en début de prise en charge psychomotrice.

Je m'interroge quant à cet intérêt que porte Mme P à son corps. Est-il dû à la mise en mouvement en psychomotricité ? À l'accompagnement verbal ? Au travail sur la sensorialité ? Ou est-il dû à l'ensemble de la prise en charge psychomotrice ?

Quelques semaines plus tard, je propose à Mme P de se promener autour de l'EHPAD, le temps ensoleillé le permettant. Lors de notre marche, je suggère à la résidente de nous arrêter à un endroit plutôt calme et sans passage afin de faire quelques mouvements de yoga en plein air. La résidente accepte. Nous nous mettons dos au soleil, l'une à côté de l'autre pour que chacune suive son propre rythme.

L'exercice tout juste commencé, j'aperçois Mme P fixer son ombre face à elle. C'est en effet l'une des premières fois où elle peut avoir un retour visuel sur ses mouvements et surtout sur sa posture, n'ayant pas de miroir dans sa chambre le permettant. Mme P semble contrariée par ce qu'elle voit, elle fronce les sourcils et contracte sa bouche. Lorsque je lui demande de m'expliquer ce qui semble la déranger, elle m'explique constater une nouvelle fois que son axe s'oriente sur le côté droit et que cela la perturbe.

Elle va alors explorer son corps afin de trouver une solution à l'orientation de sa colonne. Elle va d'abord mobiliser son tronc, tentant de l'orienter dans un sens puis dans l'autre, puis elle vient s'aider de ses mains pour essayer de ré-axer sa colonne. Constatant que ces essais ne sont pas productifs, elle se concentre sur ses jambes et leurs différents positionnements. Rappelons ici que lorsque Mme P est en station debout, elle a pu précédemment observer que sa jambe droite est tendue tandis que sa jambe gauche est légèrement fléchie. Lors de cette expérimentation, Mme P positionne ses deux pieds joints, ce qui accentue le désaxement de sa colonne sur sa droite. Par son exploration, la résidente constate qu'en levant le talon de son pied droit de quelques centimètres, cela permet de redresser sa colonne d'une vingtaine de degrés. Au cours de son exploration, elle me verbalise être contrariée par cette colonne et vouloir trouver une solution pour la redresser. Elle exprime qu'en effectuant tel ou tel mouvement, notamment relever son talon droit, cela lui permet de se redresser et que ça peut donc être une solution à explorer bien qu'elle ne sache pas précisément comment.

Une fois cet échange à propos de sa posture terminé, je propose à Mme P que nous reprenions les mouvements de yoga. Je constate que tout au long des explorations, la résidente fixe son ombre afin d'avoir un retour visuel quant à sa mise en mouvement et

observer ce qui se passe dans son corps. Il va être très difficile pour la résidente d'en détacher son regard.

On observe donc une nouvelle fois que Mme P porte un intérêt à son corps non seulement par l'observation de son ombre mais aussi par l'exploration qu'elle en fait, s'appuyant sur l'image renvoyée par son ombre.

2.4.4 Prémices d'une prise de conscience corporelle et d'écoute du corps

En parallèle à ces observations, j'ai pu constater progressivement chez Mme P un début de prise de conscience de son corps. Il est important de préciser que les deux séances décrites dans les deux prochains paragraphes, ont eu lieu en amont de la séance de yoga tout juste rapportée.

En effet, en début de prise en charge, Mme P me suggère une autre promenade à l'extérieur, demande à laquelle je réponds positivement. Lors de notre promenade, la résidente s'appuie sur sa canne avec sa main gauche et sur mon bras à sa droite. Au fur et à mesure de la marche, l'appui qu'elle porte sur mon bras s'amenuise.

Nous venons à parler de sa posture et principalement de son dos. Elle m'explique que, selon elle, les personnes âgées sont courbées afin de pouvoir correctement s'appuyer sur les différents supports, comme les cannes et déambulateurs. Étonnée par ce point de vue, je lui demande si c'est pour cette même raison que son dos est courbé. Cette fois, c'est au tour de Mme P d'être surprise par ma question, me demandant si je trouve que son dos est courbé car elle n'en n'a pas l'impression et que c'est important pour elle de le savoir. J'observe alors une nouvelle fois un manque de conscience corporelle bien que, cette fois, nuancé par un intérêt quant à son corps. Ne pouvant elle-même percevoir et conceptualiser ce dernier, elle semble en effet intriguée par ce qu'il renvoie et comment il peut être perçu par autrui. Je me demande alors ce qui a conduit à ces prémices de prise de conscience du corps. Est-ce que la mise en mouvement de Mme P l'a conduite à porter de l'intérêt à son corps, ce qu'elle ne faisait pas auparavant ? Est-ce dû aux échanges formulés entre elle, la psychomotricienne et moi ?

La semaine suivante, je lui propose une nouvelle fois de travailler sur le renforcement des chaînes musculaires postérieures dans l'objectif de son redressement axial. Cette fois, Mme P me répond que c'est une bonne chose que l'on stimule son dos car, en effet, elle a

constaté qu'elle ne se tenait pas droite et que sa colonne était désaxée sur la droite. Il y a là encore une prise de conscience corporelle de la part de Mme P.

Ainsi, suite à sa mise en mouvement et la verbalisation de sa posture, j'interroge de nouveau Mme P quant au regard qu'elle porte sur sa scoliose. Elle m'explique que son désaxage lui pose problème non pas pour elle directement mais pour l'image qu'elle renvoie aux autres. Elle ne parvient toutefois pas à exprimer plus précisément ce qu'elle craint quant aux propos qu'autrui peut exprimer à son encontre. J'observe alors l'importance qu'elle accorde au regard des autres, ce qui interroge la notion d'image du corps, abordée plus loin dans cet écrit.

Plus tôt dans la prise en charge psychomotrice, je propose à la résidente une mise en jeu du tonus dans l'interaction avec l'autre, notamment par l'intermédiaire de bâtons. Ces derniers sont positionnés dans les paumes de nos mains. Les yeux fermés, chacune notre tour, nous déplaçons nos mains dans l'espace, conduisant notre partenaire à faire de même, évitant que les bâtons tombent au sol. Cet exercice a pour objectif, via le dialogue tonique, d'amener Mme P à se concentrer sur son corps, à l'écouter et à agir en fonction des messages qu'il lui transmet.

Lors de l'expérimentation, Mme P est plus réceptive les yeux fermés. En effet, lorsque nous commençons les yeux ouverts, la résidente a des difficultés pour se détendre et se laisser guider. Son tonus est élevé et ses yeux sont fixés sur mes mains. Dans l'imitation, elle intellectualise les déplacements dans l'espace, m'interrogeant sur les réponses gestuelles qu'elle doit donner. Une fois le canal visuel coupé, elle se recentre sur son corps. Elle est concentrée et investie. Elle ne parle pas, contrairement aux premières expérimentations où sa prise de parole venait couper son écoute corporelle. Elle se laisse guider par son corps et les déplacements des bâtons dans l'espace. Lorsque c'est à elle de diriger ces derniers, elle initie des mouvements sans difficulté et explore les possibilités de cette expérimentation. Il y a alors, selon les canaux sensoriels mobilisés, une écoute du corps chez la résidente. Je me demande si cette écoute corporelle est uniquement possible avec les yeux fermés ? Est-ce que c'est une solution à court terme, permettant à Mme P de découvrir son corps dans un premier temps, en début de prise en charge ? Ou est-ce que cette solution est pérenne, l'écoute corporelle de Mme P n'étant possible que les yeux fermés ?

Je constate une nouvelle fois qu'elle verbalise peu de choses quant à son corps lors du temps d'échange en fin de séance. Il est difficile pour elle de parler de ses ressentis, de ce qui a pu se passer dans son corps. Un travail est donc à mener pour conduire Mme P à diversifier son vocabulaire autour de son corps et de ses perceptions. Je constate qu'elle parvient progressivement à se recentrer sur son corps, à l'écouter, bien qu'il persiste des difficultés à verbaliser ses sensations.

2.4.5 Mise en jeu des potentialités du corps

Suite à la séance axée sur les massages corporels par le biais du ballon, Mme P évoque les exercices de yoga que l'on faisait au début de la prise en charge. Il me semble comprendre, à cet instant, qu'elle aimerait bien reprendre ces exercices. Je trouve cette suggestion positive dans l'avancée du suivi psychomoteur, suggérant un désir d'être plus active et actrice de son corps. Mais je m'interroge tout de même quant à sa proposition et la suggestion de ne pas continuer les massages. Est-ce qu'elle s'explique par le fait que cette approche corporelle, stimulant sa sensorialité, lui déplaît ? Est-ce que les stimulations sensorielles affaiblissent le détachement psychocorporel instauré ? Dans cette idée, demande-t-elle de retrouver une mise en jeu corporelle plus fonctionnelle afin de ne pas être confrontée à la réalité de son corps tel qu'il est ?

La semaine suivante, je propose à Mme P des mouvements de flexion et extension des jambes avec un rehaussement sur la pointe des pieds lors de l'extension. Pour cela, nous nous positionnons côte à côte et posons nos mains sur la barre au pied du lit de la résidente. Être l'une à côté de l'autre, et non face-à-face, est une tentative pour permettre à Mme P de ne pas se fixer sur mes mouvements, de se recentrer sur son propre corps. Dans cet objectif, je décide également de mettre une musique douce pour permettre à la résidente de construire sa propre bulle.

Lors des premières extensions, je constate que Mme P redresse instantanément son dos et déroule aisément ses pieds pour n'avoir d'appuis que sur ses pointes. Elle exprime alors, se tournant vers moi en souriant, être plus grande et me rattrapant. Je suis également surprise par l'aisance articulaire de la résidente lorsqu'elle fléchit ses jambes de plus en plus, se retrouvant presque accroupie. Elle m'explique que cette aisance est probablement due à des souvenirs d'enfance bien qu'elle n'ait pas précisé cette hypothèse. Le redressement qui

suit ses flexions est douloureux pour Mme P, mais cela ne la limite pas pour autant, persévérant dans ces amplitudes de mouvements.

Lors de cette expérimentation, Mme P porte son regard face à elle, sur le mur et à aucun moment elle ne le dirige vers moi pour suivre ma gestuelle. Elle va guider elle-même son propre mouvement, avec sa propre amplitude et à son rythme. Je me demande si le fait qu'elle se soit recentrée sur son corps est influencé ici par la musique et notre positionnement l'une par rapport à l'autre. Est-ce que les différentes expérimentations faites au cours de la prise en charge psychomotrice ont permis à Mme P d'explorer son corps et de constater ses potentialités, lui permettant de se détacher du corps d'autrui et de prendre progressivement son indépendance gestuelle ?

Enfin, pour terminer l'une de nos dernières séances, je propose à la résidente d'axer le reste de sa prise en charge sur le tricot.

Rappelons que c'est une activité manuelle qui a été abordée lors de l'élaboration de son projet personnalisé où je n'ai pas été présente. L'objectif ici est que la résidente réinvestisse cette activité manuelle afin de prendre du plaisir dans son corps en autonomie et qu'elle accepte de participer au temps de groupe tricot proposé par certaines aides-soignantes.

Pour revenir à mon échange avec Mme P, une fois ma proposition faite, son visage se détend, elle me regarde dans les yeux et sourit. Elle m'explique avoir beaucoup tricoté plus jeune, qu'elle a probablement un peu oublié le geste mais elle ne doute pas qu'il revienne rapidement. Elle accepte ma proposition et souligne la satisfaction de créer quelque chose de ses propres mains. Elle me dit aussi que le temps de tricot sera d'autant plus agréable s'il est sur un fond musical.

J'observe donc une nouvelle fois un désir et un plaisir à l'idée de se mettre en mouvement dans son propre corps, indépendamment du corps d'autrui. Je m'interroge alors sur cette envie d'explorer les potentialités de son corps : les explorations faites en psychomotricité ont-elles permis à Mme P de prendre confiance en son corps et en ses capacités ?

En conclusion, nous observons qu'en début de prise en charge, Mme P est détachée de son corps, son investissement et son attitude corporelle m'évoquant un « corps-machine ». Par le travail sensorimoteur, la résidente verbalise progressivement ses ressentis

corporels et psychiques. Nous pouvons voir, avec l'avancée du suivi psychomoteur, une prise de conscience de sa posture et de ses potentialités motrices, s'engageant de plus en plus corporellement dans les séances.

Je me suis alors interrogée quant à l'origine du détachement corporel de Mme P. De plus, qu'est-ce qui a pu permettre à la résidente d'accéder à une prise de conscience de ses potentialités et à une remise en jeu motrice de son corps ?

THÉORIE

Afin de mieux comprendre les enjeux de la prise en charge de Mme P, je vais développer, dans un premier temps, des apports théoriques. Ils concernent tout d'abord les processus mis en jeu lors du vieillissement. J'expliquerai ensuite les notions de schéma corporel et d'image du corps, ainsi que les conséquences du vieillissement sur ces derniers.

1 Processus physiologiques du vieillissement normal

Avant d'aborder les différents processus de vieillissement non pathologiques, il me semble primordial de définir et distinguer, dans un premier temps, la vieillesse du vieillissement. Selon, Juhel la vieillesse spécifie « la dernière période de la vie » de l'individu (2010, p.235). Elle s'inscrit donc dans une temporalité.

Ce même auteur la distingue du vieillissement décrivant ce dernier comme un « processus normal que subit tout individu » (2010, p.235). Il correspond à l'ensemble des modifications organiques, psychiques et environnementales affectant l'individu à partir d'un certain âge et le conduisant au stade de la vieillesse. Le vieillissement fait partie de la vie, c'est un processus, caractérisant tous les êtres vivants, qui commence dès la conception et qui se poursuit jusqu'à la mort. C'est un processus régulier qui est fait autant d'enrichissements que de pertes. Les processus physiologiques et psychologiques mis en jeu vont modifier la structure et les fonctions de l'organisme.

1.1 Au niveau corporel

On constate de nombreuses modifications corporelles chez le sujet vieillissant ce qui peut mener à une augmentation de la polypathologie. Toutefois, il est important de garder en mémoire qu'il existe une très grande variabilité d'un individu à un autre, mais aussi d'un organe à un autre. Ainsi, j'aborderai dans cette partie, les principaux processus de vieillissement corporels qui ne sont pas obligatoirement présents chez tous les sujets âgés.

Tout d'abord, nous observons une modification des tissus osseux. La hauteur des corps vertébraux peut diminuer, ce qui prédispose à une déviation de la colonne vertébrale et donc une diminution de la taille du sujet. Nous constatons également un vieillissement du cartilage articulaire conduisant à son amincissement et à l'altération de ses propriétés mécaniques. Toutes ces modifications amènent une plus grande fragilité osseuse chez la personne âgée.

Ensuite, nous constatons une diminution de la masse musculaire du sujet vieillissant. En effet, la réduction de la densité des fibres musculaires conduit à une perte de force et de résistance à l'effort.

Quant à la peau, elle devient plus pâle, ridée, sèche et fine, notamment en raison d'une diminution du nombre de mélanocytes et de l'activité des glandes sébacées. Les modifications sont telles que certaines personnes ne reconnaissent pas leur peau. La diminution de production de mélanine entraîne également un blanchiment de la chevelure mais aussi une perte des cheveux.

Ensuite, le processus de vieillissement impacte l'ensemble des organes sensoriels.

Au niveau oculaire, nous observons une diminution de la perception et de l'acuité visuelle. Avec l'avancée en âge, le cristallin peut se jaunir, il perd alors sa transparence ce qui conduit à la cataracte. Nous constatons une possible dégénérescence maculaire qui entraîne une plus grande sensibilité à la luminosité et aux mouvements. Enfin, le ralentissement de l'accommodation peut avoir pour conséquence une presbytie, soit une difficulté à voir de près.

Ensuite, le sujet âgé peut présenter une perte graduelle de l'audition en raison de l'altération progressive de l'oreille interne et du nerf auditif. Il rencontrera notamment des difficultés pour suivre une conversation dans un lieu bruyant. L'altération du système vestibulaire entraîne une perte de l'équilibre et, potentiellement, un repli sur soi.

Nous notons également une réduction du nombre de papilles gustatives et de leur efficacité, entraînant un appauvrissement du goût et de l'odorat. Cela augmente le risque de dépression. Le sujet vieillissant peut alors présenter une diminution de son appétit et de son désir de manger.

Enfin, concernant le toucher, nous constatons une diminution des corpuscules de Pacini et de Messner chez la personne âgée. Cet amoindrissement a pour conséquence une altération de la sensibilité cutanée et une diminution de la perception des vibrations, c'est-à-dire que l'individu aura une perte de la reconnaissance tactile et de la précision. Ces

détériorations affectent également l'équilibre du sujet âgé, entraînant une difficulté de perception du relief et de la consistance du sol.

Ainsi, même si l'ensemble des modifications corporelles du sujet vieillissant a pour conséquence une réduction de sa motricité globale, cela n'impacte pas pour autant son indépendance. Il reste, en effet, en capacité de se mouvoir et d'interagir avec son environnement. Toutefois, la présence de troubles cognitifs peut remettre en question l'autonomie de la personne âgée.

1.2 Au niveau cognitif

Nous constatons chez le sujet âgé une réduction modérée des performances mnésiques concernant les acquisitions d'informations nouvelles. Bocti (2006) met en lien ces difficultés dans les nouveaux apprentissages avec la perte de volume cérébral au niveau du lobe frontal et de l'hippocampe (Juhel 2010). En effet, nous observons chez la personne âgée une diminution de la vitesse de réaction aux stimuli extérieurs, ce qui va affecter certaines fonctions intellectuelles comme l'acquisition de nouvelles données.

Cependant, Peyronnet (2008) précise que la plasticité cérébrale est toujours mise en jeu à un âge avancé, permettant l'intégration de ces nouvelles connaissances, une fois acquises, dans la mémoire (Juhel 2010).

Kergoat (2001) souligne l'impact de l'investissement corporel du sujet âgé sur ses capacités cognitives. En effet, selon elle, le manque d'investissement corporel de la personne âgée entraîne une diminution des capacités de mémorisation à court terme et des troubles de l'attention. Elle ajoute que la diminution de stimulations cognitives et sensorielles accélère également le vieillissement cérébral (Juhel 2010).

Au niveau neuro-anatomique, nous constatons chez la personne âgée une diminution du nombre de neurones corticaux, une raréfaction de la substance blanche et une diminution de certains neurotransmetteurs comme l'acétylcholine. Nous observons également une augmentation du temps de conduction des nerfs périphériques associée à une diminution de la sensibilité proprioceptive. Ces modifications neurologiques favorisent l'instabilité posturale et l'augmentation du temps de réaction.

Ainsi, nous constatons chez le sujet âgé un déclin de la vitesse de traitement de l'information. Le temps de réaction est alors plus lent et la concentration pour accomplir deux tâches en simultané devient plus difficile. Cette altération du temps de réaction peut parfois mettre en danger le sujet âgé si l'environnement change rapidement.

Enfin, Shamlan (2005) relève d'autres retentissements de la perte neuronale au niveau du lobe frontal lors du vieillissement. En effet, elle a également pour conséquence une diminution de la vitesse de planification, de jugement, de la prise de décision, de la vitesse d'exécution et de la capacité à résoudre des problèmes (Juhel 2010).

1.3 Au niveau psychique : la crise de sénescence

Le vieillissement est une expérience subjective, propre à chacun. Notre âge biologique peut être différent de l'âge que l'on perçoit, il est alors possible de se sentir plus jeune ou plus vieux que son âge réel.

Ce sont les événements corporels, cognitifs et sociaux que l'on traverse qui nous rappellent notre âge biologique. Les événements qui font vieillir sont généralement liés à des pertes : celle de l'activité professionnelle, le départ des enfants du domicile familial, la diminution des liens sociaux et des performances cognitives et physiques. La perte de personnes proches entraîne une prise de conscience de la finitude. En général, ces pertes ne sont pas forcément contrebalancées par des gains.

La vieillesse est alors reliée aux notions de crise et de pertes.

1.3.1 La notion de crise

Le développement psychique de l'individu serait la résultante d'acquisitions et de pertes ayant eu lieu tout au long de sa vie. La plupart des acquisitions vont permettre d'accéder à l'indépendance, comme l'apprentissage de la marche par exemple. Chez la personne âgée, la perte de ses précédentes acquisitions va avoir un impact négatif. Pour reprendre l'exemple de la marche, le sujet âgé peut ne plus pouvoir se déplacer sans appareillage.

Lorsque ces acquisitions ou pertes sont trop importantes, violentes, elles provoquent une crise psychique qui se résout lorsqu'un nouvel état d'équilibre est trouvé. En effet, la

crise représente une rupture d'un équilibre antérieur, en raison d'une remise en question affectant tous les domaines de la vie psychique, sociale et affective. La notion de crise implique donc une dynamique évolutive : si la crise apparaît c'est que l'adaptation était devenue inefficace. Elle disparaîtra lorsqu'un nouveau mode d'adaptation aura pu être mis en place. Ainsi, la personnalité du sujet influence la résolution de la crise.

1.3.2 La crise de sénescence

Lahaye souligne qu' « on ne peut pas, particulièrement chez la personne âgée fragile, dissocier le somatique du psychologique » (2014, p.51). Ainsi, les altérations du corps entraînent des altérations du psychisme et inversement. C'est pourquoi la crise de sénescence peut être déclenchée par une modification corporelle. Elle peut également apparaître à la suite d'un changement du rôle social ou familial, ou encore à la suite de pertes et deuils successifs.

La crise de sénescence est souvent méconnue et banalisée car il y a une tendance à attribuer les états pathologiques qui en découlent à des effets propres au vieillissement. Or, les troubles du sujet ne sont pas tous dus à son âge : c'est l'absence de la résolution de la crise qui va aboutir à des troubles pathologiques et non uniquement le vieillissement.

Comme dans toutes les crises, il y a dans la crise de sénescence une émergence ou une réémergence des contenus psychiques restés en souffrance. Un travail de relecture est alors essentiel : le sujet âgé fait un bilan de sa vie. Cela peut l'aider à faire le deuil des objets perdus et du Moi idéalisé. La personne âgée se replie sur elle-même, investissant davantage les objets internes, soit ses souvenirs, que l'environnement qui l'entoure. Lahaye souligne que le retour du sujet âgé sur son passé peut également se justifier par une autre raison, « l'avenir étant difficile à investir » (2014, p.53).

De plus, le vieillissement peut entraîner une augmentation de la dépendance tant affective que relationnelle et physique. Cette évolution relationnelle est plus ou moins acceptée par le sujet et son entourage, ce qui peut générer des conflits. Ces liens de dépendance réactivent les premiers que le sujet a construit avec ses figures d'attachement. Les problématiques d'amour et de haine, de bon et de mauvais objets et les ambivalences liées au premier objet peuvent ainsi resurgir.

Il y a dans la crise de sénescence une prise de conscience de la mortalité de la personne âgée. Korff-Sausse affirme que « le malade se sent trahi par ce corps tout à coup défaillant, souffrant, douloureux, et menaçant de disparaître en entraînant avec lui le sujet psychique, qui se croyait à l’abri, se berçant de l’illusion d’immortalité. » (2014, p.28). Nous constatons en effet que la dégradation corporelle et cognitive rattrape le sujet qui était alors dans le déni de son avancée en âge. Ce corps traître provoque « honte et révolte » chez la personne âgée.

La résolution de la crise dépend alors de la capacité du sujet à modifier sa représentation de la mort. La certitude de devenir mortel s’intègre progressivement, la mort devenant alors « ma » mort.

En parallèle, la personne âgée doit garder la capacité de continuer de désirer, d’investir de nouvelles choses et de chercher du lien social afin de surmonter au mieux les difficultés du vieillissement et de la perte.

En conclusion, la vieillesse et les différents processus qu’elle engendre, tant corporellement que cognitivement et psychiquement, interrogent, chez le sujet âgé, sur son rapport au monde et à lui-même. Il peut alors être difficile pour lui de se voir vieillir. L’entrée en institution illustre cette difficulté : face aux autres résidents en état de dépendance, le sujet âgé est confronté à son propre vieillissement et à la perte de son indépendance. Cela nous amène donc à nous questionner sur les notions en lien avec la représentation de soi et de son propre corps.

2 Schéma corporel et représentation de soi

2.1 Définition du schéma corporel et distinction avec l’image du corps

Le schéma corporel et l’image du corps sont deux notions intriquées mais dont les concepts sont à distinguer. Par ailleurs, les définitions des termes « schéma » et « image » démontrent qu’ils sont quasiment identiques, synonymes. Le schéma corporel fait appel aux notions d’espace et de sensorialité afin d’inscrire le corps du sujet dans un espace et un temps donné, donnant une signification à ses actes. L’image du corps, quant à elle, est une

représentation de son propre corps par rapport à celui des autres, elle s'édifie dans un champ affectif et relationnel.

2.1.1 Schéma corporel

Le schéma corporel est la perception de notre corps dans l'espace. C'est un modèle permanent et en mouvement qui se constitue grâce à nos expériences vécues et appropriées.

Ajuriaguerra définit le schéma corporel ainsi (1974, p.239) :

Édifié sur la base des 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.

Ainsi, le schéma corporel correspond à la mise en commun et la synthèse des différentes informations sensorielles perçues par le corps permettant de donner une perception globale et unifiée du corps dans l'espace. L'individu a alors plus ou moins conscience des caractéristiques de ses mouvements, de ses surfaces d'appui, de la qualité de son tonus, etc.

La proprioception est responsable de la perception de la position de notre corps et de nos mouvements dans l'espace. Cela signifie qu'elle a un rôle essentiel dans le développement et le maintien du schéma corporel. En effet, elle permet, par une mise en commun des récepteurs sensoriels, de garder en mémoire les différentes informations contenues dans le schéma corporel. Ainsi, elle rend possible l'intégration de la taille de l'individu et des membres le constituant, ainsi que la position que son corps occupe dans l'espace. Par une mise en commun de ces informations, la proprioception pourra notamment donner des indications et des ordres aux muscles permettant au sujet d'agir sur son environnement.

Dolto s'appuie sur la conception du schéma corporel défini par Ajuriaguerra et ajoute qu'il « est en principe le même pour tous les individus [...] de l'espèce humaine » (1984, p.22). En effet, selon elle le schéma corporel est une donnée anatomique, dénuée de désir et

d'affect. Il évolue dans le temps et l'espace selon l'intégrité de l'organisme et les sensations physiologiques viscérales du sujet. Ces données seront, dans leur globalité, propres au corps humain. Cela justifie un schéma corporel identique pour tous les individus ne présentant pas de pathologies pouvant l'impacter. Enfin, elle rejoint la définition d'Ajuriaguerra, précisant que le schéma corporel inscrit l'individu dans un espace et un temps donnés.

2.1.2 Image du corps

L'image du corps est la perception, le sentiment, de ce que notre corps offre en tant qu'image. Elle comprend une part de conscient par la recherche à contrôler cette image par nos tenues vestimentaires ou nos modalités relationnelles par exemple, et une part d'inconscient, plus importante, car l'image du corps nous ramène à des schémas auxquels nous pensions avoir échappé. C'est la première représentation inconsciente de soi. Elle se différencie également du schéma corporel par l'importance de l'apport relationnel, notamment dans sa construction. En effet, l'image du corps se construit par les expériences agréables ou douloureuses au travers du regard des autres.

Aussi, à l'inverse du schéma corporel, « l'image du corps est propre à chacun » d'après Dolto (1984, p.22). Elle est liée à l'histoire du sujet, se modifiant dans le temps par les expériences émotionnelles vécues. Renommée « image inconsciente du corps » par l'auteur, elle est à la fois « la mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel » et « vivante, [...] dynamique, [...] actualisable dans la relation ici et maintenant » (1984, p.23).

L'image du corps est constituée de l'articulation dynamique de trois sous-composantes selon Dolto : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène (1984).

La première, l'image de base, rappelle le sentiment de continuité d'existence de Winnicott. D'après la notion de *Holding* qu'il apporte, cette image de base dépend des relations subjectives et de corps à corps avec la mère (Winnicott et al., 1997/2006). Ainsi, elle dépend de la façon dont nous avons été regardé et touché. Elle apporte une première sensation de contenance et d'enveloppe corporelle et psychique.

La seconde image est l'image fonctionnelle. Elle correspond à la mise en mouvement du corps dans l'objectif de satisfaire des besoins ou désirs. Ainsi, d'après Nasio (2007), le corps s'attarde ici à la satisfaction des besoins par des objets concrets, et des désirs par des objets symboliques et imaginaires. Cette image fait également référence aux soins apportés

par la mère à l'enfant, soit au concept de *Handling*, apporté par Winnicott (Winnicott et al., 1997/2006).

Enfin, l'image érogène évoque les notions de plaisirs et douleurs éprouvés dans les zones érogènes mais aussi dans la relation à l'autre. Nous notons ainsi l'importance de la place d'autrui dans la satisfaction de ces plaisirs.

2.1.3 Image composite du corps

Pireyre, quant à lui, n'oppose pas les notions de schéma corporel et d'image du corps. Il rassemble les définitions de ces concepts de différents auteurs, en une nouvelle notion, celle de « l'image composite du corps » (Pireyre & Delion, 2015, p.48).

En effet, il reprend les apports de Dolto (1984) selon laquelle l'image du corps traite de la continuité d'existence, de l'identité et de l'identité sexuée. Il évoque également la théorie d'Anzieu à propos de l'apport, dans l'image du corps, du Moi-Peau (1995), de l'intérieur du corps et des orifices, des tensions toniques liées à l'histoire du sujet et des angoisses archaïques.

Ainsi, « l'image composite du corps » apportée par Pireyre (Pireyre & Delion, 2015), est constituée de « sous-composantes » qui sont :

- La sensation de continuité d'existence : elle correspond à l'image de base décrite par Dolto et constitue le premier sentiment de soi.
- L'identité : donnée à la naissance, elle se construit dans la relation aux parents notamment par le dialogue tonique et le regard. L'identité correspond au prénom de l'enfant, sa filiation.
- L'identité sexuée : bien que le sexe biologique soit déterminé rapidement durant la grossesse, l'identité sexuée se construit à partir du sexe assigné à la naissance, des sensations corporelles induites par les attributs génitaux et les hormones. L'environnement joue ici un rôle essentiel par le comportement social de l'individu et les relations affectives de l'enfant avec son environnement.
- La peau physique : elle représente un quart de notre poids et est constituée de l'épiderme, du derme et de l'hypoderme. Elle possède plusieurs fonctions comme celle d'être un organe sensoriel essentiel. Elle constitue également une limite à notre corps et nous donne notre apparence.

- La peau psychique : par cette sous-composante, Pireyre (Pireyre & Delion, 2015) aborde ici la notion de *Moi-Peau* d'Anzieu (1995). Selon ce dernier, le *Moi-Peau* a huit fonctions : la maintenance, la contenance, la pare-excitation, l'individuation, l'inter-sensorialité, le soutien à l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et, enfin, l'inscription des traces sensorielles.
- La représentation de l'intérieur du corps : elle s'intègre progressivement chez l'enfant par la construction de l'axe du corps, la solidification osseuse et la maîtrise des articulations.
- Le tonus : il comprend le tonus de fond, le tonus d'action et le tonus postural. Nous y intégrons également une part émotionnelle. En effet, les différentes expériences vécues au cours de l'histoire du sujet peuvent impacter son état tonique et s'y inscrire.
- La sensibilité somato-viscérale (ou sensorialité) : elle correspond au fonctionnement de l'organisme, de la mise en lien entre la sensibilité et l'environnement. Elle se compose des récepteurs sensoriels (informations mécaniques, thermiques, chimiques, nociceptives et proprioceptives), des voies de transmission et des centres de traitement de l'information sensorielle.
- Les compétences communicationnelles du corps : elles évoquent notamment le dialogue tonico-émotionnel par lequel l'individu entre en communication avec son environnement par le corps.
- Les angoisses corporelles archaïques : nous y comprenons l'angoisse de morcèlement, d'effondrement ou encore de liquéfaction. Elles sont présentes avant l'apparition du langage et se manifestent chez tous les individus à différents degrés, prenant une dimension pathologique dans les maladies psychiatriques graves. Il est important de prendre conscience du retentissement corporel de ces angoisses.

2.2 Construction du schéma corporel

Le schéma corporel n'est pas inné, il se construit au cours du développement de l'individu. Il se constitue en fonction de la maturation du système nerveux, de la qualité affective de l'environnement, c'est-à-dire s'il est angoissant ou sécurisant. La représentation motrice corporelle, soit celle des mouvements, attitudes et postures influe également sur l'intégration du schéma corporel.

La chronologie de la construction du schéma corporel est difficile à établir mais Ajuriaguerra définit son intégration par trois stades : celui du corps vécu, puis du corps perçu, et enfin celui du corps représenté (Scialom et al., 2011). Il est à noter que l'intégration du schéma corporel est difficilement distinguable de celle de l'organisation spatiale ayant lieu en parallèle.

2.2.1 Corps vécu (0-3 ans)

Lors de ses premiers mois de vie, le bébé est atteint par différentes modalités sensorielles comme le toucher, présent dès la naissance, puis la vision qui se développe autour des trois mois. Il présente également une tonicité bipolaire, oscillant entre une hypertonicité pour exprimer ses besoins et une hypotonie lorsque ces derniers sont satisfaits. La mise en jeu de ces différentes modalités sensorielles entraînent, pour l'enfant, une perception « éclatée » de son corps. À cela s'ajoute l'excitation régulière de certaines parties du corps telles que la bouche, les yeux, l'estomac et les parties génitales et anales. Ces stimulations corporelles centrées sur certaines zones corporelles ont également pour conséquence une connaissance fragmentée du corps.

De plus, à cet âge, la mise en jeu motrice de l'enfant priorise l'action. Cette dernière précède la pensée, ce qui a aussi pour conséquence une découverte fragmentaire du corps.

Ensuite, le développement de la préhension et l'acquisition de la marche aux alentours d'un an de vie de l'enfant, lui permettent d'être plus acteur de son corps et d'explorer son environnement. La motricité intentionnelle se met en place. Elle devient de plus en plus dirigée vers un but et se dote d'une signification. La mise en jeu des déplacements autonomes et la représentation du corps explorant l'environnement permettent au schéma corporel déjà constitué, de se modifier et de se compléter.

Ainsi, à la fin de cette période, les différents segments corporels sont situés les uns par rapport aux autres avec une prise de conscience du corps en action. L'espace corporel est alors unifié et intégré : nous parlons de corps situé.

De plus, la répétition des expériences sensorimotrices de l'enfant sur les objets l'environnant a pour conséquence un début de différenciation du corps propre et de l'objet externe.

Lacan aborde une notion également impliquée dans le processus d'individuation de l'enfant : *le stade du miroir* (1966). Par cette expérience, l'enfant entre en relation avec son corps et avec lui-même : il apprend à se connaître voire à se reconnaître.

Grâce au reflet, il découvre qu'il existe un derrière-lui. La dimension intersubjective et relationnelle est primordiale dans cette découverte. En effet, elle est constructive à la seule condition qu'une personne se trouve derrière lui et soit visible dans le reflet du miroir. Cet individu devra verbaliser l'expérience qu'est en train de vivre l'enfant et matérialiser la distance qui les sépare. Si cette personne n'est pas présente et que l'enfant reste seul face au miroir trop longtemps, il y a un risque qu'il prenne son reflet pour quelqu'un d'autre.

Face au miroir, l'enfant joue avec les similarités des perceptions et la synchronie des mouvements. Cette exploration permet une découverte progressive des rapports entre son corps et le reflet qui lui apporte un retour sur sa sensorimotricité encore immature. L'enfant va alors pouvoir identifier son corps comme le modèle du reflet.

Par cette expérience, l'enfant qui n'avait encore qu'une perception fragmentaire de son corps, le perçoit désormais visuellement comme uni. Il prend alors conscience d'être un individu à part entière.

Ce passage d'un corps morcelé à un corps unifié est la première étape nécessaire à l'élaboration du schéma corporel. Dès les premiers mois de vie, il devient capable d'utiliser son schéma corporel comme système de référence afin de localiser et saisir les objets en fonction de la position de son propre corps dans l'espace.

Le schéma corporel s'affinera ensuite par l'acquisition du langage et le développement du vocabulaire.

2.2.2 Corps perçu (3-6 ans)

Au fur et à mesure du développement de l'enfant, son contrôle tonique se développe et s'associe à la fonction perceptive, c'est-à-dire que le corps adapte ses réponses toniques aux stimuli perçus.

En parallèle, la motricité s'affine et l'action se joint au langage. En effet, l'enfant accède au jeu symbolique par le biais de son corps : il passe de l'imitation réelle à l'imaginaire. Cette transition suppose l'individualisation de l'enfant par un détachement du corps d'autrui. Elle implique également la mise en jeu de l'anticipation et la projection dans

le temps et l'espace. L'enfant peut alors prendre du recul vis-à-vis de son vécu et accéder aux prémices de la représentation mentale. Il parvient, de cette manière, au stade du corps perçu.

À cette étape, le schéma corporel est à peu près achevé mais il continuera à se développer selon les expériences de l'enfant, la qualité de son entourage et les relations établies avec son environnement.

2.2.3 Corps représenté (6-12 ans)

À ce stade, l'enfant n'a plus besoin de passer uniquement par son corps pour atteindre un but, il peut désormais, auparavant, penser cette action. Il n'a en effet plus besoin de passer par le corps vécu puisqu'il a intériorisé les images des mouvements qui composent l'action. L'enfant peut alors, en accédant à ce concept d'abstraction, se représenter son corps en mouvement. Il peut également se représenter un corps orienté dans l'espace différemment du sien.

3 Impact du vieillissement sur la représentation corporelle

Les nombreuses modifications corporelles, cognitives et psychiques du sujet vieillissant vont avoir des répercussions sur son rapport au monde et à son propre corps. C'est alors la représentation de son corps qui va être modifiée et perturbée.

Dormia et Feve précisent en effet qu' « avec l'âge et les transformations qu'il subit, le corps de la personne âgée est souvent désinvesti » (2015, p.12).

Le sujet vieillissant est, selon Korf-Sausse (2014), confronté à un nouveau corps – par les modifications corporelles et sensibles notamment – qu'il va pouvoir découvrir au travers d'expériences corporelles inédites. En effet, ces transformations peuvent avoir pour conséquences une perte d'autonomie et la mise en jeu de pathologies nécessitant des soins médicaux et l'entrée en institution. Ces nouvelles expériences et approches du corps vont potentiellement impacter l'identité du sujet.

3.1 Les modifications corporelles et motrices

Les modifications corporelles abordées plus haut vont impacter la morphologie du sujet vieillissant. Nous avons pu noter, par exemple, une majoration des courbes vertébrales et une diminution de la taille. Ces transformations vont influencer la conscience corporelle du sujet, notamment par une altération de sa motricité. Nous observons alors une perte d'amplitude des mouvements, des raideurs articulaires et musculaires ainsi que des troubles de l'équilibre. Ces dernières raréfient les expériences corporelles responsables de la mise à jour des représentations du corps qui vont donc s'appauvrir.

Lahaye (2014) ajoute que la personne âgée est confrontée à un vécu de perte de contrôle de son corps, faisant, par exemple, référence aux pertes auditives et visuelles ou encore aux incontinences. Ce manque de maîtrise sur son propre corps entraîne un sentiment d'insécurité corporelle permanent qui va avoir pour conséquence un isolement, une diminution de la mise en jeu motrice et, ainsi, un manque de stimulations sensorielles et proprioceptives.

Nous constatons que les nombreuses pertes touchant le sujet âgé interagissent les unes avec les autres. Les pertes de capacités physiques vont, en effet, non seulement avoir des répercussions sur la mobilité mais aussi la confiance du sujet âgé dans ses capacités motrices. Cette perte de confiance renforce sa dépendance et peut le conduire à être admis dans une institution spécialisée dans la prise en charge de personnes âgées dépendantes.

Toutefois, le fonctionnement de certaines institutions est parfois plus orienté vers la technique que vers l'humain qui se trouve en face des soignants. Il y alors peu de place pour la mise en jeu motrice du résident notamment lors de ses gestes du quotidien comme se laver, s'habiller voire se déplacer. Maintier précise en effet que les personnes âgées dans certaines institutions sont « privées de gestes du quotidien qui assuraient un investissement de soi » (2012, p.45). Cette privation renforce la dépendance à autrui. Ponton (2012) ajoute qu'il est primordial pour le sujet, qu'importe son âge, d'être acteur de ses propres actions afin d'être à l'écoute de son corps, de l'habiter et de ne pas être un « corps machine » manipulé par les soignants.

3.2 Les altérations sensorielles

Nous avons également pu noter, lors des processus mis en jeu durant le vieillissement, l'altération des récepteurs sensoriels et de la conduction du message nerveux. Nous constatons alors chez le sujet âgé un défaut de la sensorialité perturbant la conscience et la connaissance de son corps en mouvement et dans l'espace.

En effet, cette altération associée au manque de stimulation sensorielle en institution entraînent un défaut de perception corporelle. Or, selon Ponton (2012), la perception est essentielle à la construction de la conscience corporelle et à l'adaptation du corps à son environnement par un ajustement de la posture, des gestes, du tonus et des appuis. La raréfaction de la perception corporelle engendre une pauvreté des expérimentations et des difficultés à ressentir des sensations positives. Le sujet vieillissant aura alors, selon Dormia et Feve (2015), une mise en péril à « reconnaître son corps comme sien ».

3.3 L'impact des soins médicaux

Maintier précise que « le vieillissement conduit le corps au contact imposé et de moins en moins choisi » (2012, p.39). En effet, l'ensemble des transformations corporelles et sensorielles touchant le sujet âgé peuvent avoir pour conséquence des pathologies nécessitant des soins médicaux. Ces derniers conduisent le corps à être stimulé différemment et peuvent parfois être désagréablement vécus par tout individu, notamment par les personnes âgées. Selon Cerioli et al., lors des soins, elles peuvent se sentir « dépossédées d'elles-mêmes, dépersonnalisées » (2012, p.9). Maintier ajoute que, dans certaines institutions, le corps du résident peut n'être considéré que comme un objet de soin, et non comme un corps humanisé, habité par un individu sensible (2012).

Afin de lutter contre l'inadaptabilité des soignants, les sujets vieillissants vont mettre en place des stratégies, notamment un clivage entre leur corps et leur esprit. En effet, Korff-Sausse (2014) définit ce clivage comme une nécessité à la survie psychique du sujet lors des soins. Ce clivage partiel permet alors d'accepter ponctuellement les traitements déplaisants.

En contrepartie, ce clivage conduit à une désafférentation ce qui entraîne une perturbation du schéma corporel. De plus, par cette stratégie, le sujet voit son corps lui

échapper. Ce dernier devient, d'après Korff-Sausse, un corps inhabitable (2014). Or, être sujet c'est habiter le monde et, pour cela, habiter son corps.

Ainsi, le clivage mis en place en réponse à l'approche corporelle en institution vient questionner l'identité du sujet.

3.4 L'identité

L'acquisition lente et laborieuse de l'identité n'est jamais définitivement achevée, y compris chez l'adulte et le sujet âgé. En effet, Ribadier et S. Sainjeon-Cailliet affirment que « certains vieillissements dépossèdent (...) des éléments qui constituent la personne et font son identité » (2012, p.50). Les nombreuses pertes physiologiques, sociales, professionnelles et psychologiques qui touchent le sujet âgé sont impliquées ici.

La notion d'identité est alors mise au travail au cours de la crise du vieillissement. Il y a une discordance entre l'apparence et la réalité interne du sujet : le corps y apparaît comme un corps étranger. La personne a le sentiment que son identité est de plus en plus en décalage avec ce qu'elle voit dans le miroir et dans le regard des autres.

De plus, certaines personnes sont en permanence actives et existent uniquement par leurs mises en jeu corporelles. Cette manière d'être toujours dans l'action permet de restaurer le narcissisme. Mais cette activité fait perdre de l'énergie qui s'amenuise également avec l'âge. Donc, avec l'avancée en âge et la réduction de la mise en jeu motrice, ils font progressivement face à la difficulté à être eux-mêmes et à trouver une raison d'être.

Ainsi, les difficultés d'engagement moteur, la fatigue récurrente et la perte d'autonomie peuvent conduire la personne âgée à entrer en institution. Or, la vie institutionnelle peut également avoir des répercussions sur la perception de son corps et, par conséquent, sur son identité. En effet, en lien avec l'impact des soins médicaux sur la représentation corporelle, Cerioli et al. affirment que « pour s'extraire de pratiques aliénantes et développer une identité, la personne doit être vue non pas comme un objet sur lequel on va exercer une action mais comme un être avec lequel on va collaborer » (2012, p.9). Ainsi, le sujet doit être accompagné et encouragé dans la reconstruction de son identité. Pour cela, il doit réinvestir son corps, c'est-à-dire être considéré comme un sujet sensible et

acteur de son quotidien. Si ce n'est pas le cas, il revient au concept de corps objet de soin abordé plus haut.

En conclusion, les altérations corporelles et sensorielles vont avoir principalement pour conséquences une diminution des expériences sensorimotrices et une réduction de l'autonomie. Ces pertes vont entraîner l'entrée en institution dont l'approche corporelle lors des soins peut conduire les sujets vieillissants à se couper de leur corps, ce dernier devenant un objet de soin. Ce clivage et la réduction de l'investissement corporel qu'il induit peuvent conduire la personne âgée à se représenter son propre corps comme un « corps machine ». Ainsi, les processus du vieillissement entraînent une dégradation du schéma corporel et, par conséquent, une perturbation de l'image du corps.

THÉORICO-CLINIQUE

Suite aux éléments évoqués dans ma partie théorique, nous pouvons constater qu'il y a un lien de cause à effet entre le vieillissement et la représentation de soi chez le sujet âgé. Nous pouvons donc supposer que le vieillissement, et les processus qu'il engendre, est impliqué dans le détachement psychocorporel de Mme P.

Je m'interroge alors quant au rôle du psychomotricien dans le rétablissement de cette unité psychocorporelle troublée chez la résidente. Comment le travail psychomoteur peut-il être source de prise de conscience des potentialités du corps chez la personne âgée dépendante ? Et en quoi l'amélioration de la représentation de soi permet-elle d'accéder à une prise d'autonomie ?

Je tenterai de répondre à ces questionnements grâce à la mise en lien entre les apports théoriques évoqués et ma clinique. J'aborderai dans un premier temps la place du psychomotricien en gériatrie et l'étayage qu'il propose permettant au résident, soit ici Mme P, de se construire corporellement et psychiquement. Ensuite, après avoir proposé des étiologies possibles quant aux troubles de la conscience corporelle de Mme P, nous analyserons son évolution au cours de sa prise en charge psychomotrice, lui permettant d'accéder à une autonomie croissante.

1 Le travail du psychomotricien avec le sujet âgé

1.1 Définition de la psychomotricité

Tout d'abord, rappelons que notre vie affective et notre développement s'étaient sur notre corps. Ce dernier permet en effet de se mettre en mouvement, d'entrer en relation avec son environnement en s'exprimant et en ressentant ce qu'autrui lui communique. Il arrive toutefois que ce corps soit affecté par des pathologies, troubles psychomoteurs, ou autres, perturbant l'unité psychocorporelle du sujet.

La psychomotricité va alors pouvoir entrer en jeu. En effet, par cette thérapie « placée entre neurosciences et psychologie, entre le somatique et le fait psychique » (Pireyre & Delion, 2015, p.200), le psychomotricien conduit l'individu à rétablir la liaison entre son corps et son esprit, soit à restituer son unité psychocorporelle. Ainsi, le psychomotricien

amène le sujet à explorer ses potentialités « d'action, de perception, de détente et d'expression » afin d'« épanouir, améliorer et/ou corriger ses fonctions mentales, comportementales et psychomotrices » (Dormia & Feve, 2015, p.5). L'individu pourra alors s'adapter à son environnement et à lui-même, gérer ses émotions et prendre conscience de son corps.

Nous constatons, par cette définition, que la psychomotricité concerne tous les âges de la vie, prenant en compte le sujet dans sa globalité de sa naissance à sa vieillesse.

1.2 Le psychomotricien en gériatrie

Je me suis interrogée sur l'apport spécifique du psychomotricien en gériatrie. Quels sont les axes de travail sur lesquels nous pouvons œuvrer principalement en EHPAD ?

Comme nous l'avons vu précédemment, l'entrée dans la vieillesse a des impacts tant physiques que psychiques. Le vieillissement va donc avoir des répercussions sur les capacités relationnelles, cognitives et physiologiques en lien avec le vécu de la personne, la manière dont il se représente son corps, ses capacités, et la façon dont il va pouvoir utiliser ces dernières.

L'enjeu dans la prise en charge psychomotrice chez le sujet âgé ne va pas être de rééduquer une fonction mise à mal par le vieillissement. De plus, le psychomotricien voit le sujet au-delà de sa symptomatologie : il prend en compte le sujet dans sa globalité, intégrant toutes les expériences vécues qui ont construit l'individu tel qu'il est aujourd'hui.

C'est pour cette raison que la prise en charge de Mme P ne s'oriente pas uniquement sur ses troubles mnésiques et sur sa verticalisation. Le travail s'axe également sur la représentation de son corps, la verbalisation de ses ressentis et une remise en jeu corporelle plus globale par le biais du yoga et du tricot qu'elle pratiquait plus jeune.

On retrouve dans les principales indications gériatriques psychomotrices les troubles gnosiques, les troubles de la régulation tonique ou encore des coordinations. « Toutefois, notre intervention en gériatrie est plus vaste et comprend en outre la prise en charge de la douleur, de l'anxiété, des troubles psycho-comportementaux, l'accompagnement de fin de vie... » (Dormia & Feve, 2015, p.5). Le psychomotricien peut également intervenir dans des syndromes de glissement ou post-chute.

Plus précisément, je vais aborder ici trois axes de travail du psychomotricien en gériatrie sur lesquels repose le suivi effectué auprès de Mme P.

Tout d'abord, le psychomotricien peut avoir pour mission de renforcer l'autonomie et l'estime de soi de la personne âgée afin de lui permettre de s'exprimer en tant que sujet. Afin de favoriser cette autonomie, il faut stimuler le désir du résident et susciter son intérêt. Cela implique d'axer la prise en charge sur des activités, loisirs et passions qui animent le résident et font partie de son identité.

De plus, être autonome sous-entend pouvoir faire des choix. Renforcer l'autonomie c'est donc entendre le refus de la personne âgée : si elle dit « non » elle exprime un choix qui est à respecter. Ce refus peut intervenir dans le cadre de la prise en charge psychomotrice, déclinant par exemple une médiation ou la séance du jour. Accepter ce refus c'est considérer la personne âgée comme sujet pensant. Elle devient alors actrice de sa vie, autonome.

Juhel ajoute que la mise en jeu motrice et le travail sur les coordinations en psychomotricité « affinent certains mouvements essentiels à l'autonomie » chez le sujet âgé (2010, p.1).

Le psychomotricien peut également intervenir afin d'améliorer la représentation de soi en gériatrie. En effet, rappelons que selon Korff-Sausse (2014), le sujet âgé est confronté à un nouveau corps en raison des changements présents lors du vieillissement. Ces modifications peuvent conduire à un trouble du schéma corporel et de l'image du corps.

Ainsi, dans le cadre de cette indication, le psychomotricien peut, par exemple, amener le résident à prendre conscience de ses appuis et de sa posture afin de renforcer sa conscience corporelle. Le praticien peut également conduire le résident à renforcer sa sensation d'enveloppe corporelle via le toucher, la détente et la mobilisation passive. Le schéma corporel peut aussi être stimulé grâce à la mise en mouvement permettant notamment une prise de conscience des amplitudes articulaires.

Enfin, le psychomotricien a une place essentielle au sein de l'institution gériatrique. En effet, le travail pluridisciplinaire est très important, chaque soignant apportant son regard spécifique. L'un des principaux axes de travail du psychomotricien va être de proposer des outils à l'équipe soignante, leur permettant d'ajuster leur aide aux potentialités de chaque résident.

Le psychomotricien va aussi intervenir dans la valorisation du travail des soignants car les personnes âgées ne vont pas obligatoirement montrer de retours très positifs, présentant peu de progrès et pouvant parfois être agressifs. Le rôle du psychomotricien au sein de l'institution est également primordial pour aider l'équipe à donner du sens à ce qu'il se passe et ne pas rester dans une simple reproduction des soins jours après jours.

La prise en charge psychomotrice de Mme P s'oriente sur ces axes de travail. Son autonomie est stimulée par le choix d'activités qui lui plaisent, par une place d'actrice dans son suivi et par son engagement corporel lors des séances. Sa représentation d'elle-même est améliorée grâce à une prise de conscience de son corps, de sa posture, de ses sensations corporelles et de ses mouvements. Je développerai plus précisément la mise en pratique de ces axes de travail au sein de la prise en charge de Mme P plus tard dans cet écrit.

1.3 Le psychomotricien et la relation thérapeutique

1.3.1 Le cadre

Concernant ma relation avec la résidente, je constate qu'au fur et à mesure des séances, elle s'ouvre et verbalise ses ressentis. Mme P m'identifie de plus en plus lorsque je rentre dans sa chambre, me souriant et exprimant me reconnaître. Elle semble également avoir intégré la planification des séances, elle les anticipe et ne m'interroge plus quant à ma présence dans sa chambre et au travail effectué.

L'un des principaux rôles du psychomotricien va être de construire une relation sécurisante et chaleureuse avec son patient. Effectivement, le soin se veut fiable, régulier, avec des séances qui sont, si possible, anticipables. Le psychomotricien mettra l'accent sur ce que la personne est encore capable de faire et d'exprimer quels que soient ses déficits.

C'est ainsi qu'avec des rencontres régulières et l'instauration d'un cadre stable et sûr, Mme P a pu constater qu'elle pouvait s'appuyer sur moi, expérimenter et verbaliser librement ses ressentis.

1.3.2 La verbalisation

Une fois cette relation thérapeutique sécurisée mise en place, le patient pourra s'appuyer sur le psychomotricien afin de se construire psychiquement et corporellement.

En effet, l'engagement corporel du psychomotricien et le fait qu'il propose son propre corps comme support permet d'étayer la construction corporelle des patients. Mais le thérapeute est aussi une source d'appuis sécurisés par un soutien verbal et un regard bienveillant.

Ainsi, la construction corporelle du patient implique également la verbalisation de la part du psychomotricien et du sujet lui-même. La mise en mot par le praticien est donc partie prenante de la thérapie, induite par son investissement corporel. En effet, selon Pireyre, « en proposant une situation corporelle, le psychomotricien s'implique corporellement, émotionnellement et verbalement. En accueillant les verbalisations de son patient, après coup ou en temps réel, il se positionne du côté de l'empathie. Donc il s'implique et il écoute. Il agit et il accueille. » (Pireyre & Delion, 2015, p.212). De cette manière, par la mise en mot du patient sur ses ressentis, émotions et représentations, renforcés par l'étayage du psychomotricien, il pourra porter de l'attention sur ce qui se passe dans son corps, lui permettant de renforcer la liaison entre son corps et son esprit.

On peut donc supposer que les échanges verbaux avec Mme P l'ont conduit à une réflexion sur son corps, rétablissant ainsi le lien avec celui-ci. Nous pouvons évoquer notre discussion à propos de sa posture et de ses hypothèses quant à celle des personnes âgées, ou encore mes explications sur la capacité de son corps à transmettre des messages à son psychisme.

Je constate ainsi au fur et à mesure de la prise en charge, que Mme P verbalise de plus en plus ses ressentis tant corporels que psychiques. Rappelons ici lorsqu'elle exprime que son corps « fait ce qu'elle lui demande ». Mais c'est principalement lors d'une discussion avec la résidente que j'observe cette évolution.

En effet, alors que je marche dans les couloirs de la structure, devant la chambre de Mme P, je l'aperçois sortir de sa salle de bain, le visage contracté et le regard porté au sol. Intriguée par la préoccupation qui se dessine sur son visage, je lui demande si tout va bien. Elle me répond que non mais précise que je ne suis pas la source de son problème, que, selon ses mots, ce sont mes collègues qui la préoccupent. Je lui propose alors de s'asseoir sur son

lit afin qu'on en discute. Lors de notre échange elle cherche ses mots, fixe le sol, fronce ses sourcils. Elle s'enroule autour de son axe et se rassemble.

Une fois installées, elle m'explique que la toilette de ce matin a été difficile pour elle et qu'elle en est encore sous le choc. La rapidité de cette toilette l'a conduite à « se sentir une chose dans les mains de l'autre », selon ses propres termes. Elle exprime avoir été sidérée face à cette situation à tel point qu'elle n'a pas osé intervenir pour exprimer à la soignante que la toilette ne lui convenait pas.

D'après Pireyre, le psychomotricien « entend les verbalisations subjectives et, s'il le souhaite, les encourage. » (Pireyre & Delion, 2015, p.213). Comme nous avons pu le voir, grâce à ces verbalisations, le praticien conduit le sujet à accéder à ses sensations et à leur donner du sens. De cette manière, par la mise en mots sur les perceptions ressenties lors des expérimentations proposées par le psychomotricien, ce dernier encourage le rétablissement de l'unité psychocorporelle du patient.

Ainsi, les nombreux échanges concernant ce qu'il peut se passer dans son corps lors des séances de psychomotricité, ont conduit Mme P à mettre spontanément des mots, principalement avec ma maître de stage et moi, sur ce qu'elle perçoit corporellement.

1.3.3 Le transfert et le contre-transfert

À partir de cette relation thérapeutique sécurisante, l'implication corporelle et psychique du psychomotricien va influencer l'état psychocorporel du patient. Mais il est important de préciser que l'inverse est également vrai. En effet, les termes de « transfert » et de « contre-transfert » désignent les mouvements psychiques non verbaux inconscients ayant lieu entre le praticien et le patient.

Pour illustrer ces propos, je souhaiterais aborder ici une seconde situation clinique vécue auprès de Mme P, ayant eu lieu quelques semaines après la scène précédemment décrite.

Au moment des faits, et seulement depuis seulement quelques jours, les résidents portent des montres permettant de mesurer leur consommation d'eau quotidienne.

Aux alentours de dix heures du matin, je me dirige vers la chambre de Mme P pour la prévenir, comme toutes les semaines, de la tenue du groupe équilibre l'heure suivante, afin qu'elle s'y prépare. À mon arrivée dans sa chambre, une ASH est en train de

réprimander Mme P. Selon l'ASH, la résidente a volontairement arraché puis caché dans un tiroir la montre qu'elle portait alors qu'une infirmière la cherche depuis plus de 30 minutes. Rapidement, une aide-soignante entre également dans la chambre de Mme P et la réprimande à son tour car elle ne porte plus le pantalon qu'elle venait de lui mettre quelques minutes auparavant. L'aide-soignante va alors prendre une robe se trouvant dans l'armoire de la résidente et lui enfile sans lui demander une quelconque participation.

Tout au long de cette scène, je constate que Mme P me fixe du regard. Ses yeux sont écarquillés, sa bouche est entrouverte et ses sourcils sont légèrement froncés. Son corps est contracté et ses épaules sont redressées. Par son regard et sa posture, je comprends que Mme P me demande de l'aide et qu'elle a besoin de mon soutien. Cependant, à cet instant je ne sais que dire ni que faire pour lui venir en aide, face à l'aide-soignante et l'ASH qui ne me portent aucun intérêt.

Démunie par le manque de considération des soignantes, l'attitude corporelle de Mme P a renforcé mon impression d'être désarmée. J'ai perçu par son regard et son attitude corporelle un sentiment d'impuissance et d'incompréhension qui m'ont instantanément également traversée.

Ainsi, le terme de « transfert » indique ce que les patients, soit ici Mme P, déposent de leurs éprouvés dans la relation thérapeutique par la mise en jeu du tonus, de la posture et du regard. Par son investissement uniquement corporel, soit sans verbalisation, le psychomotricien peut ainsi ressentir certaines émotions du patient. Mme P s'est sentie démunie dans cette situation, et, par son attitude corporelle et son regard, j'ai moi-même été traversée par ce sentiment.

À l'inverse, le « contre-transfert » appartient au praticien. Il y a en effet une part très personnelle, intime, dans le contre-transfert : il est propre à chaque psychomotricien et ne dépend pas de ce que fait le patient. Nous avons tendance à dire que la peur, ou autre émotion, que l'on peut ressentir correspond à la peur du patient mais il y a toujours une part de nous, de notre contre-transfert. Il est important de faire la part des choses entre ce qui appartient au patient, et ce qui nous appartient à nous, psychomotriciens.

1.3.4 Les émotions

Au regard des observations faites auprès de Mme P au sein de la structure ainsi que les émotions que nous avons pu partager, je m'interroge sur la manière dont son corps peut être approché par autrui mais aussi par elle-même.

Or, en psychomotricité, la relation établie entre le patient et le praticien induit l'implication du corps, de la sensorialité mais aussi de l'émotion. Cette dernière va être essentielle à l'analyse des événements ayant lieu en séance et à l'avancée de la prise en charge par la mise en jeu des transferts et contre-transferts. Robert-Ouvray évoque alors le « contre-transfert émotionnel » (2002, p.62). Par celui-ci, le psychomotricien peut analyser et interpréter son propre vécu en interaction avec le patient. Le praticien pourra alors ajuster sa posture, son tonus, ses mouvements et la direction de la prise en charge pour conduire le sujet à prendre conscience de ce qu'il peut se passer dans son propre corps et dans la relation.

Donc en raison du partage émotionnel ayant eu lieu entre Mme P et moi, j'ai priorisé, dans la suite de la prise en charge, le fait d'être moi-même plus à l'écoute du corps de la résidente. J'ai également été vigilante à la conduire à être elle-même à l'écoute de son propre corps et à le considérer comme sensible. La valorisation est au centre du reste de ma prise en charge.

Enfin, nous constatons que la relation thérapeutique construite avec la résidente lui a permis de se sentir en sécurité dans le lien et à me confier ses ressentis corporels et psychiques. Mme P a conscience qu'elle peut s'appuyer sur moi pour partager ses émotions mais aussi pour oser expérimenter son corps et ses potentialités.

Toutefois, je me demande si la verbalisation de Mme P n'a pas également été induite par une prise de conscience de son corps. La mise en mouvement corporelle lors des séances de psychomotricité aurait-elle permis le rétablissement de la liaison psychocorporelle ?

2 Vers une prise de conscience des potentialités du corps

2.1 Prise de conscience corporelle

2.1.1 Définition

Tout au long de la prise en charge, j'ai pu constater que Mme P avait des difficultés à accéder à ses sensations et à prendre conscience de son corps, de sa posture. Mais que signifie « avoir conscience de son corps » ?

La notion de prise de conscience corporelle est apportée par Pireyre (Pireyre & Delion, 2015).

Il la distingue du schéma corporel et de l'image du corps. Selon lui, la prise de conscience du corps repose sur la neurophysiologie sensorielle ; elle est à l'interface entre la sensorialité et les processus représentationnels. Elle permet donc l'accès à certaines composantes de « l'image composite du corps » décrites par Pireyre (Pireyre & Delion, 2015, p.48) et développées plus haut dans cet écrit.

Au début du suivi psychomoteur, Mme P semble ne pas avoir conscience de sa posture et ne pas voir son corps tel qu'il est. Lors de nos échanges, je constate que dès son enfance, elle a eu un rapport particulier à son corps, plaçant une règle en bois dans son dos dans l'objectif de le garder droit.

Or, prendre conscience de son corps c'est prendre conscience de soi, c'est se confronter à sa réalité corporelle. Cela implique de reconnecter l'individu avec son corps et ses émotions. Cette conscientisation dépend de l'histoire de vie du sujet, de son propre investissement corporel et de celui apporté par le corps de ses parents mais aussi de son environnement.

De plus, Mme P semble ne prendre conscience de son corps qu'à travers la douleur, elle ne verbalise que peu ses autres sensations.

À ce propos, selon Pireyre (Pireyre & Delion, 2015), la prise de conscience du corps se fait essentiellement par le champ sensoriel. Il relève trois points importants dans cette proposition. Le premier est que la douleur ne doit pas être mobilisée volontairement dans

l'objectif de prendre conscience de certaines parties, ou de la totalité, de son corps. Le second point est que la stimulation sensorielle n'est pas toujours suffisante pour atteindre ce but. Enfin, Pireyre (Pireyre & Delion, 2015) explique que, bien que le champ sensoriel soit prééminent dans la prise de conscience corporelle, ce n'est pas le seul canal possible pour conscientiser certaines parties du corps. La mise en jeu motrice corporelle peut également permettre d'atteindre cet objectif.

Mais qu'en est-il de la conscience du corps chez le sujet âgé ?

La réorganisation de la conscience corporelle est possible à tout âge, notamment chez la personne vieillissante. Il y a une adaptation nécessaire lors du vieillissement pour s'adapter aux processus mis en jeu et au potentiel état de dépendance. Rappelons que selon Dormia et Feve (2015) le désinvestissement corporel chez le sujet vieillissant, et donc la modification de la conscience corporelle, est courant.

2.1.2 Une conscience corporelle mise à mal : étiologies possibles

Au début de la prise en charge de Mme P, je constate que la résidente est détachée de son corps. Par son attitude, la manière dont elle mobilise ce dernier et l'aspect fonctionnel prééminent, elle semble désinvestir son corps, le considérant tel une machine. Je m'interroge alors quant aux différentes étiologies possibles de ce défaut de conscience corporelle.

Nous avons pu observer que le schéma corporel et l'image du corps de l'individu sont mis à mal lors du vieillissement. En effet, les modifications psychiques, cognitives et corporelles – avec l'augmentation des courbures vertébrales par exemple – peuvent avoir pour conséquence un désinvestissement corporel. Le confinement en chambre induit par la situation sanitaire a également eu des répercussions sur la mise en jeu du corps. Le manque de stimulation motrice a pu accentuer les modifications corporelles, perturbant d'avantage la représentation du corps du résident.

Le trouble de la conscience du corps peut également être une conséquence de l'entrée dans la structure gériatrique. Cerioli et al. (2012, p.13) précisent même qu'en institution « le milieu crée le symptôme ». En effet, les soins qui y ont lieu peuvent conduire les résidents à se sentir « dépersonnalisés » (Cerioli et al., 2012, p.9). Le corps du sujet âgé pourra alors être considéré uniquement comme un corps objet de soin. Mme P le souligne lors de notre

échange, précisant qu'elle s'était sentie comme une « chose » dans les mains de l'aide-soignante lors de la toilette.

En outre, j'ai pu observer un détachement psychocorporel chez Mme P au début de sa prise en charge par son attitude corporelle mais aussi par les propos qu'elle porte au sujet de son corps. Lorsque, surprise par mes mots au sujet des messages transmis par ce dernier, elle me répond « Mon corps me parle ? », cela m'évoque instantanément un manque de conscience du corps marqué ici par un défaut d'accès à ses sensations.

Or, les soins parfois déshumanisés peuvent conduire les résidents à mettre en place un clivage entre leur corps et leur esprit afin de se protéger psychiquement de cette approche corporelle.

À ce sujet, Korff-Sausse (2014) indique que le clivage dû à l'institutionnalisation conduit à une désafférentation, également induite par les processus mis en jeu lors du vieillissement et le manque de stimulation sensorielle en institution. À cela s'ajoute les propos d'Ajuriaguerra (1974) selon qui le schéma corporel, permettant la conscientisation du corps, se construit sur la sensorialité.

Ainsi, le clivage observé auprès de Mme P ainsi que les modifications induites par l'avancée en âge peuvent alors être à l'origine du trouble du schéma corporel présent chez la résidente.

De plus, Mme P exprime se préoccuper du regard que les autres peuvent porter sur sa posture, notamment sa scoliose. C'est la notion d'image du corps qui est mise en jeu ici. Si nous reprenons les trois composantes de l'image du corps décrites par Dolto (1984) – image de base, image fonctionnelle et image érogène –, nous constatons que deux d'entre elles sont affectées par l'investissement corporel de la résidente elle-même et de son environnement.

Tout d'abord, l'approche corporelle apportée par l'institution, soit le fait que Mme P puisse être considérée comme un corps objet de soin, perturbe l'image de base, permettant le sentiment de continuité d'existence par la manière dont le corps est touché et regardé par son environnement.

Ensuite, la diminution de la mise en mouvement de Mme P en raison des pertes motrices dues au vieillissement, le confinement en chambre et le fait qu'elle ne soit pas actrice de son quotidien impacte son image fonctionnelle. La dépendance de la résidente, au

début du suivi psychomoteur, limite en effet la mise en jeu autonome de son corps dans la satisfaction de ses besoins et/ou ses désirs.

En conclusion, nous constatons chez Mme P un défaut du schéma corporel et de l'image du corps. C'est donc l'ensemble de la conscience corporelle de la résidente qui est affecté en raison des processus mis en jeu dans le vieillissement, de la vie institutionnelle et des restrictions sanitaires.

2.2 Prise en charge psychomotrice

Suite à ces observations et aux potentielles étiologies à l'origine du trouble de la conscience corporelle de Mme P, j'ai décidé d'axer sa prise en charge sur la stimulation sensorielle et sa remise en mouvement autonome.

2.2.1 Travail autour des sensations et de l'écoute du corps

Lors des premières séances de psychomotricité, j'ai pu observer que la résidente avait des difficultés à accéder à ses sensations, à les verbaliser. Or la sensorialité est prééminente dans l'image composite du corps décrite par Pireyre (Pireyre & Delion, 2015), ainsi que dans la constitution du schéma corporel. Un travail autour de l'écoute sensorielle du corps est alors primordial afin de conduire Mme P à se reconnecter à celui-ci.

Dans cet objectif, lors de la première expérimentation centrée sur la découverte sensorielle et sa verbalisation, la résidente semble avoir des difficultés pour exprimer ce que l'exploration des objets et leurs différentes caractéristiques évoquent chez elle. Elle parvient à les parcourir, décrire précisément leur poids, leur matière, leur texture, mais cela reste mécanique. Mme P verbalise peu les sensations perçues, ses réactions sont principalement corporelles. L'exploration des différentes matières et formes amène une rigidification de ses mains au toucher des angles de la balle anti-stress ou un relâchement tonique de son visage et de ses épaules, accompagné de la formation d'un sourire au toucher du pompon.

Le rôle de mise en mots du psychomotricien, décrit par Pireyre (Pireyre & Delion, 2015), va être primordial afin de permettre à Mme P de prendre conscience des sensations perçues et de les exprimer. La résidente semble imperméable à mes explications quant à la

source de ses sensations. Bien qu'elle exprime que la manipulation du pompon soit « douce » et « agréable », il est difficile pour elle de prendre conscience que c'est son corps qui lui a transmis ces ressentis par ses capacités à percevoir des sensations et à transmettre des messages à son esprit.

Toutefois, nous découvrons au fur et à mesure des expérimentations que l'accès à ses sensations s'affine. Lors du massage à l'aide du ballon, Mme P est capable de me préciser qu'elle perçoit le ballon s'aplatir et envelopper son bras. La précision de cette description est venue spontanément de la part de la résidente, sans que je n'aie eu besoin de lui demander plus de détails quant à ses sensations.

Or, nous avons vu plus tôt que d'après Ponton (2012) la prise de conscience du corps passe obligatoirement par un travail autour de la perception. Cette dernière permet de porter de l'intérêt à son corps, à son positionnement dans l'espace afin de s'y ajuster.

Ainsi, l'écoute progressive de ses sensations peut conduire à l'avancée dans la prise de conscience du corps. L'intérêt que porte Mme P à son corps s'accroît. Elle est plus attentive à ce qu'il s'y passe et parvient plus facilement à exprimer les sensations perçues.

J'ai décidé d'orienter, dans un premier temps, le travail psychomoteur de Mme P sur la stimulation de l'accès à ses sensations. Cet axe de prise en charge permet à la résidente de porter progressivement de l'intérêt à son corps. Puis, une fois la liaison psychocorporelle de nouveau établie, j'oriente dans un second temps le suivi de Mme P vers une remise en jeu motrice de son corps par son exploration et sa (re)découverte.

En effet, la rarification de la perception corporelle a pour conséquence une pauvreté des expérimentations et des difficultés à ressentir des sensations positives. Il est donc essentiel qu'en psychomotricité, nous stimulons cette perception et l'accès aux sensations afin de conduire le sujet âgé à réinvestir son corps en mouvement et y reprendre du plaisir.

Donc, augmenter les stimulations sensorielles conduit Mme P à faire plus d'expériences. Elle semble curieuse et avide de nouvelles expérimentations. Sa réflexion et son investissement corporel et psychique, par ses questions et son écoute, montrent qu'elle est au travail. Le changement d'axe de prise en charge conduit ainsi la résidente à poursuivre sa prise de conscience corporelle.

2.2.2 Retour sur le stade du corps vécu

La remise en jeu motrice de Mme P s'est faite au travers de son exploration corporelle. Certaines séances que j'ai pu proposer à la résidente l'ont conduite à explorer son corps et le redécouvrir au travers d'expérimentations évoquant le stade du corps vécu, premier stade à la construction du schéma corporel décrit par Ajuriaguerra (1974).

En effet, lors de la séance de yoga en extérieur, la résidente explore son corps à travers son ombre, portant toute son attention sur son reflet et les conséquences que ses expériences motrices auront sur sa posture. À ce moment-là, elle verbalise ce qu'elle perçoit de son corps et notamment la contrariété que son reflet lui procure.

C'est par cette même expérimentation et attention portée sur son reflet que l'enfant prend conscience de son corps selon Lacan (1966). En effet, rappelons que par ses expériences motrices face au miroir et les similarités qu'il observe entre ce qu'il perçoit et les gestes qu'il fait, l'enfant entre en relation avec son propre corps. Par un retour sur sa sensorimotricité, il apprend à connaître son corps, le découvre et en parcourt ses potentialités.

Ainsi, par l'expérimentation motrice face à son ombre, Mme P explore son corps en mouvement. Sa verbalisation quant à sa scoliose montre qu'elle prend visuellement conscience de sa posture. Cela l'encourage à continuer à se mettre en mouvement pour découvrir ses bagages moteurs et corporels.

On peut également observer qu'au cours des séances de psychomotricité, Mme P explore son corps autrement que face à son ombre. Elle va aussi en découvrir les potentialités lorsqu'elle se trouve au pied de son lit, lors des mouvements de flexion et extension des jambes. Au cours de cette séance, la résidente aborde une nouvelle fois le sujet de sa colonne, nous demandant d'en dessiner le trajet. Durant cette session, elle va principalement regarder son corps et le tester. Elle va prendre conscience de la différence de position entre ses jambes, supposant que c'est en raison d'une inégalité de taille entre elles. Elle va explorer les potentiels changements et ce qui se passe dans son corps lorsqu'elle effectue tel ou tel mouvement.

Or, la mise en jeu motrice du corps fait partie prenante du stade du corps vécu construisant le schéma corporel. C'est la représentation du corps en mouvement dans l'environnement, explorant l'espace, qui va appuyer sa consolidation.

Donc, l'exploration de Mme P de son propre corps induit son investissement. Elle découvre ce qu'elle est corporellement capable de faire. Elle réalise que son dos se redresse lorsqu'elle soulève son talon ou encore que sa jambe droite se plie lorsqu'elle tend sa jambe gauche. Cette exploration conduit à un étayage de son schéma corporel.

En conclusion, la représentation de son corps en mouvement via son ombre mais aussi son exploration corporelle conduisent Mme P à prendre conscience qu'elle peut agir sur son propre corps et en modifier la posture. La mise en mouvement induite par cette découverte stimule le corps et ses représentations. Mme P va alors porter de l'intérêt à son corps ce qui conduit à sa conscientisation. Or, prendre conscience de son corps c'est prendre conscience de ses potentialités.

De plus, l'exploration du corps sous-entend sa mise en jeu en autonomie. En effet, pour le mettre en mouvement et en distinguer ses potentialités, il faut être libre de les découvrir comme nous le souhaitons, c'est-à-dire prendre conscience soi-même des capacités de son propre corps.

La place de l'autonomie, également mobilisée dans le stade du corps vécu, est donc primordiale dans cette prise de conscience corporelle. Afin de l'aborder plus en détails et d'évoquer la prise d'autonomie progressive de Mme P au cours de sa prise en charge psychomotrice, je la traiterai dans une partie ci-après.

2.2.3 Stimulation de l'autonomie

Suite aux situations observées auprès de Mme P et de l'équipe soignante, mon intention première est de remettre la résidente au centre de sa prise en charge. J'entends par là mon désir qu'elle soit plus actrice dans les séances, qu'elle puisse choisir les médiations et que sa mise en mouvement soit plus autonome.

Ainsi, la prise d'autonomie de Mme P est venue spontanément, observable notamment par l'expression d'un désir de se mouvoir.

En effet, après les premières séances axées sur la stimulation de l'écoute corporelle, Mme P prend l'initiative de me demander de reprendre le yoga. Il y a ici l'expression d'une envie de se remettre en mouvement de sa part.

Nous avons pu voir qu'en raison des nombreux processus mis en jeu lors du vieillissement, le corps est souvent désinvesti par le sujet âgé. Il n'a souvent plus de plaisir à être dans son corps et à le mouvoir, ne le percevant que par le prisme des pertes motrices, de la fatigue et de la douleur. Le travail en psychomotricité sur l'écoute des sensations du corps et le fait de ramener des sensations agréables, conduisent le sujet vieillissant à prendre conscience que son corps peut également être source de plaisir sensorimoteur. Ainsi, le travail psychomoteur peut conduire la personne âgée dépendante à se réapproprier son corps et restaurer son schéma corporel impacté par le vieillissement.

La réappropriation de ce corps peut encourager l'individu à le mettre en jeu dans son quotidien. En effet, son investissement progressif va conduire le sujet à être plus acteur de son propre corps. C'est ce que j'observe chez Mme P : je constate qu'une fois la conscientisation du corps débutée, elle semble également avoir pris conscience qu'elle peut agir avec son corps.

C'est ainsi que Mme P, par la redécouverte de ses potentialités motrices, a demandé à reprendre le yoga. Or, la stimulation de l'autonomie par le psychomotricien en gériatrie consiste également à écouter les désirs des résidents et à respecter leurs choix. Il était donc naturel que j'encourage Mme P dans la mise en jeu de son corps, soit à répondre positivement à sa demande.

Grâce à la reprise du yoga, j'ai pu observer une évolution dans l'engagement corporel de la résidente. En effet, elle se détache progressivement de mon corps pour se recentrer sur le sien.

Au début de la prise en charge psychomotrice, les mouvements qu'elle effectuait étaient copiés sur ceux de ma maître de stage et de moi-même, ne parvenant pas à prendre son indépendance motrice. Elle était dans la reproduction motrice et non la production. Au fur et à mesure de l'avancée dans le suivi, Mme P a pu se recentrer sur son corps. Nous pouvons constater cette évolution par l'expérience de flexions et extensions des jambes au pied du lit de la résidente. Cette expérimentation était également accompagnée d'une musique, permettant à Mme P de se focaliser uniquement sur son corps. Ainsi, par le cadre sonore et postural proposé, la résidente a pu se détacher de mon corps et suivre son propre rythme, sa propre amplitude articulaire. Elle n'essaie pas de tourner sa tête pour imiter mes mouvements, ce qui montre qu'elle ne semble pas perturbée par cette expérience, lui permettant ainsi d'être indépendante dans sa motricité.

À ce propos, rappelons que selon Ponton (2012), il est indispensable pour tout individu, dont les personnes âgées dépendantes, d'être acteur de son corps pour l'écouter. En effet, le travail sur la stimulation sensorielle et l'écoute corporelle a conduit Mme P à se remettre en mouvement. Mais l'engagement moteur, via la sensorimotricité, stimule le corps en retour. C'est pour cette raison qu'en effectuant les mouvements de flexion et extension, Mme P s'est aperçue que « quelque chose » – une côte – bougeait dans son dos et nous a interrogées à ce sujet, ma maître de stage et moi. La mise en mouvement de la résidente lui a donc permis de revenir à son corps, de l'habiter, d'écouter ce qu'il s'y passait.

Il me semble important de préciser qu'en parallèle de ma prise en charge psychomotrice auprès de Mme P, la résidente est également suivie par ma maître de stage les mercredis afin de stimuler sa participation lors des toilettes. Ces toilettes thérapeutiques ont été mises en place en réponse aux vécus difficiles exprimés par la résidente lors de ses soins quotidiens.

Au début de ce suivi spécifique, la psychomotricienne devait s'engager corporellement pour conduire la résidente à se laver l'ensemble du corps et éviter qu'elle ne persiste sur la même zone, oubliant qu'elle l'avait déjà nettoyée. Désormais, l'accompagnement de la psychomotricienne n'est que verbal. La résidente effectue, uniquement lors de ces séances, l'ensemble de sa toilette en autonomie en trente minutes au lieu de quarante-cinq minutes en début de prise en charge.

À ce propos, reprenons les mots de Maintier (2012, p.45), selon qui l'institution peut, involontairement, renforcer la dépendance de la personne âgée le privant « de gestes du quotidien qui assuraient un investissement de soi ». Dans ce sens, le fait que Mme P devienne plus actrice de son quotidien, soit ici de ses toilettes, l'a conduit à se recentrer sur son corps et à le stimuler. Elle a ainsi pu le réinvestir progressivement dans sa mise en jeu motrice.

La prise d'indépendance de Mme P lors des toilettes a été permise par l'accompagnement spécifique de la psychomotricienne lors de ces séances, mais également par le travail effectué en amont lors de la prise en charge que j'ai pu proposer à la patiente. En effet, comme nous avons pu le voir, le travail effectué sur l'écoute du corps et son exploration a conduit la résidente à le réinvestir et à le mettre en jeu corporellement.

Toujours dans l'objectif d'amener Mme P à stimuler son autonomie, il était primordial pour moi de la remettre au cœur de sa prise en charge par le choix des médiations

et la liberté de ses mouvements. De cette manière, elle peut continuer à prendre conscience qu'elle est capable d'être actrice de son suivi.

Dans ce sens, Cerioli et al. (2012) ont précisé qu'il était primordial pour le sujet âgé d'être acteur de ses propres mouvements et de sa prise en charge, en collaboration avec le soignant, afin de conserver son identité.

Ma verbalisation des capacités observées chez Mme P influe sur leur conscientisation et la valorisation de la résidente. Mais c'est le fait qu'elle puisse réaliser par elle-même qu'elle est encore capable de faire du yoga indépendamment du corps d'autrui, ou de tricoter alors qu'elle craignait d'en être plus capable, qui va être le plus valorisant pour elle. Cette renarcissisation va conduire Mme P à se réinvestir en tant que sujet acteur de son quotidien et sur son environnement.

En conclusion, tout le travail effectué auprès de Mme P l'a conduite à une prise progressive de son autonomie. En effet, en début de prise en charge, rappelons que la résidente était dépendante du corps d'autrui par son engagement corporel quotidien et les ressentis qu'elle a exprimé à propos des toilettes.

Par le travail progressif autour de son écoute corporelle, la résidente a pu se reconnecter à son corps et le réinvestir. La prise de conscience de ses potentialités a conduit Mme P à être plus active dans son corps. C'est une constatation également rapportée par une partie de l'équipe soignante, celle-ci ayant remarqué qu'elle était plus engagée corporellement par son investissement de l'espace. En effet, Mme P sort plus souvent de sa chambre, se promène en extérieur lorsque le temps le permet, et s'installe dans le hall d'entrée de la structure pour y lire des magazines. Il y a donc une prise d'autonomie chez la résidente bien qu'elle reste globalement dépendante en raison du risque de chute et de ses troubles cognitifs toujours présents.

CONCLUSION

La représentation que l'on se fait de notre corps influence son investissement dans la relation, dans l'espace et dans l'autonomie au quotidien. La conscience corporelle peut être impactée par de nombreux événements, notamment les processus induits par le vieillissement détaillés dans cet écrit. Les sujets âgés résidant en EHPAD peuvent alors présenter un détachement psychocorporel sur lequel le psychomotricien va pouvoir agir.

Ainsi, à travers la présentation de Mme P, nous avons pu constater qu'un travail autour des étapes de la construction du schéma corporel, notamment le stade du corps vécu avec la résidente, est essentiel afin de rétablir la liaison avec son corps. Le travail sensorimoteur permet d'explorer les potentialités corporelles. De cette manière, l'étayage du schéma corporel précise l'image du corps et conduit à une prise de conscience de soi, de la réalité de son corps.

Pour cela, le résident doit pouvoir s'appuyer sur le psychomotricien afin de se sentir dans une relation sécurisée et stable. Le praticien, afin de conduire le patient à se construire corporellement et psychiquement, et faire évoluer la prise en charge, doit être à l'écoute des émotions échangées entre lui et le patient, ainsi qu'être à l'écoute des verbalisations de ce dernier.

La rédaction de ce mémoire m'a fait réaliser l'importance d'être en permanence à l'écoute de ce que le patient peut communiquer tant corporellement que verbalement. En parallèle, il est essentiel de toujours placer le résident acteur de sa prise en charge. Cela lui permet d'être valorisé, de constater qu'il possède toujours des capacités mais aussi qu'il est considéré en tant que sujet, conservant ainsi son identité.

À ce propos, c'est ma propre identité de psychomotricienne qui a pu se construire au travers de ce stage. J'y ai notamment appris à être à l'écoute de mes propres ressentis et, en retour, à prendre du recul sur mes observations et mon vécu.

En effet, mon expérience en gériatrie a fortement attiré mon attention sur la vieillesse, la valeur de la vie et le rapport au corps vieillissant tant par les sujets âgés que par l'équipe soignante et moi-même. En EHPAD, en tant que soignants, nous sommes confrontés à la fin de vie. Nous prenons conscience de notre propre finalité et nous nous projetons plus ou moins consciemment sur notre dernier pan de vie. Personnellement, cette confrontation a été

difficile les premiers mois de stage. Cela m'a vraiment fait violence, me laissant parfois envahir par mes émotions. Je suis progressivement parvenue à prendre du recul sur ces dernières et à les analyser. Désormais je m'appuie sur elles afin d'être au plus près des besoins et désirs des résidents.

Cette confrontation quotidienne à la vieillesse peut faire peur à l'ensemble de l'équipe soignante. Involontairement pour se défendre, elle peut mettre à distance le corps vieillissant du résident, le considérant uniquement comme un objet de soin et le déshumanisant. Ce système de défense peut conduire le résident à désinvestir son propre corps.

C'est dans ce cadre que le psychomotricien peut également intervenir. Dans cet écrit, j'ai développé le travail thérapeutique et rééducatif effectué auprès de Mme P, mais, comme nous avons pu le voir dans la partie théorico-clinique, il est également possible d'assurer un travail éducatif et préventif au sein de l'équipe soignante.

Mais comment le psychomotricien peut-il permettre aux soignants de prendre du recul sur leurs propres émotions, être à l'écoute du résident et le replacer acteur de son quotidien ? Quels outils le psychomotricien peut-il utiliser ? Qu'est-ce que cela implique pour l'équipe médicale ? Ces questionnements pourraient-être à l'origine d'une autre réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2. éd. entièrement refondue). Masson.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.
- Cerioli, M., Joulain, M., Kaempf, S., Maintier, C., Ribadier, A., Romatet, D., Sainjeon-Cailliet, S., & Truptil, A. (2012). Introduction. In M. Personne, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p.7-13). Érès.
- Dolto, F. (1984). Le schéma corporel n'est pas image du corps. In *L'image inconsciente du corps* (p.17-34). Ed. du Seuil.
- Dormia, C., & Feve, S. (2015). Le schéma corporel. In *Psychomotricité auprès de la personne âgée : Fiches d'activités à l'usage du psychomotricien* (p.11-26). Édition Robert Atlani.
- Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée : Réfléchir, agir et mieux vivre*. Presses de l'Université Laval ; Chronique Sociale.
- Korff-Sausse, S. (2014). Le corps vécu et la vie psychique des personnes âgées et des personnes handicapées. In P. Ancet, *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* (p. 15-34). Dunod.
- Lacan, J. (1966). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In *Écrits* (p.93-100). Éditions du Seuil.
- Lahaye, A. (2014). Le corps vieillissant et sa perception par les soignants. In P. Ancet, *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* (p.47-61). Dunod.
- Maintier, C. (2012). Une identité à construire et à conserver. In M. Personne, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p.33-46). Érès.
- Nasio, J.-D. (2007). *Mon corps et ses images*. Payot.

- Pireyre, E. W., & Delion, P. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.
- Ponton, G. (2012). La réorganisation de la conscience du corps. *Thérapie psychomotrice et Recherches*, (169), (130-144).
- Ribadier, A., & Sainjeon-Cailliet, S. (2012). Identité et chute chez la personne âgée. In M. Personne, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p.49-60). Érès.
- Robert-Ouvray, S. (2002). Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et Recherches*, (132), (62-67).
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 1. Concepts fondamentaux* (p.145-177). Solal.
- Winnicott, D. W., Kalamantovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot & Rivage. (Œuvre originale publiée en 1997).

Vu par le maître de mémoire
À Lyon, le 12 mai 2021
Marie Guilloteau, psychomotricienne DE

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Guilloteau', written over a light grey rectangular background.

Auteur : Emma CÉSARI

Titre :
« Mon corps me parle ? » : La prise de conscience corporelle chez le sujet âgé dépendant.

De la représentation de soi vers une plus grande autonomie.

Mots - clés

Schéma corporel – conscience corporelle – vieillissement – institution - autonomie

Body map – awareness body – aging – institution – autonomy

Résumé :

Le vieillissement implique des processus corporels, cognitifs et psychiques impactant la représentation du corps du sujet âgé. À cela s'ajoute l'entrée en institution, le confinement sanitaire et l'attitude parfois inadaptée de l'équipe soignante. Face à tous ces changements, les personnes âgées peuvent présenter un trouble de la conscience corporelle, limitant l'investissement de leur corps.

Dans cet écrit, au travers de la présentation de Mme P, je tenterai d'expliquer comment la prise en charge psychomotrice peut conduire le sujet âgé à reprendre conscience de son corps afin de le remettre en mouvement. Cela lui permettra d'accéder à une plus grande autonomie, limitée chez la personne vieillissante.

Aging involves bodily, cognitive and psychic processes that impact senior body representation. In addition to this, there is the entry into an institution, the lockdown in a health facility and the sometimes inappropriate attitude of the care team. Faced with all these changes, seniors can present a disorder of body awareness, limiting their body use.

In this paper, through the presentation of Mrs. P, I will try to explain how psychomotor care can lead seniors to regain body awareness in order to put the body back into movement. This will allow them to achieve greater autonomy, which is limited in the aging person.