



<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

Le tonus en psychomotricité :
Axe de soin dans l'ouverture au monde d'un patient porteur de
psychose chronique

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

Par : Marie DUBOURGNON

Juin 2021 (Session 1)

N°1624

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

Le tonus en psychomotricité :
Axe de soin dans l'ouverture au monde d'un patient porteur de
psychose chronique

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

Par : Marie DUBOURGNON

Juin 2021 (Session 1)

N°1624

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

Tout d'abord, je tiens à remercier ma maîtresse de mémoire, Laëtitia, pour ses précieux conseils et encouragements. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de l'élaboration de ce projet.

Je remercie également mes différentes maîtresses de stage pour m'avoir transmis leur connaissance du métier. Merci notamment à Anne-Laure et Justine pour leur bienveillance et leur soutien, tout au long de cette troisième année. Merci de m'avoir guidée et d'avoir contribué à forger mon identité de future psychomotricienne.

Je remercie les membres de l'équipe pédagogique et les autres professionnels que j'ai pu rencontrer lors de mes études.

Pour finir, mille mercis à ma famille et mes amies et plus particulièrement Ambre. C, Charlène. L, Claire. C, Elsa. L, Emma. C, Marie. H et Marie. P pour avoir rempli ces trois années de merveilleux souvenirs.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE	3
1 Le tonus.....	3
1.1 Qu'est-ce que le tonus ?	3
1.2 La régulation tonique	4
1.3 La maturation tonico-posturale : l'acquisition de l'axe corporel.....	6
1.4 Tonus et relation : le dialogue tonico-émotionnel	7
1.5 Les différents états toniques et les troubles qui en découlent.....	9
1.6 Les conséquences du vieillissement sur le tonus et la psychomotricité.....	12
2 La psychose	13
2.1 Vers une définition de la psychose.....	14
2.2 Le corps du psychotique : de l'inhibition à la désorganisation psychomotrice... 15	
2.2.1 Répercussions sur le schéma corporel et l'image du corps	15
2.2.2 Impact sur le tonus et la motricité	16
2.3 Un psychisme autocentré, une mise à distance de la relation.....	17
2.3.1 La carapace narcissique	17
2.3.2 Langage d'organe.....	18
2.3.3 Au niveau des habilités sociales.....	19
2.3.4 Le retrait relationnel comme défense face aux angoisses.....	20
2.4 Les effets secondaires des traitements médicamenteux	20
2.5 La catatonie : définition, sémiologie et traitement.....	22
2.6 Le vieillissement et les troubles psychotiques.....	23
PARTIE CLINIQUE	25
1 Présentation du lieu de stage	25

1.1	L'EHPAD gérontopsychiatrique.....	25
1.2	La place de la psychomotricité en gérontopsychiatrie	26
1.3	Ma rencontre avec la population gérontopsychiatrique	28
2	Présentation de Monsieur B	29
2.1	Anamnèse : histoire de vie et parcours de soin.....	29
2.2	Bilan psychomoteur et projet thérapeutique.....	31
2.3	Présentation des ateliers	32
3	Mes observations des séances de psychomotricité	33
3.1	Première rencontre	33
3.2	Une régulation tonique difficile impactant les possibilités motrices	34
3.3	De l'enfermement à l'ouverture posturale.....	36
3.4	Une fragilité narcissique.....	39
3.5	Vers une ouverture relationnelle.....	40
3.6	En conclusion.....	43
	PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....	45
1	Dans une carapace psychocorporelle.....	45
1.1	La carapace tonique et narcissique.....	45
1.2	Des fonctions ambivalentes	46
2	Le tonus pour se réapproprier son corps afin d'entrer en relation.....	49
2.1	Expérimenter les variations toniques pour ressentir ses limites	50
2.2	Mettre en jeu la tonicité axiale pour conscientiser son axe corporel	51
2.3	Tonus et mouvement : une entrée dans la relation.....	52
3	Relation thérapeutique et dialogue tonico-émotionnel	54
3.1	Transferts et contre-transferts	54
3.2	Fonction de contenance du psychomotricien.....	56
	CONCLUSION	59
	BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

Je me trouve devant ce grand bâtiment, seule, j'appréhende. Il s'agit de ma première fois dans le secteur de la géro-psycho-geriatrie. Je ne sais pas ce qui se trouve derrière ces grands murs blancs. Je me souviens de vieux documentaires dépeignant une image négative, morbide des patients résidant dans ce type de structure. Je me souviens également de films fabulant une certaine folie mortifère. Je tente alors de repenser à mes cours, à la théorie, à ce que je connais des pathologies psychiatriques, démentielles et du vieillissement. Cependant malgré ces connaissances, je n'ai jamais été confrontée à la réalité, c'est d'ailleurs sûrement ce qui me fait peur. Il est l'heure. J'entre. Dans un couloir, je rencontre un premier résident. Il semble porter son corps, un corps marqué par le temps et la maladie. Dans son fauteuil, il ne bouge pas. Son dos est courbé, il fixe le sol et ne réagit pas à ma présence. Il me semble sans vie. Dans la pièce à côté, une dame s'écrie « Je ne sais pas où je suis ! Donnez-moi un médicament pour dormir pour toujours ». Ici encore, dans ses paroles, la mort semble présente.

Quelques jours de stage plus tard, je rencontre le premier résident dans sa chambre pour une séance. Il passe celle-ci à me raconter ses voyages dans les pays d'Amérique du Sud tout en jouant des congas dans une vague de vitalité. Plus tard dans la journée, je réalise le bilan psychomoteur de la seconde résidente, celle-ci profite de ce temps pour partager des anecdotes sur sa vie sur le ton de l'humour. Un point commun entre ces deux situations est la relation. Par celle-ci, j'ai pu véritablement les rencontrer. Elle nous a animé, nous a porté les uns comme les autres dans un souffle de vie. J'ai découvert leurs personnalités, leurs façons d'être en mouvement, d'être en lien. Sans la relation, mes premières images resteraient les seules inscrites dans mon esprit.

Or, j'ai également rencontré un patient, Monsieur B porteur d'une psychose chronique, pour qui le rapport à son corps est différent. Sa posture recroquevillée réduit les possibilités de relation au monde qui l'entoure, l'enfermant dans une carapace, immobile presque inerte. J'en viens à me questionner sur le rapport qu'il entretient avec son environnement en raison de son immobilisme. Je me rends rapidement compte qu'il m'est nécessaire d'être attentive à ma propre posture, à mon langage corporel afin de réussir à interagir avec lui. Je me

demande également comment aider Monsieur B à s'ouvrir à la relation pour revivre son corps dans le mouvement.

Jolivet décrit la psychomotricité comme « une motricité de relation » (Carric, 2001, p. 145). Dans cette discipline, le lien entre le corps et la psyché est au premier plan, c'est d'ailleurs le tonus relie ces deux sphères. Cet item psychomoteur est un point central de la prise en soin avec Monsieur B. Je remarque qu'il est mis en jeu dans chacune des activités que ma maître de stage (que je nomme Julie) et moi lui proposons ainsi que dans chacune de nos interactions. Mais alors quel est le rôle de la tonicité dans la prise en soin de Monsieur B ? Et plus largement, comment la mise en jeu du tonus en psychomotricité peut-elle favoriser la transition d'un enfermement postural à une ouverture relationnelle dans un contexte de psychose vieillissante ?

Dans une première partie théorique, je développerai la notion de tonus dans le développement psychomoteur d'un individu. J'évoquerai par la suite, la pathologie psychotique afin de comprendre certaines de ses mises en jeu psychocorporelles.

Ensuite, dans une seconde partie clinique, après avoir discuté du contexte de l'institution dans laquelle je réalise mon stage, je vous présenterai Monsieur B, un adulte vieillissant atteint de psychose chronique. J'évoquerai mes différentes observations et hypothèses cliniques à propos des séances de psychomotricité réalisées avec lui.

Enfin, en m'appuyant sur les deux parties précédentes, dans une réflexion théorico-clinique, je discuterai de la prise en soin psychomotrice de Monsieur B et notamment de l'apport du tonus dans celle-ci.

PARTIE THÉORIQUE

1 Le tonus

Véritable toile de fond du mouvement, miroir des émotions et élément incontournable dans l'organisation de la vie relationnelle du sujet, le tonus occupe donc une place centrale dans le développement psychomoteur de l'individu (Pujilet, 2009, p. 2).

1.1 Qu'est-ce que le tonus ?

De façon générale, Vulpian (1874) définit le tonus comme « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent » (Scialom et al., 2011, p. 145). Il existe différents niveaux toniques coexistant chez l'être humain.

Le tonus de fond (également appelé tonus de base) est l'état de tension des muscles au repos. Il est involontaire et peut varier en intensité. Cet état est permanent, il gère notamment la respiration appelée parfois tonus pneumatique. Cette contraction musculaire isométrique permet la cohésion corporelle des différents segments du corps. Par cette activité tonique minimale, le tonus prépare, oriente et soutient le mouvement.

Le tonus postural ou de soutien correspond à l'état de tension minimale permettant au corps de maintenir une position dans un état d'équilibre et contre la pesanteur. Il est lié à l'état de vigilance, c'est-à-dire qu'il fluctue suivant le niveau de vigilance. Un état d'hypervigilance entraîne une augmentation tonique et un redressement postural. À l'opposé, en état de sommeil, le tonus s'abaisse et les muscles se relâchent.

Enfin, le tonus d'action est décrit par Carric (2001, p. 190), comme l'ensemble des « degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice ». Cet état tonique est nécessaire et indispensable pour permettre le mouvement.

Au niveau physiologique, Pireyre (2015) explique que l'ensemble des muscles est impliqué dans le tonus. Cependant, les muscles extenseurs responsables du système antigravitaire et donc de la posture, sont les plus sollicités. Le tonus est contrôlé par le système nerveux central grâce à la boucle du réflexe myotatique. Le tonus d'action est volontaire, sous commande motrice. À l'inverse, le tonus postural est involontaire, telle une réaction réflexe. En parallèle de l'action du système nerveux central, l'élasticité du tissu musculaire rend possible la contraction.

1.2 La régulation tonique

L'approche de Bullinger (2007) permet de comprendre les différents types de régulation du tonus à travers le développement de l'enfant. Il distingue quatre mécanismes de régulation de l'état tonique.

Le premier mécanisme de régulation est celui des niveaux de vigilance. Le nouveau-né expérimente différents états de conscience au quotidien, du sommeil profond à l'éveil agité. Chacun de ces états renvoie à un état tonique stable. Ce mode primaire de régulation « associe l'état tonique à un contrôle des échanges sensori-moteurs et cognitifs avec le milieu » (Bullinger, 2007, p. 35). L'enfant peut passer d'un état à l'autre sans transition influençant l'environnement externe. Par exemple, dans le sommeil profond, le bébé présente un niveau tonique bas et ne réagit que peu aux stimulations externes. À l'inverse, lorsque l'enfant est éveillé et agité, le tonus est élevé signalant à l'autre un besoin particulier. Enfin, le nourrisson peut présenter un tonus adapté à la relation dans un état d'éveil calme. Il est possible de retrouver ce mécanisme archaïque dans la clinique adulte, si les mécanismes décrits ci-après ne fonctionnent plus.

Le second mécanisme de régulation concerne le contrôle des flux sensoriels. Bullinger (2007) énumère différents flux sensoriels : le gravitaire, le tactile, le visuel, l'auditif et l'olfactif. Le système sensoriel du nourrisson reçoit des stimulations de ces différents flux de façon continue. En réponse à la perception d'une variation d'un flux, des réactions d'alerte se mettent en place. En réaction à cela, un changement tonico-postural a lieu, sollicitant la fonction proprioceptive. Un premier sentiment d'unification corporelle se

créée. Ce système de régulation est exigeant car il requiert une activité permanente et ne permet pas de diriger l'attention vers l'extérieur : la relation est égocentrée.

Le troisième type de régulation tonique entre en jeu : ce sont les interactions avec le milieu humain. « Le dialogue sensori-moteur avec le porteur permet de métaboliser la tension accumulée et de donner du sens aux états toniques » (Bullinger, 2007, p. 79). Dans la relation, le porteur, par l'adaptation de son portage contenant et de ses mots, donne sens aux variations toniques du bébé. Par la répétition et l'ajustement tonico-émotionnel de l'échange avec le milieu, l'enfant acquiert une certaine stabilité même en dehors des variations toniques. Cette étape de la régulation permet une première entrée dans la représentation.

La possibilité représentative émerge alors comme dernier mode de régulation tonique. Par le décalage dans la rythmicité des interactions sensorimotrices entre le milieu et l'enfant, ce dernier devient capable de reconnaître ses sensations internes et externes. Il peut par la suite anticiper ses réactions face aux stimulations sensorielles et entrer dans un ajustement tonique indépendant. Sa connaissance de soi et sa compréhension de l'environnement se développent. Il adapte son tonus de façon adaptée.

Une défaillance de ces processus de régulation peut conduire à des variations toniques incontrôlées voire à des troubles du tonus entravant les expérimentations futures du bébé. Ils sont donc essentiels pour soutenir le développement de l'activité psychique et motrice de l'enfant.

À tout temps de sa vie, même à l'âge adulte, l'individu est confronté à des changements toniques nécessitant une certaine régulation. Des sollicitations externes comme la température ou interne comme l'émotion influencent et modifient l'état tonique du sujet. Ces mécanismes de régulation tonique entrent donc en jeu tout au long de la vie d'un individu.

1.3 La maturation tonico-posturale : l'acquisition de l'axe corporel

La maturation tonique est un véritable soutien du développement psychomoteur. Au commencement, dans les six premiers mois de sa vie anténatale, le bébé est en hypotonie globale. Il est immature neurologiquement. Il se retrouve dans une posture d'enroulement axial, contenu par les parois utérines. Progressivement et notamment par l'appui-dos avec l'utérus, une hypertonie segmentaire apparaît à partir du septième mois de grossesse. Robert-Ouvray (2014) appelle cet état la bipolarité tonique innée. Le bébé rassemble alors ses membres vers son tronc tout en conservant une hypotonie axiale. Vient alors la naissance de l'enfant. Potel (2019) évoque deux lois soutenant le développement tonique. Tout d'abord, la loi céphalo-caudale (augmentation du tonus du haut vers le bas) permet le développement tonique de l'axe corporel. En même temps, le tonus de l'enfant est soumis à une deuxième loi appelée la loi proximo-distale. Le tonus se développe dans un premier temps au niveau du tronc puis au niveau périphérique. Par ces deux lois, le bébé commence alors par tenir sa tête vers deux mois. Vers ses six mois, il peut tenir assis. La station debout est acquise vers huit mois. Enfin, la marche se développe entre dix et dix-huit mois.

Potel (2019) insiste sur l'importance et le rôle primordial des expériences de portage que l'enfant vit dans les premiers mois de sa vie. Celles-ci permettent au nourrisson de continuer d'expérimenter l'enroulement qu'il vivait lors de sa vie intra-utérine.

La tonicité axiale [...] dépend de la qualité de l'adossement que l'enfant va trouver contre le corps de sa mère, de son père. Un adossement de contact (toute la structure du corps est concernée, peau, muscles, os) qui donne des appuis ; un adossement « sensoriel » dans le regard, la voix (Potel, 2019, p. 121).

De la qualité des enroulements vécus par le nourrisson dépend la qualité de son redressement futur. Puis grâce à la maturation neurologique et au développement de la régulation tonique, le tonus s'harmonise progressivement. La maturation tonique vient alors soutenir les différentes acquisitions du développement psychomoteur de l'enfant. Ce dernier intègre son tonus axial petit à petit. Il se redresse, peut vivre la verticalité et intégrer son axe vertébral. Une ouverture au monde qui l'entoure s'offre à lui : par le regard avec la tenue de

la tête, la préhension avec la station assise, le déplacement avec le rampé et plus tard la marche. L'enfant s'autonomise et devient acteur de son corps et de son environnement.

Bullinger (2007) décrit le développement postural en lien avec l'intégration tonique. Pour lui le bébé a un répertoire de posture de base classé en deux groupes : les postures symétriques et les postures asymétriques. Les postures symétriques, soit l'hypotonie axiale et l'hypertonie segmentaire, décrites dans le paragraphe précédent, sont le support du redressement postural. L'auteur insiste sur l'importance du tonus pneumatique en lien avec la respiration. Celui-ci permet de rythmer et d'acquérir le redressement. Les postures asymétriques reflètent, quant à elle, une répartition hétérogène du tonus comme par exemple, la posture d'escrimeur. L'enfant est plus tonique du côté où il tourne sa tête, le bras est levé en extension. L'autre côté de son corps présente un tonus moins élevé. La main du côté tonique lui servira plutôt d'appui ou dirigera les conduites de pointage. L'autre main sera plutôt utilisée pour la préhension et le geste fin. Cette posture asymétrique permet à l'enfant d'intégrer son axe corporel et de coordonner progressivement son côté droit et son côté gauche. L'enfant vit au fur et à mesure différentes expériences de redressement ainsi que de rotation des ceintures scapulaire et pelvienne. Celles-ci sont étayées par l'orientation du regard dans les premières expériences de préhension. Ces expériences facilitent la transition d'une posture symétrique à asymétrique compliquée par l'hypotonie axiale initiale du bébé.

Par cette intégration de l'axe corporel, le tonus devient le soutien du mouvement. Les premiers schèmes moteurs et les premières coordinations s'organisent autour de cet axe. La maturation et l'intégration tonique permettent au bébé de développer ses expériences motrices que ce soit au niveau de la locomotion ou de la préhension. L'enfant n'est plus passif mais devient acteur de sa motricité. Bien qu'elle soit d'abord réflexe, elle devient volontaire et le tonus immature devient harmonieux.

1.4 Tonus et relation : le dialogue tonico-émotionnel

De Ajuriaguerra (1985) étudie le rôle fondamental du tonus comme support de la relation. Il démontre également l'idée d'un lien entre les états toniques et affectifs du bébé. Pour lui, les réactions tonico-émotionnelles du bébé permettraient un premier dialogue avec la mère avant l'apparition des interactions verbales. Il introduit alors le terme de dialogue

tonico-émotionnel impliquant les notions d'assimilation et d'accommodation entre le corps maternel et celui de son enfant.

Robert-Ouvray (2014) explique que dans le lien avec sa mère, les variations toniques du nourrisson prennent tout leur sens. Comme évoqué précédemment, le bébé alterne entre des périodes d'hypertonie intensifiant la posture d'enroulement de l'enfant et des périodes d'hypotonie. Par l'état de tension, l'enfant signale le besoin. Face au stress, il entre dans une posture de fermeture comme un appel au secours car il n'a pas la maturité de se satisfaire lui-même. À l'opposé, l'état d'hypotonie témoigne de la satisfaction du besoin. L'apaisement tonique s'accompagne d'un sentiment de détente chez l'enfant, qui relâche ses muscles. Il s'agit d'un premier dialogue avec la mère.

Ces états toniques habitent l'ensemble du corps et de la psyché naissante de l'enfant. Ils se reflètent au niveau de son axe, de ses mimiques et de ses sons permettant à la mère de reconnaître les signes d'appel. Par la suite, elle interprète et répond plus justement à ces signaux, notamment en modifiant son propre tonus.

En accordant le rythme, la forme, l'intensité de sa prosodie, de ses gestes, de ses pressions, de ses regards à ceux du bébé, la personne qui s'en occupe se comporte comme un miroir sensoriel de ses mises en forme toniques (Livoir-Petersen, 2009).

Par cette réponse adaptée, le bébé reçoit un retour de son propre état tonico-émotionnel. Cet échange avec l'autre permet donc au bébé de mettre du sens sur sa motricité et d'entrer dans la communication.

Les premières interactions mère-enfant sont un véritable soubassement du dialogue tonique. Potel (2019) évoque l'importance de l'espace intra-utérin. Celui-ci permet par le contact avec le bébé de contenir ses mouvements en l'enrichissant de sensations tactiles. Après la naissance, le portage maternant remplace l'enveloppe protectrice de l'utérus. Il vient étayer la formation du tonus de fond de l'enfant. Ce portage, aussi appelé *holding* par Winnicott, est un tout psychocorporel et se répercute directement sur l'état tonique du nourrisson. Il décrit également le *handling* étant comme la manière dont l'enfant est manipulé et soigné par sa mère. Celui-ci a aussi un rôle dans le développement du dialogue

tonique. La mère protège, apaise et répond aux besoins primaires de son bébé. Il peut alors percevoir ses changements émotionnels par le ressenti tonique que sa mère lui procure. Par cet ajustement corporel la mère apprend à connaître son enfant.

Comme décrit précédemment, le dialogue tonico-émotionnel permet l'acquisition d'un tonus axial et donc le redressement ainsi que le passage d'une motricité réflexe à une motricité volontaire. Par ailleurs, le portage permet le développement affectif de l'enfant notamment par la mise en place des conditions d'accordage. Cet échange est un mode de communication infra-verbal étayant la mise en place des premiers liens d'attachement. Par ailleurs, les interactions précoces de l'enfant à son environnement assurent la continuité d'existence. Au début de ce dialogue tonique, l'enfant et la mère se confondent dans leurs ressentis corporels. Puis au fur et à mesure des échanges, cette fusion s'atténue et laisse place à l'appropriation de l'enfant de ses propres sensations. Il peut alors commencer à différencier le dedans et le dehors. Il se différencie ensuite de son environnement et donc de sa mère comme une personne à part entière.

Enfin, Livoir-Petersen (2009, p. 96) ajoute l'idée que le dialogue tonico-émotionnel est « un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âmes ». Par l'échange émotionnel et corporel qu'il permet, il participe également à la construction psychique et affective de l'enfant.

1.5 Les différents états toniques et les troubles qui en découlent

En tant que psychomotriciens, nous sommes constamment amenés à évaluer le tonus, véritable indicateur de l'état psychocorporel du patient. Il existe différents troubles du tonus s'appuyant sur les états toniques. Tout d'abord, il est nécessaire de savoir reconnaître un tonus adapté et harmonieux. Dans cet état, le corps a suffisamment de tension pour alimenter un sentiment de cohésion corporelle, le maintien d'une posture et le déroulement d'une action sans difficulté.

Cependant, il existe des niveaux de tensions extrêmes pouvant concerner une partie du corps ou sa globalité. Ses états présents à la naissance peuvent apparaître et disparaître tout au long de la vie de l'individu. Robert-Ouvray (2010) explique que ces variations toniques peuvent avoir pour fonction de ressentir son corps, ses limites ou encore se protéger contre

des potentielles menaces internes comme externes. Le tonus a donc un rôle dans la construction de l'image du corps et de l'enveloppe corporelle, responsables du sentiment d'unité et d'identité de l'individu. Ces états toniques deviennent pathologiques lorsqu'ils perdurent dans le temps entravant les capacités psychomotrices du sujet.

Comme décrit précédemment, l'hypotonie est la conséquence d'une diminution de la tonicité musculaire. Au niveau physiologique, elle est décrite comme « une diminution de la résistance du muscle à son allongement passif » (Pireyre, 2015, p. 103). Celle-ci présente au niveau axial chez tous les nouveau-nés à la naissance, du fait de leur immaturité neurologique, disparaît progressivement. L'hypotonie pathologique peut entraîner un manque de force musculaire lors de la réalisation de coordinations motrices chez un individu. Ses mouvements peuvent être ralentis demandant un recrutement tonique important. Le maintien d'une posture dans le temps est également coûteux en énergie. De ce fait, le sujet est vite fatigable. À cela peuvent s'ajouter des difficultés communicationnelles et relationnelles de par l'importance du tonus dans les interactions environnementales et avec ses pairs.

À l'opposé se trouve l'hypertonie résultant d'une augmentation excessive de la tonicité. Il s'agit ici d'une « augmentation de la résistance du muscle à son allongement passif » (Pireyre, 2015, p. 103). L'hypertonie chronique peut elle aussi devenir pathologique. Par ailleurs, elle peut être induite par des traitements médicamenteux que nous détaillerons lors de la partie psychose. Cet état se reflète au niveau corporel par un corps perçu comme rigide, manquant de souplesse. Les motricités, globale et fine, sont difficiles et coûteuses en énergie, impactant chaque activité de la vie quotidienne. Il est également possible d'observer des déséquilibres posturaux. En effet, une hypertonie prolongée peut entraîner des rétractions musculaires et des déformations corporelles, se répercutant sur l'équilibre. En outre, étant donné le lien étroit entre le tonus et les émotions, l'anxiété chronique peut aggraver voire induire une hypertonie chez un sujet. Ces deux états toniques, lorsqu'ils deviennent pathologiques, mettent à distance l'autre et par la même occasion entravent la relation. Ils s'associent souvent à des altérations de la relation à son corps pouvant modifier l'image corporelle.

En outre, Pireyre (2015) décrit d'autres types de troubles du tonus. Il décrit tout d'abord, les paratonies comme une anomalie de contraction musculaire : le muscle entre en contraction au lieu d'entrer en relâchement malgré la commande volontaire du sujet. Il se retrouve alors dans un état de contraction permanente induisant une attitude catatonique, que nous définirons précisément dans la prochaine partie. L'auteur cite les différents types de paratonies décrites à l'origine par De Ajuriaguerra (1974). Les paratonies dites normales sont présentes chez l'enfant de façon plus au moins précoces. Les paratonies subnormales de situation peuvent être retrouvées chez un individu confronté à une situation nouvelle. Enfin, les paratonies subnormales de prestance entraînent un éloignement du contact et de la relation et un repli sur soi. Elles témoignent d'une recherche de contenance ou d'une défense face à un vécu psychocorporel angoissant.

Ensuite, l'auteur décrit les syncinésies révélatrices du tonus d'action. Il s'agit de mouvements involontaires ou d'une augmentation tonique qui apparaissent lors de la réalisation consciente d'un geste. Il affirme qu'il en existe deux types : les syncinésies de diffusion tonique et les syncinésies de diffusion tonico-cinétique. Les premières correspondent à une augmentation tonique d'une partie ou de la totalité du corps. Les secondes sont une mise en mouvement par imitation du geste. Elles sont toutes deux présentes naturellement chez l'enfant jusqu'à ses six à dix ans environ. Au-delà, elles peuvent être considérées comme pathologiques.

Les différentes formes de tonus ainsi que leurs vicissitudes, hypertonie, hypotonie, paratonies et syncinésies sont reliées aux émotions et au développement psychomoteur, sont impliquées dans la relation du bébé avec son environnement et sont inscrites, probablement comme des sortes de traces d'une époque lointaine – celle dit de l'archaïque –, dans le corps de l'adulte (Pireyre, 2015, p. 112).

Le tonus est donc le pont reliant le corps et la psyché, ce qui fait de lui une partie intégrante des prises en charge psychomotrices.

1.6 Les conséquences du vieillissement sur le tonus et la psychomotricité

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (2021), le vieillissement est un « processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps ». L'arrivée dans la vieillesse se ferait à l'âge de soixante-cinq ans. Pourtant le docteur Hugueux (2005) affirme que « devenir vieux est une notion individuelle et une affaire personnelle » (Juhel, 2010, p. 6). Juhel (2010) ajoute que ce processus normal et unique permet à l'être humain de se rendre compte de ses limites et de les intégrer à son identité. Il évoque la notion de perte et d'acquisition pour finir avec la sagesse généralement associée au vieillissement.

Par ailleurs, l'individu est un être bio-psycho-social. Son vieillissement est aussi associé à ces trois domaines. Cette évolution progressive est mise en jeu tout au long de la vie de l'individu. Je vais ici m'intéresser aux modifications psychomotrices et notamment l'impact du vieillissement sur le tonus de l'individu. Par ailleurs, au niveau pathologique, je vais me concentrer sur le vieillissement des troubles psychotiques.

Le vieillissement entraîne différentes modifications physiques se répercutant directement sur l'état tonique, postural et moteur de l'individu. Juhel (2010) décrit une diminution marquée du tonus musculaire via le phénomène de sarcopénie. D'après le professeur Cherin (2011), la sarcopénie correspond à la perte progressive de la masse, de la force et une altération de la qualité musculaire. En outre, une raideur articulaire témoignant d'une perte de souplesse et d'une atrophie des tissus osseux se produit lors du vieillissement. L'individu doit alors recruter un tonus musculaire plus important pour se mouvoir provoquant plus rapidement l'arrivée de la fatigabilité. Par ailleurs, l'affaiblissement de la force musculaire se répercute également sur les muscles respiratoires. Le sujet s'essouffle plus rapidement témoignant d'un affaiblissement du tonus pneumatique. Cette répercussion au niveau des muscles conduit à des troubles de la régulation tonique. Lorsque l'individu exécute un mouvement, les contractions du muscle nécessaires sont soit trop fortes soit trop faibles.

Lors de l'avancée en âge, le sujet peut également perdre la sensibilité cutanée entraînant un impact sur la proprioception. Le Métayer (2018, p.75) dans une définition de la proprioception précise qu'il s'agit des « sensations incluant le sens de la position des membres et des mouvements, la sensation d'allongement ou de force, le sens de l'effort et le sens de l'équilibre ». L'altération de cette voie sensitive a directement des répercussions sur la posture et la motricité en générale. Par ailleurs, au niveau postural, différents changements s'opèrent. La taille des corps vertébraux diminue entraînant une déviation de la colonne et donc une modification de l'axe corporel. La cyphose dorsale ainsi que la lordose lombaire augmentent. Ces changements corporels provoquent une modification de l'image du corps du sujet.

Toutefois, malgré la diminution du tonus musculaire et du maintien postural, l'individu vieillissant conserve la capacité de se mouvoir.

2 La psychose

L'Organisation Mondiale de la Santé (2021) décrit la bonne santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne parvient à établir un équilibre entre sa vie physique, psychologique, sociale, spirituelle et économique. Elle peut alors s'adapter à toutes les situations et vivre dans le présent sans être affectée par des blessures passées. L'individu est capable d'éprouver du plaisir dans la relation aux autres et dans la vie en communauté. Cette définition renvoie à une structure binaire de la santé mentale comme bonne ou mauvaise. Jean-Louis Feys (2017) dans un de ses articles, remet en cause l'existence d'une classification des troubles mentaux. Il évoque notamment la métaphore du cristal de Freud (1993). Pour lui, chaque individu présente une structure du psychisme préalablement définie. Lors d'une décompensation, ou lorsque le cristal se brise dans la métaphore, le sujet décompense selon son mode de structure psychique. La pathologie révélerait alors une structure sous-jacente. Il évoque alors trois pôles d'organisation du psychisme : la névrose, les états-limites et la psychose. Nous nous intéresserons seulement à la psychose dans ce mémoire.

2.1 Vers une définition de la psychose...

Au fil du temps, la psychose a connu différentes définitions selon le courant et la profession de l'auteur. Des auteurs plus contemporains parlent aujourd'hui de pathologies psychotiques regroupant plusieurs types de troubles.

Le terme de psychose était autrefois décrit comme une perte de contact avec la réalité pouvant conduire à des troubles importants avec une mise en danger de soi ou d'autrui. Plus récemment, Juillet (2000) évoque également l'altération du contact avec la réalité comme prédominant dans les troubles psychotiques. Celle-ci peut se traduire par des idées délirantes ou des hallucinations. Il ajoute que cette structure pathologique affecte le sentiment de soi et désorganise la personnalité. Le sujet n'a peu ou pas conscience de son trouble. Sa relation avec l'environnement est altérée conduisant parfois à l'isolement ou à l'impression d'étrangeté. En effet, il présente des difficultés à maintenir l'équilibre entre les différents aspects de sa vie, à s'adapter aux situations qu'il rencontre ainsi qu'à entreprendre une vie en communauté.

Juillet (2000) précise la variabilité du tableau clinique entre chaque patient. En outre, la cinquième édition du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder (DSM-V) (2015) regroupe dans les troubles psychotiques : le trouble délirant, le trouble psychotique bref, le trouble schizophréniforme, la schizophrénie, le trouble schizoaffectif ainsi que les troubles psychotiques induits par une substance ou une affection médicale. En lien avec ma clinique, je vais décrire plus précisément la schizophrénie ainsi que le trouble schizoaffectif. Bien qu'une période minimale des symptômes soit nécessaire pour établir leur diagnostic, ils peuvent se chroniciser impliquant un changement durable et profond de la personnalité. La clinique schizophrénique regroupe les symptômes suivants : des idées délirantes (pensées erronées et figées qui ne changent pas face à des preuves la contredisant), des hallucinations, un discours désorganisé et incohérent, un comportement désorganisé ou catatonique, des symptômes négatifs reflétant la perte ou la réduction de certains comportements comme l'aboulie (l'absence ou la diminution de la volonté) ou la diminution de l'expression émotionnelle. Le trouble schizoaffectif reprend le même tableau clinique mais y ajoute un épisode thymique dépressif ou maniaque.

2.2 Le corps du psychotique : de l'inhibition à la désorganisation psychomotrice

Comment la psychose se reflète-elle dans le corps du sujet ? La variabilité du tableau clinique renvoie à une large possibilité de répercussions psychomotrices. Cependant, en lien avec ma clinique, je vais me concentrer sur les conséquences entraînant l'inhibition ainsi que la désorganisation de l'individu psychotique.

2.2.1 *Répercussions sur le schéma corporel et l'image du corps*

Les troubles de l'image du corps et du schéma corporel sont centraux dans la sémiologie psychotique. Le schéma corporel est défini par De Ajuriaguerra (1974) :

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. (Pireyre, 2015, p. 39).

D'origine neurologique, cette représentation plus ou moins consciente du corps dans l'espace est la même pour tous et se construit au fil des expériences quotidiennes. En s'appuyant sur cette définition, Dolto (1984), définit l'image du corps. Celle-ci de nature inconsciente, est propre à chaque individu. Elle constitue un résumé de l'historique des expériences émotionnelles vécues par le sujet. Il s'agit donc de la perception de notre corps permettant de se différencier du monde extérieur. Pour mettre en lien ces deux notions, elle ajoute que « le schéma corporel, lieu du besoin qui constitue le corps dans sa vitalité organique, se croise à l'image du corps, lieu du désir » (Dolto, 1984, p.39).

En outre, Lacan (1966) dans son concept de *stade du miroir*, explique que l'enfant anticipe la perception de son image avant d'avoir la maîtrise de son schéma corporel. Sans cette première perception, le sujet perçoit son corps de façon morcelé menaçant le sentiment d'unité corporelle. Chez le patient psychotique, le corps est ressenti comme dissocié traduisant une destruction de l'image du corps. En effet, Anzieu (1974/1995) parle, quant à

lui, d'un corps propre qui n'a pas pu être différencié du monde et des objets extérieurs. La peau du sujet psychotique n'est pas investie comme une limite et une protection entre l'intérieur et l'extérieur. Toutes stimulations peuvent entrer et sortir sans contrôle du sujet provoquant une grande angoisse. Des hallucinations corporelles tactiles peuvent apparaître. Il s'agit de la résurgence d'éléments corporels dans le monde extérieur. Elles viennent modifier, transformer voire amputer l'image corporelle. Le vécu corporel est alors falsifié. Dans ces troubles, se retrouve le phénomène de dépersonnalisation qui est un sentiment de perte de l'intégrité corporelle avec des limites floues. S'ajoute à cela un sentiment d'étrangeté du corps avec des modifications du vécu corporel. Enfin, chez les sujets psychotiques il est possible de retrouver des états hypocondriaques où le patient interprète chacune de ses sensations corporelles comme pathologique. Il est également possible de rencontrer des patients projetant leur enveloppe psychique dans l'environnement. Par exemple, la chambre devient le contenant solide et matériel de son enveloppe poreuse, perméable.

Par ailleurs, la dissociation de l'image du corps couplée à la destruction du schéma corporel entraîne une perte de la relation. Le sujet, par le vécu de son corps sans limite, n'est plus capable de se différencier d'autrui.

2.2.2 Impact sur le tonus et la motricité

Le tonus, décrit plus précisément dans la première partie de la théorie, permet de se mouvoir mais également de traduire dans le corps, les états psychologiques, affectifs et émotionnels vécus par le sujet. Dans la psychose, l'hypertonie est fréquente et souvent augmentée par l'action des neuroleptiques. Cette hypertonie peut être une tentative de lutte contre la sensation de déformation et de morcellement corporel. Par son tonus élevé et ses difficultés de modulation tonique, l'individu psychotique peut se constituer une véritable armure musculaire. Pireyre (2015) émet l'hypothèse que cet état tonique serait une forme de défense. La rigidité corporelle et posturale agirait comme un mécanisme de défense face à des vécus de morcellement, liquéfaction voire de démentellement. En effet, le sujet psychotique n'a peu, voire pas, conscience du dedans et du dehors. Son enveloppe psychocorporelle est poreuse.

Ces troubles toniques influencent la posture qui se retrouve peu adaptée à l'environnement social et peuvent engendrer un sentiment de bizarrerie. En outre, certains patients peuvent avoir une attitude voûtée entraînant la diminution de leur motricité. Les mouvements sont limités, disharmonieux, raides et peu efficace. Le sujet psychotique manque d'ancrage et peut perdre l'équilibre facilement notamment à cause de l'absence de sensation de son axe corporel. Par ailleurs, les mimiques dans la psychose, sont discordantes et stéréotypées exprimant un engagement artificiel du corps dans l'action et la relation.

Dans un article, les chercheurs psychiatres Morrens, Hulstijn et Sabbe (2007) décrivent le ralentissement psychomoteur présent dans cette pathologie psychiatrique. En plus de sa composante motrice, des aspects psychiques et langagiers sont retrouvés. Les sphères de la perception et de la cognition impliquées dans la planification et l'exécution des mouvements sont touchées ainsi que les capacités intellectuelles. Les praxies sont désorganisées traduisant de la segmentarisation du corps.

2.3 Un psychisme autocentré, une mise à distance de la relation

Par sa motricité limitée ainsi que ses difficultés de différenciation, le sujet psychotique tend à mettre l'autre à distance dans la relation. Celle-ci se retrouve mise en retrait car provocatrice d'angoisse.

2.3.1 *La carapace narcissique*

En plus de la possibilité d'une carapace tonique, Freud (1915) cité par Brun (2014) décrit le blocage de l'individu psychotique dans son narcissisme primaire défaillant. Pour expliquer ce concept, il est nécessaire de décrire les processus de narcissisme. Il s'agit d'un état où l'être est capable de se satisfaire en lui-même. Dans le développement de l'enfant, deux périodes se suivent. Tout d'abord, le narcissisme primaire est la période où l'enfant investit la totalité de sa libido sur son propre corps. Il peut alors se sentir unifier, se construire comme un tout. Cela est possible seulement lors des moments où la mère s'absente. Brun (2014) ajoute le point de vue de Winnicott (1971) pour qui le narcissisme primaire ne se construit pas sans la présence de l'autre. Il précise l'importance du rôle de l'environnement ainsi que celui de la mère. L'individu se construit grâce à l'objet et à ses interactions avec

celui-ci. En grandissant, une partie de cet investissement se déplace sur des objets extérieurs, l'investissement du Moi persistant tout de même. Il s'agit du narcissisme secondaire. Il peut petit à petit se différencier de l'autre.

Dans les psychoses, ce processus est défaillant, la libido se retire de l'objet et se concentre sur le Moi donc sur l'individu. Le sujet se retrouve enfermé dans un narcissisme primaire. Il ne se différencie pas de l'objet et n'arrive pas à s'en détacher. Il se sent menacé dans son intégrité lorsqu'il s'adresse à lui. En conséquence, il se replie dans un sentiment de toute puissance. La relation à l'autre ne peut donc pas s'établir. En effet, l'individu ne se perçoit pas comme un être entier et unique. Le lien qu'il entretient avec son environnement est flou entraînant la confusion des limites. De par ses processus défaillants, le sujet psychotique peut se replier dans une carapace narcissique au niveau du psychisme ainsi que dans une carapace tonique au niveau corporel.

2.3.2 *Langage d'organe*

Chaperot et Celacu (2010) reprennent les idées de Freud (1915) pour décrire le discours du psychotique. Ils amènent le terme de *langage d'organe*. Pour ces auteurs, dans la psychose, les sujets utilisent leurs corps pour construire leur discours. Ils parlent et communiquent via leur corps, leurs expressions corporelles. Chaperot et Celacu (2010) évoquent la théorie de la symbolisation selon Freud (1915) pour expliquer le rapport particulier du corps dans le discours du psychotique. Celle-ci se divise en deux étapes permettant l'accès au langage. Tout d'abord, la symbolisation primaire renvoie aux passages de la perception sensori-motrice à la représentation d'images au niveau visuel. Il s'agit ici d'un processus inconscient de l'appareil psychique. Puis arrive la symbolisation secondaire où la représentation d'image devient la représentation de mots via le langage. Ce processus est préconscient et conscient.

Dans la schizophrénie, la distinction entre ces deux processus est floue, entraînant une représentation de mots traitée comme une représentation d'images. Les mots se confondent avec les images corporelles. Le sujet s'exprime entremêlant langage verbal et corporel. Le corps est utilisé comme un vocabulaire inconnu. Au niveau clinique, le maniérisme, les stéréotypies, l'écholalie ou encore le mutisme témoignent de cette

discordance entre le corps et le psychisme. Se faire comprendre face à l'autre devient alors complexe et nécessite une adaptation de l'interlocuteur.

2.3.3 *Au niveau des habilités sociales*

La psychomotricienne Samantha Antoun (2017) décrit le rôle primordial des habilités sociales dans la relation à l'autre. Elle évoque également les déficits marqués de ces capacités dans la pathologie psychotique.

Tout d'abord, que sont les habilités sociales ? Entremêlant les sphères sociales, cognitives et affectives, elles représentent les comportements verbaux et non-verbaux permettant l'ajustement jugé approprié de l'individu dans la société. Concrètement, les caractéristiques infra-verbales sont notamment les gestes, les postures, le tonus, la tonalité vocale, les expressions faciales et le regard. Ces comportements sont des repères pour le sujet, lui permettant de comprendre l'intention et le sens des messages envoyés par son interlocuteur. Il peut ensuite répondre de façon ajustée en utilisant lui-même des comportements verbaux et non-verbaux socialement adaptés. Concernant le verbal, il s'agit du niveau de langage et notamment du choix du vocabulaire utilisé. L'autrice précise l'importance des émotions dans les habilités sociales. En effet, il s'agit du « canal majeur de communication tout simplement parce que le visage est source considérable de contact à autrui » (Antoun, 2017, p. 9). Ces habilités évoluent avec l'âge et varient en fonction du contexte socio-éducatif et culturel du sujet.

Dans la problématique psychotique, l'individu présente un fonctionnement social plus ou moins déficitaire. Au niveau émotionnel, Antoun (2017) évoque les déficits de reconnaissance et d'expression des émotions du sujet psychotique. Cependant, comme précisé au paragraphe précédent, l'expression tonico-émotionnelle est un des fondements de la communication non verbale et donc par substitution de l'adaptation sociale. Par une mauvaise perception et compréhension de ses propres émotions ou de celles de son interlocuteur, le sujet psychotique se retrouve limité dans ses capacités d'expression. Cette alexithymie peut conduire le sujet à envoyer un message discordant de son ressenti émotionnel. Il peut notamment, par son comportement verbal et infra-verbal, renvoyer un sentiment de bizarrerie. La compréhension conjointe fait défaut. La communication devient

disharmonieuse entraînant des difficultés pour le sujet psychotique à établir des relations sociales et affectives.

2.3.4 Le retrait relationnel comme défense face aux angoisses

L'angoisse du psychotique est liée à un danger de destruction, d'insécurité, de perte de son sentiment d'identité face au monde. Toute relation avec l'autre est perçue comme menaçante. Au contact d'autrui, le sujet psychotique plongerait dans ses détresses archaïques primitives. Les différentes cliniques évoquent de nombreuses angoisses qualifiées d'archaïques : l'angoisse de morcellement, d'effondrement, de liquéfaction, d'intrusion, de chute, ou encore d'anéantissement. L'individu, pour se protéger de ses agonies primitives et éviter la réalisation de ses angoisses, peut se retirer de la relation tant au niveau psychique que corporel. Pour réduire son conflit intrapsychique, il met en place des mécanismes de défense qualifiés d'archaïques également. Par exemple, Chiantaretto (2012), en s'appuyant sur un article de Winnicott (1974), décrit comme organisations défensives : la désintégration, la dépersonnalisation (sensation de perte du sentiment d'être soi, de détachement de son propre corps), le retour au stade du narcissisme primaire ou encore les stéréotypes retrouvées également dans les troubles autistiques. Dans ce même article, Winnicott (1974) évoque l'idée que la pathologie psychotique elle-même serait une organisation défensive face à une angoisse primitive. L'individu mettrait en place, de façon inconsciente, une structure psychotique pour faire face et réussir à vivre malgré une agonie primaire.

2.4 Les effets secondaires des traitements médicamenteux

Kocak et Fagnère (2019) décrivent la prise en charge pharmacologique dans les pathologies psychotiques. La prescription de première intention est la prise d'antipsychotique ou neuroleptique dits atypiques. Ce traitement débute dès le diagnostic de la maladie et continue tout au long de la vie du sujet. Pour certains cas, des anxiolytiques et/ou antidépresseurs peuvent être également prescrits.

La prise d'antipsychotiques entraîne différents effets secondaires se reflétant dans la psychomotricité du patient. En lien avec mon sujet, je choisis de décrire en particulier les effets neurologiques. Il est cependant nécessaire de prendre en compte l'existence d'effets somatiques (digestifs, cardiovasculaires, endocriniens) impactant la vie de l'individu. Dans leur article, les auteurs répertorient des états de somnolence, de confusion voire de sédation. Ils évoquent la possibilité de symptômes extrapyramidaux comme la rigidité, les tremblements, les bradykinésies (ralentissement des mouvements volontaires), la dystonie (contractions musculaires involontaires) ainsi que l'akathisie (impossibilité à rester immobile). Des dyskinésies au niveau de la face et du cou peuvent apparaître. Ce sont des mouvements anormaux se déclenchant involontairement. Par cette prescription pharmacologique, des risques de syndrome parkinsonien sont induits, tels qu'une lenteur et une rareté des mouvements appelées akinésie. Des tremblements de repos ainsi qu'une hypertonie sont aussi présents. Enfin, ces médicaments augmentent le risque de syndrome malin des neuroleptiques. Ce syndrome regroupe les symptômes suivants : pâleur, hyperthermie, altération de la conscience, rigidité musculaire et troubles végétatifs.

Kocak et Fagnère (2019) évoquent également les répercussions de la prise d'antipsychotiques sur la vie quotidienne des patients. Dans un état de fatigue constante, ils peuvent avoir des difficultés dans la prise de décisions ainsi qu'une perte de motivation. Le ralentissement des fonctions physiques (bradykinésie) et celui des fonctions psychiques (bradypsychie) peuvent réduire l'autonomie des sujets. Ceux-ci peuvent donc avoir besoin de l'aide d'un tiers pour réaliser les gestes du quotidien. Cette diminution de capacité psychomotrice peut, cependant, être induite de façon volontaire par la prise de médicament comme une contention chimique pour limiter le risque de passage à l'acte notamment.

Pour conclure, la vie du sujet psychotique est rythmée par la prise de neuroleptiques et affectée par leurs effets iatrogènes. Toutefois, ces traitements sont associés à des prises en charge non médicamenteuses visant à améliorer la qualité de vie des patients. La psychothérapie, l'aide sociale ainsi que la psychomotricité peuvent être bénéfiques pour cette pathologie.

2.5 La catatonie : définition, sémiologie et traitement

La catatonie est aujourd'hui considérée comme un trouble à part entière. Elle peut être associée à un autre trouble mental comme la psychose, la dépression ou encore l'autisme.

Mauras, Marcel et Capron (2016) amènent un certain point de vue de ce trouble. Ils reprennent l'éthymologie du mot catatonie signifiant « sous tension ». En effet, ce trouble entraîne des tensions physiques visibles mais également des tensions psychiques plus discrètes. Les auteurs expliquent qu'un déficit de planification ainsi que de contrôle du mouvement sont retrouvés. Le sujet conserve la capacité de bouger mais ne réussit pas à exécuter un mouvement volontairement. Cependant, sur sollicitation externe, il peut réussir à se mouvoir. En outre, les auteurs évoquent la catatonie comme un moyen primitif de se défendre face à une menace. Comme le décrit également Fricchione (2004) « ce mécanisme de défense peut être l'immobilité qui protège de prédateurs sensibles aux mouvements, voire de « faire le mort » ; ou la fureur, soit dans une authentique confrontation désinhibée, soit dans une tentative d'impressionner plus fort que soi » (Mauras et al., 2016, p. 121).

Pour établir le diagnostic de la catatonie, le DSM-V (2015) évoque l'existence nécessaire d'au moins trois symptômes des douze que je vais décrire. Par ailleurs, Pot et Lejoyeux (2015), psychiatres, précisent certaines caractéristiques de cette affection. Celle-ci d'étiologies multiples, regroupe une symptomatologie motrice, comportementale et affective. Au niveau moteur, le patient peut présenter une stupeur soit l'absence totale d'activité psychomotrice. Il peut être cataleptique et rester longtemps dans une posture induite même inconfortable. Le maintien d'attitudes prises spontanément est également possible. Des phases d'agitation motrice sans but peuvent aussi faire partie du tableau clinique catatonique. La motricité peut également être impactée par des mouvements volontaires atypiques comme des stéréotypies ou du maniérisme. Au niveau comportemental, lors d'une mobilisation de l'examineur, le patient peut résister, on parle alors de flexibilité cirreuse. Il peut aussi présenter un fort négativisme et/ou un mutisme ou encore des comportements répétitifs comme les écholalies ou les échopraxies. Enfin, au niveau du faciès, le patient peut présenter une expression faciale grimaçante.

La prise en charge pharmacologique consiste à la prescription de benzodiazépines en première intention à visée anxiolytique. Si le patient se montre résistant aux médicaments, l'électroconvulsivothérapie peut être indiquée. Il s'agit de séances de sismothérapies réalisées sous anesthésie générale. Le patient reçoit des stimulations par ondes électriques de certaines parties du cerveau afin de provoquer une crise convulsive agissant ainsi sur plusieurs neurotransmetteurs comme la dopamine et la sérotonine. Les séances sont réalisées plusieurs fois par semaine pendant dix à vingt séances environ. Par ailleurs, il existe aujourd'hui une controverse vis-à-vis de l'effet possible des neuroleptiques sur la catatonie. Autrefois, ceux-ci étaient contre-indiqués car le syndrome malin des neuroleptiques, décrit dans la partie précédente, était associé à cette affection. Cependant aujourd'hui, certains auteurs et études contredisent cette association.

2.6 Le vieillissement et les troubles psychotiques

Clément (2010) évoque les retentissements des troubles psychotiques lors de l'avancée en âge. Il s'appuie sur les résultats d'une étude montrant l'évolution de plusieurs patients diagnostiqués psychotiques lors de leur vieillissement. Celle-ci montre les différentes possibilités d'évolution de la psychose lors du vieillissement. Tout d'abord, la rémission quasiment complète est possible pour certains patients. D'autres voient la stabilisation de leurs symptômes. Pour les sujets restant, l'étude démontre une évolution vers des formes plus sévères de la maladie. Elle peut se chroniciser et devenir invalidante avec un envahissement des symptômes conduisant presque inévitablement à l'institutionnalisation. Enfin, l'étude rapporte un décès pour plusieurs patients. En effet, de par les traitements et la qualité de vie de la plupart des patients psychotiques, une mort prématurée causée par des comorbidités comme les maladies cardiorespiratoires ou le suicide est fréquente.

Clément (2010) évoque plus précisément l'évolution des symptômes cliniques. Le délire, les hallucinations ainsi que les troubles du comportement comme l'agitation ou l'agressivité tendent à diminuer en intensité avec l'avancée en âge. À l'inverse, une prédominance des symptômes suivants : indifférence, aboulie, négativisme et retrait affectif est retrouvée. Par ailleurs, une altération cognitive peut s'ajouter au tableau clinique des patients psychotiques institutionnalisés depuis plusieurs années. Des déficits mnésiques,

attentionnels, des fonctions exécutives ou encore de la vitesse psychomotrice se développent impactant considérablement l'autonomie des sujets. L'auteur évoque également la possibilité de comorbidités psychiatriques telles que des syndromes dépressifs, de l'anxiété, des idées ou conduites suicidaires. En outre, sur le plan somatique, l'apparition d'un diabète ou de maladies cardiovasculaires est fréquente notamment causé par la prise prolongée de traitements neuroleptiques. L'altération de l'état somatique du patient couplée à l'apparition d'idées suicidaires engendre une espérance de vie réduite des sujets psychotiques âgés. Cet auteur insiste sur le rôle de l'institutionnalisation de longue durée des patients ainsi que l'isolement social et une prise en charge des symptômes non adaptée. Ceux-ci sont des facteurs de risque majeurs concernant l'ensemble des comorbidités.

Pour conclure, l'évolution des pathologies psychotiques résultent de l'intrication de plusieurs facteurs somatiques, psychiatriques et sociaux. Aujourd'hui le nombre de patients âgés souffrant de schizophrénie augmente notamment par une prise en charge plus adaptée de la maladie et de ses comorbidités réduisant le nombre de décès prématurés.

PARTIE CLINIQUE

1 Présentation du lieu de stage

Lors de ma troisième année d'études de psychomotricité, je réalise l'un de mes stages dans le domaine de la gérontopsychiatrie. Celui-ci se déroule en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

1.1 L'EHPAD gérontopsychiatrique

Cet EHPAD est une grande résidence composée de cinq étages englobant en totalité huit unités dont le pôle d'activité et de soins adaptés (PASA). Cent résidents habitent actuellement dans ce lieu. Les patients rencontrés au sein de cet EHPAD présentent des pathologies démentielles et/ou psychiatriques associées à une perte d'autonomie physique et/ou psychique. En effet, ils n'ont plus la possibilité de vivre seul, en famille ou en secteur psychiatrique hospitalier. Concernant les pathologies, le tableau clinique est varié. La majorité des patients rencontrés est stabilisée sur le plan psychiatrique, cependant certains patients sont sujets à des crises ce qui rend plus complexe leur prise en charge. Bien que beaucoup de ces résidents que je rencontre dans le cadre d'un suivi psychomoteur soient porteurs de maladies psychiatriques, j'ai l'occasion d'accompagner également certains patients porteurs de troubles démentiels. L'approche psychomotrice est alors très différente et demande une grande adaptabilité ainsi qu'un ajustement permanent.

Concernant le projet d'établissement, un projet de vie personnalisé et évolutif dans le temps est mis en œuvre pour chaque résident. Il vise à l'accompagnement de la personne tout en tenant compte de sa singularité. Pour cela, une prise en soin pluridisciplinaire globale dans le confort, le bien-être et la bienveillance est apportée. Par ailleurs, la préservation de l'autonomie sociale, physique et psychique de la personne est un point central du projet.

La pluridisciplinarité de l'équipe soignante est primordiale. En effet, l'équipe est composée d'aides-soignants présents en permanence dans chacune des unités et accompagne les résidents dans tous leurs actes de la vie quotidienne. Nous pouvons également rencontrer trois médecins généralistes ainsi que plusieurs infirmiers s'occupant principalement des soins et suivis somatiques notamment de la gestion des traitements et de la réalisation d'examens ou d'actes médicaux. Un médecin psychiatre accompagné par deux infirmières se concentrent particulièrement sur les pathologies psychiatriques. Une psychologue accompagne l'équipe, propose des suivis psychologiques à des patients tout au long de leur séjour au sein de l'établissement afin de garder une stabilité psychique et ainsi déceler les potentielles variations problématiques. Par ailleurs, au niveau paramédical, une kinésithérapeute est présente afin de proposer principalement des suivis de rééducation ou de prévention sur la conservation de la marche et la diminution du risque de chute. Une psychomotricienne, Julie, est également présente sur la structure à temps plein. Nous décrirons son rôle dans la partie suivante. Enfin, un art thérapeute propose également des ateliers autour de médiations artistiques comme la peinture, la musique ou la lecture de contes.

1.2 La place de la psychomotricité en gériopsychiatrie

Au sein du secteur gériopsychiatrique, la psychomotricité a une place primordiale. En effet, je constate la place prédominante du corps dans les différentes pathologies rencontrées. Le lien entre le psychisme et le corporel est souvent rompu. Le corps est pour beaucoup un lieu de souffrance, d'angoisse et d'inconnu. Le désinvestissement corporel est d'autant plus important que s'ajoute aux pathologies déjà présentes, le processus de vieillissement. Une dévalorisation par l'atteinte de l'estime de soi voire du sentiment même d'existence est souvent mise en jeu. Dans la majorité des prises en soin, l'approche psychomotrice vise à la réappropriation du corps propre et à son réinvestissement positif. Pour cela, en séance, la psychomotricienne offre un espace d'expérimentation, d'expression et de communication. Elle vise à favoriser la découverte ou la redécouverte des possibilités et des limites corporelles. Un des objectifs est de redonner l'envie de se mouvoir, d'être en relation avec l'autre ou avec son environnement, d'autant plus en raison de l'augmentation de l'isolement ou de l'alitement prolongé au cours de la vieillesse et de l'institutionnalisation. En outre, la thérapie psychomotrice tend à la

conservation de l'autonomie ou du moins, la restriction de l'évolution de la dépendance des patients à leur environnement. Enfin, pour certains patients, il est également question de les accompagner dans le processus de fin de vie via des soins palliatifs afin de les aider à ressentir un état de sérénité psychocorporelle.

L'adaptabilité du thérapeute est indispensable dans cette institution, notamment par le travail pluridisciplinaire. Il est nécessaire d'être souple et de savoir s'ajuster pour trouver rapidement de nouvelles solutions tout en gardant un cadre contenant et régulier pour les patients.

Concernant les prises en charge en psychomotricité, ma maître de stage et moi rencontrons la majorité des patients dans la salle de psychomotricité se situant dans le PASA. Cependant, en raison du contexte sanitaire et notamment lors de la présence de patients infectés par la COVID-19, cette unité s'est retrouvée fermée à plusieurs reprises. Dans ce cas, nous réalisons nos séances directement dans les chambres des patients.

L'entrée dans cette salle se fait par une grande porte rose. Je remarque que celle-ci est un repère visuel investi pour la plupart des résidents. Au centre de la salle se trouve une table ronde entourée de chaises de couleurs différentes. Beaucoup de matériels dédiés aux activités manuelles longent les murs (un chevalet, un tableau à craie, de nombreux pinceaux et peintures, du sable magique, etc...). Par ailleurs, des jeux de société ainsi que du matériel utilisé pour des activités de motricité plus globale comme des ballons, des cerceaux, des quilles, des bâtons, etc... sont rangés dans des placards. Cette salle est très colorée, ce qui la rend, stimulante et chaleureuse. De par cet aspect, je trouve qu'elle permet de s'évader, le temps d'un instant, du mouvement continu du reste de l'établissement.

À chaque admission, un bilan psychomoteur est prescrit par un des médecins de la structure. Ma maître de stage s'appuie sur l'Examen Géroto Psychomoteur. Selon les possibilités du patient, elle adapte plus au moins les consignes, la cotation n'est alors pas systématiquement possible. À la suite de ce bilan, un projet de soin psychomoteur peut être mis en place s'il est pertinent et nécessaire. Les modalités du suivi choisies peuvent être une prise en soin groupale ou individuelle. Ce suivi se réalise hebdomadairement. Le choix de l'approche se fait en fonction des problématiques qu'apporte le patient. Par ailleurs, Julie

participe activement à la vie pluridisciplinaire de l'EHPAD en assistant aux réunions cliniques afin de partager son point de vue psychomoteur sur les résidents ainsi qu'en échangeant quotidiennement avec les aides-soignants au sein même des unités.

1.3 Ma rencontre avec la population gérontopsychiatrique

Je constate lors de mes prises en charge, les bienfaits du soin psychomoteur. Il est difficile pour la plupart des patients que je rencontre de s'exprimer par des mots. L'espace du soin psychomoteur leur permet alors de vivre, de ressentir et donc de s'exprimer par leur corps. Un dialogue corporel d'une grande richesse peut s'établir entre mon corps et celui du patient. Cependant quelques fois, cet échange peut me troubler. Étant donné la relation impliquée par le soin, je rencontre, avec mon propre corps et ma propre psyché, des corps et des pensées abîmées par le temps et la maladie. Je me rends compte qu'il n'est pas possible de rester dans une totale objectivité, qu'il faut évoluer avec ma propre personnalité tout en veillant à se protéger des transferts et contre-transferts. Par ailleurs, me retrouver face à la dépendance des résidents n'a pas été simple. J'ai ressenti de la peur à plusieurs reprises. Ces personnes âgées dépendent de moi pour marcher et ne pas tomber, pour expérimenter sans s'écrouler, sans être submergées. Je suis responsable de leur bien-être et surtout de leur sécurité. Les différents sentiments que je ressens me poussent à me questionner, à me remettre en question sur ma place et mon approche psychomotrice. Les échanges avec ma maître de stage et les autres professionnels me permettent d'évoluer, d'ouvrir ma vision du soin et de procéder à des choix concernant l'identité professionnelle que je souhaite avoir.

En outre, ce stage n'a pas échappé à la crise sanitaire causée par la COVID-19. J'ai effectué mes premiers pas dans cette institution dans un contexte particulier. Le masque sur mon visage restreint la compréhension de mes paroles par les résidents et ne leur permet pas de voir la totalité de mes mimiques faciales notamment mon sourire. La communication avec les patients est parfois plus complexe à établir. Il me faut hausser la voix et soigner mon articulation, je dois également accentuer l'intention dans mon regard ou dans mes gestes pour pallier le manque d'information de mon visage. Par ailleurs, mes prises en charge sont aussi impactées. Quelques fois des patients sont absents car ils sont confinés dans leur chambre suite à la réalisation d'examen en dehors de l'établissement. D'autres fois, une unité complète est confinée pour cause de patient infecté par la COVID-19. Dans ce cas, la

fermeture du PASA et donc de la salle de psychomotricité est obligatoire. Il est donc indispensable que je m'adapte rapidement à ces mesures pour maintenir au possible le bon déroulement de mes prises en charge tout en veillant au mieux-être de mes patients. Il me faut trouver des alternatives, essayer et quelques fois échouer pour m'ajuster au mieux à ce contexte particulier.

2 Présentation de Monsieur B

Lors de ce stage, j'ai choisi de relater ma rencontre et le suivi psychomoteur avec ce patient que je nomme ici Monsieur B.

2.1 Anamnèse : histoire de vie et parcours de soin

Monsieur B est un homme âgé de soixante-six ans qui intègre la structure en janvier 2018. En retraçant son histoire d'après ses dossiers médicaux, j'apprends que Monsieur B est le troisième enfant d'une fratrie de quatre. Au niveau somatique, il contracte une encéphalite virale durant trois semaines alors qu'il n'a que trois ans. Lors de cette infection, il perd la marche et la parole. D'après sa sœur, « il a partiellement récupéré mais n'a plus jamais été le même ». Lors de son enfance et de son adolescence, Monsieur B est scolarisé. Il obtient notamment, son certificat d'études. Par ailleurs, il réussit l'examen du permis de conduire automobile. Il travaille ensuite comme homme d'entretien dans un lycée. Il vit chez ses parents jusqu'à leur décès. Je n'obtiens pas d'autres informations concernant ses parents.

Le parcours de soin de Monsieur B est assez complexe. Aux alentours de ses quarante ans, un médecin psychiatre lui diagnostique une dépression. Il lui prescrit alors du lithium. Cependant sa mère, inquiète de ce traitement, l'incite à l'arrêter car elle le trouve dangereux. La dépression de Monsieur B s'aggrave et le conduit à une hospitalisation en psychiatrie. Lors de cette hospitalisation, il rencontre sa compagne. Elle décède après dix ans de vie commune entraînant chez Monsieur B un épisode dépressif majeur impliquant une nouvelle hospitalisation en psychiatrie. Le bilan médical décrit un patient totalement immobile, mutique présentant un faciès figé. Il se montre également opposé à la mobilisation. Parfois, le comportement de Monsieur B alterne avec une agitation motrice dans un état de désorganisation. Lors de ces phases, il peut montrer des comportements de désinhibition

sexuelle autocentrée via des attitudes masturbatoires. Par ailleurs, il présente à plusieurs reprises des propos délirants. Le médecin psychiatrique pose alors le diagnostic d'une psychose catatonique. Après un traitement de première intention de benzodiazépines se révélant inefficace, la nouvelle indication thérapeutique est alors la sismothérapie. Cette méthode de traitement par stimulation électrique de certaines parties du cerveau ne montre pas de résultat. Cependant, elle s'accompagne pour ce patient d'un vécu anxieux majeur. Cette hospitalisation dure six mois. S'en suit pour Monsieur B, une alternance entre des séjours en psychiatrie, sa vie à domicile et son entrée en EHPAD. Lors de phases d'agitation, il fugue deux fois de celui-ci. En outre, sa catatonie prend de plus en plus d'ampleur, une réorientation vers un établissement spécialisé dans les troubles psychiatriques est décidée.

Monsieur B intègre donc l'EHPAD dans lequel je réalise mon stage. À son entrée dans la résidence, le médecin psychiatre repose le diagnostic d'une psychose catatonique chronique. Actuellement, Monsieur B prend quotidiennement un traitement complexe composé d'un neuroleptique aux propriétés antipsychotiques, d'un anxiolytique, d'un antidépresseur, d'antihormonaux pour prévenir les comportements sexuels inappropriés ainsi qu'un antiépileptique dans le but de réguler son humeur. Ce traitement lourd engendre donc de nombreux effets secondaires, d'autant plus que Monsieur B prend ces médicaments depuis de nombreuses années. Il est donc nécessaire de prendre en compte ce contexte iatrogène qui peut amplifier ses difficultés psychomotrices. Aujourd'hui, les symptômes de sa catatonie ont diminué voire disparu pour certains. Il peut se mouvoir et parler, même s'il reste dans un état d'apragmatisme et de désinvestissement corporel.

En plus d'une prise en soin psychomotrice hebdomadaire, il participe quelques fois à des ballades relationnelles en extérieur accompagnée d'une aide-soignante. Celles-ci ont pour objectif d'aider le patient à conserver la marche et à stimuler les capacités relationnelles. Il assiste également un jour par semaine, au PASA, qui est une unité où quelques résidents sont inscrits pour y passer la journée. Des activités manuelles telles que le dessin, la peinture, la pâtisserie sont mises en place et proposées aux patients.

2.2 Bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Comme pour chaque entrée dans la structure, Monsieur B effectue un bilan psychomoteur en 2018. Je ne suis pas présente lors de la passation de ce bilan, je relate donc les faits du compte rendu de ma maître de stage. Il en ressort que Monsieur B présente un trouble attentionnel massif, ce qui impacte la compréhension des consignes. En effet, lorsque Julie énonce une consigne, il n'écoute qu'une partie avant de déplacer son attention sur un élément extérieur. Une bradypsychie (ralentissement de la pensée) associés à une bradykinésie (ralentissement dans l'exécution du mouvement) sont décelées. Il présente également des blocages moteurs, c'est-à-dire qu'il s'arrête brusquement lors de la réalisation d'une action puis reprend son geste après quelques secondes. Au niveau du tonus, il présente une hypertonie périphérique localisée aux quatre membres. Il a toutefois un bon équilibre et conserve la marche. Lors des épreuves de motricité fine, Monsieur B montre des difficultés nettes dans la réalisation de gestes fins sollicitant la motricité digitale. Les praxies constructives (activité d'assemblage), idéatoires (réalisation de gestes complexes avec utilisation d'objets), idéomotrices (réalisation de gestes simples sans objets ou sur imitation) et la reproduction de gestes lui sont impossibles. Il nomme et montre différentes parties du corps témoignant d'une bonne somatognosie. Cependant, ses capacités proprioceptives et sa conscience corporelle semblent altérées. En effet, il ne réussit pas à orienter son corps dans l'espace. Son langage corporel est pauvre, il pointe seulement du doigt et sa voix est peu audible altérant les possibilités communicationnelles. Lors des épreuves mnésiques, un trouble de la mémoire perceptive et verbale est également décelé. Enfin, il présente des difficultés spatio-temporelles. Il ne parvient pas à s'orienter dans le temps et à structurer un espace.

À la suite de ce bilan, une prise en soin groupale en psychomotricité lui est indiquée. Il n'y a pas de trace écrite des deux premières années de suivi psychomoteur, je n'obtiens donc pas d'informations sur la possible évolution de Monsieur B. À mon arrivée dans la structure, les séances se déroulent chaque lundi matin et durent quarante-cinq minutes. Le travail s'axe principalement sur la réappropriation de son corps pour permettre la prise d'initiatives. Il participe, tout d'abord, au groupe nommé « Espace-Temps » durant trois mois. Puis, en décembre, nous décidons suite à nos nouvelles observations qu'une indication

dans un nouveau groupe lui serait plus appropriée. Il entre alors dans le groupe nommé « Jeux relationnels ».

2.3 Présentation des ateliers

L'atelier « Espace-Temps » a pour objectif d'offrir aux patients de nouveaux repères spatio-temporels pour les aider à s'ancrer dans le réel. Pour cela, les séances sont ritualisées. D'abord, nous réalisons une activité de sériation d'images. Chaque patient a une image dans les mains qu'il doit décrire le plus précisément possible aidé par nos questions orientées. Ensuite, en coopérant, nous replaçons les images dans l'ordre chronologique. En outre, sur ces images, des personnages aux visages marqués par les émotions sont dessinés. Nous réalisons alors un travail sur les émotions. Les patients doivent les percevoir et les reconnaître. L'objectif est ici d'intégrer et d'investir les différentes émotions possibles (les plus générales) pour permettre une communication plus adaptée notamment avec l'équipe de soin. Enfin, nous proposons une activité de tangram sollicitant l'orientation spatiale.

Le second atelier « Jeux Relationnels » se compose également de la même structure chaque semaine. En premier lieu, la séance commence par un temps d'éveil corporel à l'aide de mouvements tels que les étirements rythmés par la respiration afin de prendre conscience de son corps propre. Ensuite, des activités plus ludiques sont proposées impliquant les coordinations et dissociations, la régulation tonique ainsi que l'ajustement postural. Ces jeux s'axent sur la coopération entre les participants et donc la communication relationnelle. Le projet derrière cet atelier est d'accompagner la prise de conscience de son corps propre avant de rencontrer le corps de l'autre pour favoriser la relation.

3 Mes observations des séances de psychomotricité

3.1 Première rencontre

Je rencontre Monsieur B, pour la première fois, dans le cadre de l'atelier « Espace-Temps ». J'accompagne ma maître de stage pour aller chercher les patients dans leurs unités afin de les accompagner dans la salle de psychomotricité. J'arrive alors dans l'unité de ce patient. Celle-ci est bruyante, tout le monde semble agité mis à part un homme, Monsieur B. Je l'aperçois assis seul à une table, au centre de la pièce, silencieux et immobile. Sa position de repli corporel semble le protéger de cet espace peu contenant. Sa posture est fermée. En effet, son dos est arrondi du bassin à la nuque, tout le long de son axe, entraînant, dans sa continuité, l'abaissement de sa tête. Il est à noter que sa tonicité ne semble pas en deçà de celle attendue, au contraire Monsieur B semble plutôt rigide, dans un état d'hypervigilance. Je peux toutefois apercevoir son visage amimique. Ses mains sont jointes, doigts croisés et posées sur ses genoux. De premier abord, il me semble être dans un état de passivité, en opposition au mouvement continu autour de lui. Pourtant, en me rapprochant, j'aperçois des mouvements oculaires. En effet, il balaye régulièrement son champ visuel restreint par sa posture refermée.

Julie et moi approchons. Nous le saluons puis je me présente à lui. Son regard se pose sur ses mains. Je remarque quelques réactions tonico-émotionnelles : il me dit bonjour d'une voix faible et tortille ses doigts. Après notre proposition de se rendre dans la salle de psychomotricité, il se lève. Pour cela, il déplie son dos et s'aide de ses bras en appuis sur les accoudoirs. Son corps semble tout à coup augmenter en tonus mis à part sa tête toujours penchée en avant. Je me questionne alors sur une possible hypotonie au niveau de la nuque. Le reste de son corps semble, quant à lui, peu souple et plutôt rigide. Il conserve également les deux mains, jointes et serrées, en contact avec son abdomen dans une sorte de posture de protection sociale. Dans une démarche lente et faite de petits pas, il nous suit en direction de la sortie de l'unité.

Cette première rencontre me renvoie une image ambivalente d'un homme à la fois passif, à l'écart du groupe, replié sur lui-même, en retrait de toutes possibilités communicationnelles et relationnelles et à la fois dans une certaine hypervigilance, à l'affût de chaque stimulation par son regard, s'armant d'une carapace tonique notamment dans les moments de mouvance comme si ceux-ci étaient hostiles pour lui.

3.2 Une régulation tonique difficile impactant les possibilités motrices

Dès les premières séances, je suis attentive au tonus de Monsieur B, étant donné qu'il est le soubassement de la psychomotricité d'un individu. Tout d'abord, en station assise, je remarque que son tonus de fond est important notamment au niveau périphérique. Cependant son tonus axial, en particulier au niveau des cervicales, est plus faible. En station debout, lorsque Monsieur B n'est plus en contact avec sa chaise, le tonus axial augmente en intensité comme s'il recherche à nouveau une sensation de contenance. En effet, dans cette position, il est moins contenu et plus exposé à son environnement. Il est à noter que les différents traitements pris par Monsieur B peuvent impacter le tonus en l'augmentant. Ce contexte hypertonique me fait alors penser à une carapace nécessaire pour maintenir la cohésion et l'intégrité corporelle, pour ressentir la limite entre son corps propre et l'environnement et pour contenir de possibles angoisses.

Cet état tonique élevé influence sa motricité. Il semble avoir des difficultés à ajuster son tonus pour libérer le mouvement. En effet, Monsieur B est immobile la plupart du temps. Pourtant lors d'une des premières séances avec lui, je suis surprise de l'observer dans le mouvement. Je présente au groupe un ballon particulier, il est mou, en silicone et orange fluo. Cet objet sensoriel attire l'œil de Monsieur B, il est à l'affût visuellement et le regarde sans bouger la tête. Après avoir observé les autres résidents s'échanger la balle, il la saisit d'un geste fort et vif. Il pose le ballon devant lui et frappe dessus avec ses membres supérieurs dans une grande amplitude, avec beaucoup de rapidité. À cet instant, il semble décharger un trop plein tonique. Bien que cette balle soit déformable et puisse accueillir de tels mouvements, elle lui échappe tout de même des mains à plusieurs reprises. Le tonus d'action de Monsieur B étant trop élevé, il se diffuse dans le reste de son corps notamment au niveau du visage sous forme de syncinésie bucco-faciale. En effet, j'observe qu'il ouvre et garde la bouche et les yeux grands ouverts. J'observe, par ailleurs, que ses membres

inférieurs et son dos sont verrouillés, soumis à cette nette augmentation tonique. Cette situation témoigne de sa difficulté de régulation. Il ne semble pas avoir de nuance dans son registre tonique. Il garde un tonus de fond hypertonique mais celui d'action est soit trop faible : dans ce cas le geste n'est pas efficace, par exemple la balle qu'il envoie tombe à ses pieds; soit trop élevé : dans ce cas le mouvement est trop intense en force et en amplitude, la balle envoyée arrive sur la personne en face. Il ne semble pas avoir les ressources internes pour ajuster son tonus.

Après les dix premières séances en atelier « Espace-Temps », nous réalisons à présent l'atelier « Jeux relationnels ». Je remarque lors du temps d'éveil corporel de cet atelier que Monsieur B peine à réaliser les exercices proposés. Ces mouvements sont de faible amplitude articulaire et toujours limités par un tonus mal ajusté. Ils sont disharmonieux et ne sont pas fluides. Par exemple, je l'observe réaliser un mouvement de pédalage avec sa jambe droite. Il décompose le mouvement en commençant par lever le genou, puis le tibia, puis le pied. Ensuite il tend la jambe et la replie segment après segment. Il ne semble pas vivre son corps dans l'unité, chaque segment corporel semble morcelé et non lié. Quelle conscience a-t-il alors de son corps ? Par ailleurs, il a peu de contrôle concernant la finesse du geste. En effet, il oriente ses membres de façon grossière dans l'espace et malgré les répétitions, il reste non régulier tant au niveau du rythme que de la position de son corps, témoignant de difficultés proprioceptives et toniques. Cet aspect maladroit diminue lorsqu'une personne exécute les mouvements en même temps que lui. Effectivement, l'imitation l'aide à contrôler sa motricité. Par ailleurs, à la fin de ces exercices d'éveil corporel, son tonus diminue. L'appui en miroir sur le corps de l'autre est alors un repère externe nécessaire et efficace pour lui permettre une motricité ajustée.

Je remarque également, son attrait pour les activités de jeux moteurs comme le lancer de cerceaux ou le bowling. Malgré ses difficultés motrices, il semble prendre du plaisir à ces moments-là. Il s'agit d'ailleurs, des rares instants où je peux apercevoir un sourire sur son visage normalement amimique. Ce plaisir le conduit à investir son corps pleinement. Il s'engage dans le mouvement pouvant montrer des capacités de coordination visuo-spatiale. Il réussit en station debout, à envoyer plusieurs anneaux en plastique dans une boîte en carton. Il paraît, tout de même, comme emporté par son geste, étant donné que son tonus est toujours élevé. Cette situation me renvoie l'image d'une décharge tonique qui lui apporte

une certaine satisfaction, un plaisir de relâcher la tension constamment présente dans ses muscles. Le mouvement entraîne d'ailleurs des syncinésies bucco-faciales de diffusion tonique, il ouvre en grand les yeux et la bouche. Toutefois, il réussit à orienter son corps dans l'espace et à ajuster sa posture pour viser. Je me demande comment pourquoi il présente moins de difficulté dans ces activités-ci. En le questionnant, j'apprends qu'il jouait régulièrement à la pétanque autrefois. Il se peut alors que son investissement résulte de sa mémoire corporelle mais également d'un réel intérêt et plaisir psychomoteur permettant la réalisation de ces activités.

Dans son unité, Monsieur B reste immobile constamment à la même place. En échangeant avec les aides-soignantes, j'apprends qu'il est sujet à l'obéissance systématique. Il ne prend pas d'initiative et ne sollicite que très rarement le personnel témoignant d'un déficit au niveau des fonctions exécutives ainsi que d'une inhibition psychomotrice. Il semble avoir besoin de sollicitations externes pour s'engager et s'investir dans le mouvement. En effet, en séance, mon corps de thérapeute le soutient également dans ses différentes expérimentations. Repasser par le corps de l'autre soutenant l'aide donc à se réappropriier son propre corps de manière moins anxiogène.

3.3 De l'enfermement à l'ouverture posturale

Un autre point qui m'interpelle régulièrement en séance est la posture de Monsieur B. Tout d'abord, en station debout, j'observe que son dos est déformé, comme bossu. Il ne semble pas pouvoir se déplier. Cette déformation l'oblige à se pencher du côté gauche et impacte donc sa verticalité. Il conserve tout de même la marche bien que son équilibre reste précaire. Malgré ses pas de faible amplitude et l'absence de ballant des bras, le risque de chute me semble limité. Sa tête est le plus souvent penchée en avant et ses mains sont constamment jointes tantôt en appui sur son abdomen, tantôt dans son dos. Je me demande alors si ces mains jointes ne lui permettent pas de soutenir sa verticalité comme un repère externe supplémentaire. En effet, de par son irrégularité de tonus axial ainsi que sa déformation dorsale, il ne semble pas avoir intégré son axe comme soutien de la verticalité.

En station assise, je remarque que Monsieur B a tendance à prendre constamment la même posture que celle décrite lors de ma première rencontre avec lui. Cette posture reflétant une répartition tonique hétérogène, limite les possibilités motrices nécessitant obligatoirement un ajustement pour permettre l'exécution du mouvement. Par exemple, lors d'une activité, je lance une balle à Monsieur D. Celle-ci tombe à terre car il n'a pas le temps de se positionner de façon adaptée pour la recevoir. Cette difficulté de coordination oculo-manuelle reflète des difficultés attentionnelles. Étant donné que son attention est centrée sur sa vigilance, il ne porte pas d'attention à son environnement. Pourtant celui-ci est multi sensoriel. En effet, je l'appelle par son prénom avant de lui envoyer la balle, je stimule donc la sphère auditive. Par ailleurs, je fais un geste avec la balle signalant que je me prépare à la lancer, je stimule ici la sphère visuelle. Malgré ces stimulations sensorielles, il ne réussit pas à l'attraper. En effet, pour réaliser cette action, il est nécessaire qu'il porte son regard sur l'objet pour coordonner par la suite ses bras. Pour cela, il doit redresser sa nuque puis décroiser ses mains et redresser son axe pour libérer ses membres supérieurs. À ce moment, il peut enfin attraper la balle. Ses difficultés dans le changement postural s'amplifient par ses déficits d'ajustement et de régulation tonique mais aussi par ses difficultés d'attention, d'appropriation et de conscience corporelle. En conséquence, son ajustement postural est lent et quelques fois mal ajusté.

Ces postures sont également un frein à la communication. Son champ visuel est réduit du fait de l'abaissement de la tête. En effet, lorsque je m'adresse à lui, je remarque qu'il entame un mouvement au niveau des yeux pour me regarder mais qu'il ne peut ou veut pas mouvoir entièrement sa tête. Par ailleurs, au niveau corporel, il n'investit pas son corps dans le mouvement et dans l'espace. Cela se retrouve au niveau de son langage corporel qui est pauvre. Effectivement, lorsque je communique avec lui il ne fait pas de geste, il reste regroupé autour de son axe. Cette posture fermée, et rigide du fait de son tonus élevé entrave donc la communication infra-verbale.

En outre, Monsieur B s'exprime d'une voix faible presque inaudible. Quelques fois, je remarque qu'il inspire de l'air en même temps qu'il parle. Je me questionne sur sa respiration. De par sa posture repliée, il est possible de supposer que son diaphragme est bloqué, impactant son amplitude respiratoire. Il n'a pas investi sa respiration afin d'accompagner le mouvement. Lors des étirements que je lui propose en atelier « Jeux

relationnels », j'insiste sur la respiration. Je remarque qu'il peine à associer le geste et la respiration. Régulièrement, il se met en apnée pour réaliser les mouvements d'étirement. Il m'est alors nécessaire de lui verbaliser et de lui montrer sur mon corps l'inspiration et l'expiration. Par la suite, en imitation, il peut parfois réussir à inclure la respiration dans son mouvement mais cela reste complexe. Je me demande alors s'il ressent l'air qui rentre et qui sort de son corps et je me questionne ainsi, sur la conscience qu'il peut avoir du dedans et du dehors.

Toutefois, je suis étonnée de découvrir l'impact de la mise en mouvement de son corps sur sa posture. En effet, au fur et à mesure du déroulé de la séance, je remarque une évolution posturale. J'observe un redressement axial libérant sa nuque et lui permettant de relever la tête. Il réussit donc à baisser sa vigilance ce qui lui permet d'intégrer sa tête puis son axe vertébral. Ce changement postural induit une ouverture au niveau du champ visuel qu'il a la capacité d'investir. La communication notamment par le regard devient plus simple. L'expérimentation motrice lui permet d'adapter plus justement sa posture. Il est possible que cela soit dû à l'abaissement de la tonicité de son corps et à l'intégration d'une meilleure régulation tonique. Ce redressement conduisant à l'ouverture posturale invite Monsieur B à s'ouvrir à la communication.

Malgré cette évolution à chaque séance, dès son retour dans la salle de vie de son unité, il retourne dans un repli postural. Cette posture semble protectrice face à de possibles angoisses et face au risque d'intrusion par les stimulations environnantes. L'environnement public du lieu de vie ne semble pas sûr pour lui, ce lieu n'est pas structuré par des repères spatio-temporels. Cependant, le cadre thérapeutique des séances de psychomotricité lui apporte ces repères ainsi qu'une contenance nécessaire pour le laisser baisser en vigilance et s'autoriser à expérimenter. Toutefois, cette posture de référence pour lui, l'enferme, le bloque et le limite. Sa position renvoie à une attention égocentrée, repliée sur lui-même. Je me demande alors comment Monsieur B se positionne psychiquement.

3.4 Une fragilité narcissique

Une autre observation me fait réfléchir depuis ma rencontre avec ce patient à propos de l'estime qu'il a de lui-même. En effet, je remarque que Monsieur B, en raison de sa posture, n'occupe pas l'espace. Dans ses déplacements il marche le long des murs et se positionne dans un coin dans l'ascenseur. Il se contente d'un tout petit espace, plus contenant, pour évoluer. Il ne prend pas de place également avec sa voix qui reste toujours très faible, presque inaudible. En outre, dans la relation, il ne s'impose pas et garde plutôt une position passive avec une obéissance systématique. Il se met à distance de l'autre et de l'environnement entraînant un retrait et une inhibition psychocorporelle. La carapace tonique décrite précédemment en témoigne.

Au niveau de sa psyché, il est aussi enfermé dans un sentiment autocentré comme si chaque stimulation externe lui était adressée. Par exemple, nous accueillons une nouvelle résidente dans le groupe « Jeux relationnels ». Cette dame est sujette à la déambulation, elle peine à rester assise sur une chaise et se déplace alors librement dans la salle de psychomotricité lors de l'atelier. Elle présente également une thymie basse entraînant des plaintes et des gémissements réguliers. Lors d'une séance, elle se lève de sa chaise et se dirige vers la porte. Subitement, Monsieur B me demande si cette résidente souhaite prendre sa chaise. Cette scène se reproduit lors de plusieurs séances. Je me demande alors si, dans un vécu de persécution, il pense que cette dame veut sa chaise. Cependant, je ne remarque aucun changement corporel lors de cette demande, il ne semble pas se replier sur lui-même comme lorsque qu'il se sent angoissé. Je me demande alors s'il ne se sent pas responsable du mal être de cette dame comme si celui-ci était dirigé vers lui.

J'observe, par ailleurs, l'importance des renforcements positifs. La musique, notamment, lui permet de s'investir dans le mouvement. Il peut se mettre à chanter lorsqu'il connaît une musique. Il ne sort, cependant, aucun son de sa bouche mais ses lèvres forment tout de même les paroles. Il articule et peut ouvrir la bouche en grand, mettant au travail la motricité faciale. Il est donc capable de se remémorer certaines chansons. Cela semble lui apporter un vécu positif et un élan vital. Il engage alors mieux son corps dans le mouvement. La musique devient un véritable appui favorisant l'implication et l'investissement du corps.

Elle peut également lui permettre de se le réapproprier et de vivre positivement le mouvement.

J'utilise également les encouragements et félicitations lors des activités réalisées en séance ce qui semble aider Monsieur B à s'investir dans le jeu et à prendre des initiatives. Par exemple, lors d'une activité similaire au bowling, il ne réussit à viser aucune quille, il retourne alors s'asseoir sur sa chaise sans laisser transparaître d'émotion. Je l'applaudis tout de même, le félicitant d'avoir essayé, dans le but de percevoir l'impact que peut avoir cette réaction sur son comportement. Il me lance alors un regard étonné. Lors de son deuxième passage, il rate encore les quilles. Il reste alors debout me regardant. Je réitère mes applaudissements. À ce moment-là, il retourne s'asseoir et un sourire apparaît sur son visage. Il me montre donc par son attitude, qu'il attend que je le félicite.

L'ensemble de ces observations m'amène à penser qu'il présente une fragilité narcissique, il semble manquer de sécurité interne pour avoir une bonne estime de soi. Il peine alors à s'investir dans sa psychomotricité et reste en retrait de toute relation si celle-ci peut potentiellement l'attaquer. La revalorisation lui permet alors de reprendre confiance en lui et de s'autoriser à essayer malgré la possibilité de l'échec. Elle est un moyen efficace d'entrer en relation avec lui.

3.5 Vers une ouverture relationnelle

Monsieur B présente des difficultés communicationnelles. Son inhibition psychomotrice et sa posture refermée restreignent ses mouvements orientés vers l'extérieur. Je me demande alors comment il peut entrer en relation avec autrui si son attention vers l'extérieur est altérée. En effet, lors des premières séances avec ce patient, je rencontre des difficultés à communiquer avec lui et à le comprendre. Il n'entame jamais la conversation mais est capable de répondre à des questions simples. Verbalement il ne s'exprime que très peu, bien qu'il conserve la capacité de parler. La majeure partie du temps, il se raconte avec des réponses fermées : « oui », « non », « ça va », « quoi ? ». Quelques fois, seulement lorsque la question posée l'oblige, il réplique avec des phrases courtes de manière succincte. Lors de mes échanges avec lui, j'utilise un vocabulaire simple ainsi que des questions à réponses courtes pour réussir à entamer une brève discussion, ressemblant plutôt à un

questionnaire qu'à un véritable échange. Par ailleurs, comme dit précédemment, sa voix est faible et peu audible ce qui rend difficile la compréhension de ses paroles. Au niveau du langage non-verbal, il investit seulement le regard mais celui-ci reste limité par sa tête inclinée vers l'avant. Il est difficile de lire une expression sur son visage qui est la plupart du temps amimique. Cet aspect me questionne sur la relation qu'il peut entretenir avec ses émotions.

Lors de l'atelier « Espace-Temps », nous réalisons une activité sur les émotions mettant en jeu les capacités de perception, de reconnaissance et d'expression émotionnelle. Au fil des activités, je remarque que Monsieur B ne discerne pas systématiquement l'émotion présente sur le dessin que nous lui demandons de décrire. En effet, il réussit seulement à percevoir le personnage et à annoncer s'il s'agit d'une fille ou d'un garçon, d'un adulte ou d'un enfant. Il peine cependant à reconnaître l'émotion présente sur le visage des personnages. Effectivement, il ne réussit pas de lui-même à trouver de quelle émotion il s'agit. Toutefois, lorsque je lui en cite plusieurs, il peut réussir à retrouver celle correspondant au dessin dans mes propositions. Il présente donc un déficit dans la perception et la reconnaissance émotionnelle pouvant être comblé par une guidance externe.

Au niveau de l'expression émotionnelle, au premier abord, Monsieur B n'en dévoile aucun signe. Il est d'ailleurs décrit comme apathique par les soignants. Cependant, en séance, je l'observe à plusieurs reprises en train de sourire et même de rire mais ce comportement n'est parfois pas adapté à la situation. Par exemple, il marche dans le couloir visiblement trop lentement pour la résidente qui le suit lui criant d'accélérer. Il se met alors à rire tout en conservant la même allure de marche. Cette situation censée être désagréable pour lui, entraîne un signe normalement associé à l'émotion de joie. Cette contradiction provoque, chez moi, une sensation de bizarrerie. Il ne semble pas avoir compris la prosodie émotionnelle de cette résidente. Je me demande alors si cette réaction de sa part est une véritable émotion de joie, une décharge motrice ou une réaction de prudence voire de protection face à l'agressivité ressentie.

Ses difficultés vis-à-vis des émotions impactent la communication. La relation à l'autre devient alors d'autant plus complexe. Ceci peut, en partie, expliquer l'inhibition relationnelle de Monsieur B face à son environnement. Dans son unité, il reste statique constamment à la même place, sur la même chaise. Il n'interagit pas avec les résidents et ou avec le personnel si ceux-ci ne vont pas directement le solliciter. Pourtant, il vit dans cette unité depuis trois ans.

J'ai eu l'occasion d'observer la réaction de Monsieur B face à une nouvelle personne qui lui est étrangère. Tout d'abord, lors de mon arrivée, il se montre évitant notamment au niveau du contact visuel. Il tortille également ses doigts à chaque fois que je m'adresse à lui, me laissant penser à une réaction de prudence signe d'une anxiété sous-jacente. L'arrivée d'un nouveau résident dans le groupe me permet d'observer à nouveau ce même comportement anxieux. Il se referme sur lui face à un individu étranger. Cet état de repli semble lui permettre de se rassurer, de contenir ses angoisses et d'empêcher toute intrusion possiblement menaçante.

Toutefois, à la fin des dernières séances, j'observe chez Monsieur B une certaine ouverture relationnelle. Le redressement postural induit par la mise en mouvement lui permet de relever la tête et d'ouvrir son champ visuel. Il peut ensuite, poser son regard sur les membres du groupe m'incluant avec ma maître de stage. Lors de ces moments-là, une communication semble se mettre en place via des échanges de regards. En outre, je l'observe sourire à plusieurs reprises en réponse à mes félicitations. Cette émotion est ici adaptée à la situation. En plus des possibilités communicationnelles, il s'ouvre également à la relation notamment avec moi. Lors des échanges de balles, il m'envoie spontanément la balle en me regardant dans les yeux. Je vais également le chercher seul dans son unité où il peut maintenant, me saluer spontanément. Une relation thérapeutique de confiance s'est établie. Le cadre des séances bienveillant, structurant et contenant lui permet de s'autoriser à s'ouvrir aux autres sans risquer l'intrusion. Un sentiment de sécurité s'installe par la présence du groupe et notamment de ma maître de stage et ma propre présence. Il nous identifie comme personnes de confiance.

Enfin, lors d'une des dernières séances réalisées avec lui, il présente un comportement que je n'ai jamais rencontré chez lui. En arrivant devant la porte de la salle de psychomotricité, il se fige stoppant sa marche. Malgré mes propositions, il refuse d'aller s'installer sur une des chaises afin que l'atelier débute. Il me faut alors établir un contact physique et insister pour qu'il finisse par s'asseoir. Ensuite, lorsque je le raccompagne dans son unité à la fin de la séance, je lui propose de se rasseoir à sa chaise habituelle car il est l'heure du repas. Il s'immobilise une nouvelle fois en station debout. Cette-fois-ci malgré mes demandes et celles d'une aide-soignante, il reste figé. Cette attitude de persévérance me questionne. Après réflexion, je me demande s'il ne s'agit pas pour Monsieur B d'un moyen d'exprimer son refus. Jusqu'à maintenant, il reste sujet à l'obéissance systématique et lorsqu'il prend une décision, il a besoin d'un support externe pour cela. Or, ici, il réussit à prendre une décision sans l'aide de l'autre comme une ouverture à son environnement. Bien que celle-ci soit négative car il s'agit d'un refus, elle reste positive pour lui. Étant donné ses difficultés d'expressions verbales et de prise d'initiative, passer par son corps est le seul moyen dont il dispose pour réussir à exprimer ce qu'il ressent.

3.6 En conclusion

Au cours de ce suivi psychomoteur, j'assiste à l'évolution de Monsieur B. Au sein même des séances, il s'ouvre tant au niveau postural que relationnel, les deux étant très liés. Les différents exercices de l'atelier « Jeux Relationnels » l'aident à sortir de son inhibition psychomotrice le temps des séances. Par ailleurs, son attention comme son psychisme égocentré le coupant du reste du monde se déplacent sur son environnement. Cependant, lors du retour dans son unité, il se referme et se replie à nouveau dans une position autocentrée limitant les possibilités d'interactions avec l'extérieur. Ce contraste de comportement m'a longtemps interrogé sur les traces qu'il conserve des séances de psychomotricité. Or, la dernière observation décrite dans le paragraphe précédent m'amène à penser qu'il s'ouvre progressivement, à son rythme, à son environnement en s'appuyant sur des ressources internes qu'il vient mettre au travail en séance.

L'entrée en relation avec Monsieur B implique un besoin d'ajustement aussi bien psychique que corporel. Il montre une difficulté évidente de communication et de relation, en raison de son inhibition motrice et de son repli sur soi, intimement liés avec la dysharmonie tonique qu'il exprime. Cela entraîne un désinvestissement corporel qui implique un isolement tant environnemental que social. Cette présentation posturale engage alors une fermeture, certainement en lien avec son ressenti d'un environnement insécure, sur-stimulant, siège de nombreuses angoisses pour Monsieur B. Cependant la mise en mouvement de son corps l'aide à son ajustement postural bien que sa régulation tonique reste difficile. Pour aider cela, l'étayage de mon propre corps construit et sécure, est un véritable soutien sur lequel il peut s'appuyer pour contenir ses angoisses et libérer son mouvement. Je me rends compte que le travail en miroir de la mise en mouvement de mon propre corps, implique chez lui, une certaine compréhension du sien. Il me semble alors important dans cette prise en soin de garder mon corps de thérapeute, comme miroir perceptif et proprioceptif du corps de Monsieur B pour l'aider à se réapproprier le sien.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Dans cette prise en soin, le tonus est un élément omniprésent soutenant chaque activité et interaction. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique il étaye le mouvement, la communication et l'émotion. Dans la pathologie psychotique, le rapport au corps est mis à mal. Ainsi l'individu présente alors une psychomotricité particulière, comme nous venons de le découvrir avec Monsieur B. Mais alors comment la mise en jeu du tonus en psychomotricité peut-elle favoriser la transition d'un enfermement postural à une ouverture relationnelle dans un contexte de psychose vieillissante ?

1 Dans une carapace psychocorporelle

En observant la façon d'être de Monsieur B, ses attitudes, ses comportements et sa motricité, l'image d'une carapace me vient rapidement. Je remarque premièrement celle corporelle, tonique et plus tard, en me questionnant sur ses pensées, sa façon de se sentir, il me semble également renfermé dans une carapace psychique plus narcissique.

1.1 La carapace tonique et narcissique

Dans la partie théorique, nous avons évoqué les répercussions de l'hypertonie sur le corps d'une personne d'après les observations de Pireyre (2015). Monsieur B présente dans sa psychomotricité plusieurs caractéristiques d'un état tonique très élevé. La plupart du temps son corps paraît rigide et ses moindres mouvements lui sont difficiles. Des déformations corporelles notamment au niveau dorsal sont également visibles. En outre, nous avons appris dans la partie sur la psychose, que l'hypertonie est fréquente chez les sujets psychotiques ainsi que les difficultés de modulation tonique. En séance, les gestes de Monsieur B reflètent bien ces difficultés de régulation tonique, parfois trop forts ou parfois trop faibles. Il peine à ajuster son tonus pour réaliser une action. Par ailleurs, il prend différents traitements médicamenteux notamment des neuroleptiques. Kocak et Fagnère (2019) rappellent l'effet iatrogène de ceux-ci sur le tonus. Ils peuvent l'augmenter et induire une rigidité (symptôme extrapyramidal) qui est très présente chez ce patient.

Cependant comme le précise De Ajuriaguerra (1985), le tonus étaye la communication et participe pleinement aux interactions entre l'individu et son milieu. Pour cela, il est nécessaire qu'il soit ajusté. Or dans le cas d'une hypertonie, comme présente Monsieur B, le tonus n'est pas adapté. Ses possibilités d'expression et de réception des perceptions provenant à la fois de son propre corps et de l'environnement sont beaucoup plus limitées. Sa carapace tonique tend à être imperméable aux ressentis corporels et émotionnels falsifiant la conscience qu'il peut avoir de son corps et limitant la fonction communicationnelle du tonus.

Par ailleurs au niveau narcissique, Monsieur B semble enfermé dans une psyché aut centrée comme peut le décrire Brun (2014). En effet, la majorité de son attention est égocentrée, fixée sur lui-même. Le processus de différenciation permettant à un individu de s'individualiser peine à se réaliser. Les limites entre lui et l'autre sont floues et mal établies. Effectivement, une situation rencontrée une fois en suivi me questionne. Comme pour chaque séance, je me rends dans l'unité de Monsieur B afin de l'accompagner dans la salle de psychomotricité. Assis sur sa chaise, il ne réagit pas à ma présence, ni à mes paroles. J'en viens alors à me signaler en déposant ma main sur son avant-bras. À ce contact, je sens directement son corps se rigidifier, augmentant en tonus. Dans une sensation de mal-être, je retire ma main. Ce contact est venu l'obliger à s'armer d'une couche supplémentaire de tonus comme une réaction de défense suite à l'impression d'intrusion psychocorporelle. À cet instant, ce peau-à-peau le désorganise et le menace dans son intégrité.

Monsieur B, via une hypertonie excessive ainsi qu'un psychisme égocentré, s'est construit une véritable carapace. Cependant, celle-ci n'est pas dénuée de sens comme nous le verrons dans la prochaine partie.

1.2 Des fonctions ambivalentes

La notion de carapace est directement reliée à celle d'enveloppe. Il est donc nécessaire de s'intéresser à l'enveloppe psychocorporelle de Monsieur B pour mieux comprendre la construction de sa carapace. Elle semble perforée, perdant sa fonction de contenant, laissant s'échapper et entrer toute forme de contenu. Ainsi sa conscience du dedans et du dehors est défaillante. En reprenant l'exemple du contact de ma main sur celle de Monsieur B tout en

repensant à l'hypothèse de la porosité de son enveloppe psychocorporelle, il est possible que mon toucher soit venu l'intruser et lui provoquer des angoisses.

Lorsque l'on parle de sentiment d'enveloppe il est intéressant de se référer à la théorie du *Moi-Peau* de Anzieu (1974/1995). Sans développer toutes les particularités de ce concept, nous nous intéresserons ici à trois fonctions évoquées par l'auteur.

« La peau, première fonction, c'est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon [...] La peau, seconde fonction, c'est l'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objet. La peau enfin, troisième fonction, [...] est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significantes ; elle est de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci » (Anzieu, 1974/1995, p. 61-62).

Le rôle de la carapace est alors multiple. Pireyre (2015) l'évoque en parlant d'un mécanisme de défense face à une angoisse. Chez le psychotique, nous avons vu que les angoisses sont primitives comme celles de morcellement, de liquéfaction, d'intrusion. La carapace peut être une tentative de lutte contre ces sensations de déformation corporelle. Pour cela, elle éloigne le sujet de la relation, du contact. Elle met de la distance entre l'individu et son environnement en le repliant sur lui-même modifiant sa posture et limitant sa motricité et donc ses mouvements vers l'extérieur.

L'hypertonie a un rôle de protection se rapprochant de la fonction de pare-excitation du *Moi-Peau*. Tout d'abord, elle bloque les dangers provenant de l'extérieur, de l'environnement du sujet. En effet, comme évoqué précédemment, Monsieur B, en réponse à mon contact, durcit son enveloppe tonique. Son attitude rigide, des pieds à la tête, me dissuade ainsi de maintenir ce contact car j'ai la sensation d'être responsable d'un mal-être. Cette carapace permet le maintien d'une distance interpersonnelle adaptée au patient. Celle-ci lui permet de conserver une certaine sécurité psychocorporelle. Ce comportement est également observable lors des fins de séance avec Monsieur B. Lorsqu'il est dans la salle, il se permet de baisser sa vigilance et d'opérer des changements posturaux l'ouvrant aux autres. Cet espace contenant en psychomotricité semble lui apporter un sentiment de sécurité

l'autorisant à relâcher un peu sa tonicité. Or, dès la sortie de la salle de psychomotricité et en particulier à l'entrée dans le lieu de vie de l'unité, Monsieur B réendosse sa carapace et marche le long des murs. Il conserve ainsi une distance de sécurité, l'éloignant des interactions sociales ainsi qu'une contenance physique par le contact avec le mur. Ces dernières sont vécues comme hostiles. Par ailleurs, en tant que pare-excitateur, la carapace protège également des menaces provenant de l'intérieur même du patient. Les angoisses de Monsieur B sont un risque constant de désorganisation, de débordement attaquant son intégrité corporelle. L'hypertonie lui permet alors de conserver une cohésion corporelle dans une tentative de maîtrise et de contrôle des angoisses. Sa carapace peut également les transformer en tension corporelle afin de les contenir et les diminuer.

Le second rôle de la carapace psychocorporelle de Monsieur B est de lui apporter de la contenance. Comme évoqué précédemment, il présente un risque d'effondrement, une angoisse de morcellement mettant à mal son sentiment d'unité corporelle. L'hypertonie devient alors un moyen de rassembler son corps, de renforcer la sensation de limites de son enveloppe afin de se sentir unifié. Toutefois, ce fonctionnement éloigne la possibilité de nuances toniques étant donné que pour ressentir son corps entier, il lui est nécessaire d'être constamment dans un état de contraction. En effet, le manque de régulation tonique est bien présent chez Monsieur B. Le relâchement musculaire signifie pour ce patient, de s'exposer à la fragmentation de son enveloppe corporelle et à une forte vulnérabilité le mettant en danger. Pourtant, Robert-Ouvray (2007) insiste sur le rôle important de l'hypotonie et du relâchement tonique pour sentir et ressentir toutes les nuances sensorimotrices de son corps. Le fonctionnement tonique de Monsieur B, seulement axé sur une tonicité élevée, falsifie alors sa perception et son vécu corporel.

Le terme de carapace est également utilisé par Dolto (1989/2018) dans son concept du *complexe du homard*. Elle utilise cette image pour décrire la crise d'adolescence. Les homards ont besoin de changer de carapace lors de leur mue car celle-ci devient trop étroite pour eux. Ils s'en trouvent donc dépourvus lors d'un temps, dans un état de grande vulnérabilité face aux prédateurs. Tout au long de son enfance, l'individu porte une carapace construite en grande partie par les interactions maternelles lors de la prime enfance. À l'adolescence, cette carapace n'est plus adaptée et le jeune doit en changer pour se construire sa propre carapace. Dans cette transition, il se retrouve alors vulnérable, sans protection face

à ses propres ressentis et aux dangers du monde qui l'entoure. Dolto (1989/2018) affirme qu'il est toutefois nécessaire de se détacher de sa carapace d'enfant à l'adolescence pour s'en construire une nouvelle plus adaptée, malgré les possibles risques que cette perte lui fait courir. Bien que l'auteure ne parle pas directement de carapace tonique dans cette image, il est possible de faire un rapprochement. Monsieur B est comme coincé dans cette carapace et s'il la retire, il s'expose et devient vulnérable à son environnement car il perd ainsi toutes formes de protections. Pour autant, il est possible que ce soit par ce chemin qu'il puisse reconstruire de nouvelles bases, une nouvelle carapace moins tonique et plus adaptée afin de s'inscrire à nouveau dans une relation au monde qui l'entoure.

La carapace psychocorporelle de Monsieur B témoigne d'un *Moi-Peau* défaillant. L'hypertonie tend à remplacer les fonctions de ce dernier. Toutefois, elle n'est pas optimale puisqu'elle entraîne également un retrait de la relation ainsi qu'un éloignement des sensations corporelles clivant le corps et l'esprit. Je me demande alors comment travailler, en thérapie psychomotrice avec l'ambivalence de cette carapace tonique. Dans la prise en soin de Monsieur B, il s'agit d'expérimenter la notion d'enveloppe pour renforcer le sentiment d'unité afin de reprendre conscience de son corps, pour ensuite pouvoir se tourner vers l'autre, tout en veillant à ne pas détruire cette forteresse protectrice.

2 Le tonus pour se réapproprier son corps afin d'entrer en relation

Le tonus, dans le suivi psychomoteur de Monsieur B et plus particulièrement dans l'atelier « Jeux Relationnels », l'invite à une prise conscience de son corps. Pour cela, la succession d'expériences de différentes variations toniques est nécessaire. Toutefois, étant donné l'insécurité psychique de Monsieur B, il est nécessaire que l'atelier soit enveloppant, cadrant, rassurant, pour qu'il puisse se sentir soutenu, unifié et sécurisé dans ses expériences.

2.1 Expérimenter les variations toniques pour ressentir ses limites

Robert-Ouvray (2007) définit le schéma corporel comme « la façon de se tenir, de se déplacer, de se situer par rapport aux autres. C'est pouvoir se servir de son corps dans une relation avec autrui » (Robert-Ouvray, 2007, p. 89). Il est alors impliqué dans les notions de posture, de motricité et de relation et donc dans la problématique de Monsieur B. En effet, en séance, nous venons mettre en jeu le schéma corporel et l'image du corps tout aussi impliquée, afin de lui permettre de ressentir son corps, ce qui est à lui et ce qui est différent de lui et donc ce qui fait la limite entre les deux.

Robert-Ouvray (2007) nous rappelle que les expériences sensorielles que vit l'enfant dans la relation, comme les variations du tonus, de la vision, de l'ouïe, l'aident à conscientiser et à intégrer ce qui vient de dedans et de dehors. Il peut alors se construire un intérieur et un extérieur et donc une limite entre les deux. En s'appuyant sur ces idées, expérimenter les variations toniques à l'aide d'activités ludiques ou de relaxation aident à recréer une limite via une enveloppe corporelle unifiée et non poreuse. En faisant varier le niveau tonique du corps, les sensations ressenties varient elles aussi. Par exemple, lors de l'éveil corporel de l'atelier « Jeux Relationnels », je propose des mouvements alternant la contraction et la décontraction musculaire. Contracter son muscle implique un recrutement tonique important et à l'inverse, un relâchement du tonus musculaire est nécessaire pour atteindre la décontraction. Lors des premiers essais au niveau des membres inférieurs, Monsieur B peine à alterner ces deux opposés. Son hypertonie ne laisse place qu'à une faible possibilité de variations toniques. J'arrive cependant à apercevoir de légers mouvements au niveau de son pied gauche témoignant d'un changement de tonus musculaire. Après plusieurs répétitions, l'amplitude de ses mouvements augmentent reflétant la possibilité pour Monsieur B d'expérimenter le relâchement tonique. Ainsi, il découvre de nouvelles sensations. Par exemple, ses appuis viennent se modifier. La surface de contact avec la chaise ou avec ses pieds sur le sol augmente lorsqu'il vient relâcher son tonus et diminue lorsqu'il l'augmente. Des variations internes de sensation s'opèrent également dans l'expérience de ces deux états toniques tout aussi importants l'un que l'autre comme nous avons pu le voir dans le développement du nourrisson.

Ainsi, avec l'aide de mes verbalisations, Monsieur B peut prendre conscience des différentes structures du corps telles que sa peau, ses muscles mais également ses os. Ce travail d'enveloppe corporelle intégrant le schéma corporel permet de mettre en lien tout le corps du patient, mettant au travail son enveloppe psychocorporelle défaillante. Pour Monsieur B, un appui externe reste nécessaire car il n'a pas suffisamment de ressources internes pour expérimenter seul. Il s'appuie alors sur le corps de l'autre notamment par l'imitation et donc par un contrôle visuel. Les notions d'appuis sur la chaise et sur le sol favorisent l'ancrage psychocorporel conduisant au sentiment de solidité relié à celui de sécurité. Dans un enveloppement sensoriel et notamment proprioceptif par les variations toniques, il est possible de ressentir son corps et d'intégrer ses limites corporelles. Ses différentes expériences mobilisent l'entièreté du corps du patient et le conduisent à percevoir son corps dans sa globalité. Par la suite, une délimitation entre l'espace interne et externe s'intègre, assurant le sentiment d'unité et d'intégrité. La différenciation entre le Soi et le non-Soi invite à l'individualité et réaffirme l'identité du sujet.

2.2 Mettre en jeu la tonicité axiale pour conscientiser son axe corporel

Robert-Ouvray (2007) explique que la colonne vertébrale a un rôle d'axe corporel mais également d'axe psychique étayant la construction du sentiment d'identité d'un sujet. Elle a un rôle d'unificateur psychocorporel et aide à obtenir une meilleure conscience de soi. Pour Monsieur B, sa colonne demeure inconnue. Elle n'est pas intégrée comme soutien de sa psychomotricité. Le lien entre les différentes parties de son corps, de son psychisme n'est pas unifié. Cette absence de continuité freine l'acquisition d'un sentiment de sécurité interne soutenant la possibilité de relation à l'environnement.

Afin de ressentir cet axe et de l'intégrer, je propose en séance d'expérimenter des mouvements d'enroulement et de déroulement de la colonne vertébrale. L'enroulement renvoie à la posture archaïque du nourrisson qui flotte dans l'espace utérin. Cette posture rassemble physiquement le corps, mais recentre également la psyché de façon inconsciente. « L'apparition de l'identité du bébé est conditionnée par le rassemblement du corps en une image globale. Sans cette image de soi, le sujet ne peut pas accéder à la pleine conscience de sa personne » (Robert-Ouvray, 2007, p. 83). Elle rappelle également la posture de portage du bébé dans les bras de son parent. Étant donné le rôle de l'enroulement, du rassemblement

dans la construction d'une psyché stable pour l'enfant, refaire l'expérience de cette posture à l'âge adulte, peut aider à vivre son corps, ne serait-ce que pour un court instant, dans un état de sécurité rassurant. Robert-Ouvray (2007) explique que dans le développement psychomoteur de l'enfant, c'est autour du sixième mois qu'il intègre une image de soi globale en rassemblant et coordonnant chaque segment de son corps en une même unité. En même temps que ce rassemblement corporel a lieu un rassemblement psychique. Les différentes parties du Moi se rassemblent et grâce à cela naît la capacité d'attention. La position d'enroulement permet un retour sur soi. Elle a pour fonction de rassurer et également de restructurer. En effet, le déroulement permet de vivre un mouvement tourné vers l'extérieur amenant à une ouverture corporelle et au déplacement de son attention pour comprendre son environnement. Ces expérimentations mêlent un travail autour de l'axe corporel, des postures mais également de la proprioception afin de sentir et ressentir son corps bouger dans l'espace. Pour Monsieur B, je remarque d'ailleurs que la répétition de ces exercices le conduit au redressement axial et à l'ouverture posturale. Porter son attention sur l'axe corporel et sa mobilité permet de l'intégrer et de le conscientiser comme un élément sûr du corps. Il peut ensuite, ouvrir son champ visuel et porter ainsi son attention sur son environnement.

Les variations toniques accompagnent Monsieur B dans la (re)découverte d'une intégrité corporelle ainsi que d'une continuité d'existence autrement qu'avec l'hypertonie. La prise de conscience de ses limites et de son axe corporel permet un premier travail d'individualisation en différenciant ce qui appartient au dedans de ce qui appartient au dehors. Les séances de psychomotricité impliquent notamment une mise en mouvement corporelle en appui sur le tonus d'action. Nous allons voir que le mouvement est un élément primordial pour entrer dans la relation.

2.3 Tonus et mouvement : une entrée dans la relation

Afin de faire sortir Monsieur B de son immobilisme, ma maître de stage et moi insistons sur sa mise en mouvement corporelle. Nous allons voir que par ce biais, il peut s'appuyer sur les autres afin de communiquer et de s'autoriser à entrer en relation.

Tout d'abord, rappelons-nous que c'est le tonus et notamment celui d'action qui rend possible le mouvement. En effet, il s'agit de la « toile de fond du mouvement » (Pujilet, 2009, p. 2). Scialom (2011) définit le mouvement comme un changement de position des différentes parties corporelles dans l'espace. L'enfant au début de sa vie, se meut de façon involontaire, puis petit à petit, il acquiert un contrôle sur son mouvement. Ce dernier devient intentionnel et coordonné. Il devient un geste porteur de sens et dirigé vers un but. Ainsi, le sujet peut l'utiliser comme moyen d'expression et de communication. Carric (2001) décrit l'acte comme un mouvement qui « exprime le sujet dont il émane [...] et résulte de la mise en jeu consciente et réfléchie des forces et tendances qui déterminent l'action » (Carric, 2001, p. 5). Enfin, Robert-Ouvray (2004) explique que les comportements moteurs du nourrisson s'associent à « une pulsion sociale [orientée] vers l'autre » (Robert-Ouvray, 2004, p. 26). Le mouvement participe donc pleinement à entrer dans la relation. En outre, le tonus a également comme fonction la communication. Robert-Ouvray (2004) le décrit d'ailleurs comme un « système intermédiaire dans la communication émotionnelle » (Robert-Ouvray, 2004, p. 42). Dans le groupe, les échanges de balles, par exemple, impliquent de se mettre en action, c'est-à-dire de diriger un geste vers l'autre avec une intentionnalité. Monsieur B, en expérimentant ces activités, dirige son attention vers l'extérieur et prend en compte l'autre afin de lui envoyer l'objet. De cette manière et à travers son corps, il s'implique dans une relation même si ses difficultés de régulation tonique compliquent le jeu.

La mise en mouvement du corps a également comme répercussion, la mise en mouvement du psychisme. Pour le tout-petit, c'est par le mouvement et l'environnement que se crée la pensée. Wallon dit que « le dynamisme moteur est étroitement lié à l'activité mentale » (Carric, 2001, p. 145). Dans nos séances, par les différentes activités que nous proposons, nous sollicitons la mise en mouvement corporelle de Monsieur B. Comme dit précédemment, ce patient présente un psychisme autocentré, refermé dans une carapace narcissique. Dans cette mouvance corporelle, nous l'amenons à élaborer sa pensée ainsi qu'à développer ses capacités communicationnelles. Il montre une possibilité d'entrer en contact par le regard en initiant lui-même ce mouvement oculaire et donc à prendre conscience de l'autre. En effet, il relève la nuque impliquant un recrutement tonique ce qui ouvre son champ visuel. Il l'investit alors pour regarder les différents membres du groupe. À travers ce mouvement, il est possible de considérer que sa pensée s'ouvre et se (re)met en route. Ainsi, au fil de la séance, Monsieur B est de plus en plus mobile physiquement et cela semble

stimuler une mouvance psychique. Par conséquent, en l'accompagnant dans l'investissement de son corps en mouvement, cela stimule des mouvements psychiques favorisant la communication. Ces expériences corporelles permettent à l'individu de se tourner vers l'extérieur et donc vers autrui.

Les tonus dans les séances de Monsieur B et notamment dans l'atelier « Jeux Relationnels » l'accompagnent vers une réappropriation corporelle. Par les expériences psychomotrices via son propre corps, il peut davantage entrer en relation et communiquer avec les individus du groupe qui l'entourent. Toutefois, nous allons voir maintenant, que la psychomotricienne par son propre corps et la relation thérapeutique qu'elle a établie, est également un appui particulier et nécessaire dans la prise en soin de Monsieur B.

3 Relation thérapeutique et dialogue tonico-émotionnel

Une prise en soin implique une relation entre deux êtres. Des échanges qu'ils soient verbaux comme non-verbaux s'établissent : un dialogue tonico-émotionnel se crée. Cependant, cette relation se doit d'être thérapeutique, étant donné qu'elle s'effectue entre un patient et un soignant. En effet, le psychomotricien joue un rôle primordial et doit veiller constamment à s'ajuster, à se remettre en question pour que sa place dans la relation soit adaptée au patient en face de lui. Par cet accordage, il peut pleinement devenir le support de la relation mettant en place sa fonction contenante.

3.1 Transferts et contre-transferts

Dans la relation avec Monsieur B, je m'engage par ma posture, mon attitude, ma voix à travers un dialogue soutenu par le tonus. Cet échange avec ce patient est rythmé par des émotions. De Ajuriaguerra (1985) démontre d'ailleurs le lien étroit entre variations toniques et variations émotionnelles. Les interactions impliquent donc des transferts entre les différents interlocuteurs. En psychomotricité, le patient apporte avec lui ses ressentis, ce qu'il éprouve et le dépose en séance. Le psychomotricien vient accueillir les émotions du patient et peut être amené à les ressentir dans son propre corps. Suite à cela, un contre-transfert peut avoir lieu. Il se dévoile de façon inconsciente, amenant le thérapeute à modifier son attitude corporelle. Le mouvement de transfert est décrit « comme une contagion qui

« passe d'un corps à l'autre » (Scialom et al., 2011, p. 159). Or, en tant que psychomotricien, il ne faut pas être dans la fusion avec son patient, en risquant d'être détruit par la souffrance qu'il transfère mais dans une juste distance, dans un accueil des ressentis et des émotions du patient. Il s'agit alors d'une position d'empathie. Je me tourne d'ailleurs vers une citation où l'auteure affirme que « la communication tonique primaire émotionnelle reste à la base de la capacité de l'humain à être empathique avec autrui » (Robert-Ouvray, 2007, p. 167). Pour entrer dans cette position thérapeutique, il est nécessaire d'être attentif aux transferts et contre-transferts possibles afin de les identifier pour différencier ce qui vient du patient et ce qui nous appartient.

Lors des séances avec Monsieur B, il m'arrive de me retrouver perdue, noyée dans ces mouvements transférentiels. Par exemple, lors d'un atelier « Espace-Temps », je demande à Monsieur B de me décrire une image placée devant lui. Étant donné son besoin d'être guidé, je commence par lui poser une question, sans réponse de sa part. Par la suite, j'élève la voix, pensant qu'il ne m'entend pas et enchaîne les questions toujours sans réponse de sa part. Je sens alors mon dos se rigidifier et ma respiration se bloquer. Dans l'immobilité, Monsieur B conserve une posture repliée en hypertonie. Après la séance, j'identifie le changement de comportement qui s'est opéré dans mon corps. Au niveau de ma pensée, je ressens comme un vide avec des difficultés à mettre des mots sur cette séance. En échangeant avec ma maître de stage, je me rends compte que cet état reflète celui de Monsieur B, à la fois rigide dans son tonus et vide dans ses pensées. La position que j'ai adoptée de façon inconsciente a été envahissante pour lui. Je l'ai noyé dans un trop plein d'informations verbales et infra-verbales, ne lui permettant pas de se sentir sécurisée pour répondre. Dans son corps, cela se reflète par un état de passivité comme s'il s'est déconnecté de la situation tout en conservant une posture rigide et refermée sur son axe avec un agrippement au niveau des mains. Des mouvements transférentiels se sont donc opérés sans que je réussisse à m'en rendre compte. Cette passivité anxieuse du patient a provoqué chez moi le sentiment d'être submergée par la situation, comme si j'ai vécu ses émotions dans mon corps. Il me faut ensuite identifier toutes ces réactions pour réussir à me remettre dans la relation thérapeutique de façon plus adaptée. Lors de la séance suivante, je suis plus vigilante quant à mon attitude. Je me place à côté de lui de façon à ne pas être dans une posture frontale pouvant être perçue comme trop intrusive par le patient. Je réduis le flot d'informations que je lui donne, la vitesse de mon débit de parole et la puissance de ma voix. Je me rapproche de son propre état

psychomoteur comme si j'agis en écho, tout en veillant à rester disponible. Par la suite, Monsieur B s'oriente vers moi, me regarde et répond à l'une de mes questions.

Pour conclure, le dialogue tonico-émotionnel entre le patient et le psychomotricien apporte une richesse dans la compréhension du vécu du patient et de ses modalités relationnelles. Penser et repenser ces séances est une étape nécessaire dans une prise en soin afin de s'accorder au mieux au patient.

3.2 Fonction de contenance du psychomotricien

Potel (2019) affirme que le psychomotricien fait appel « à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique » (Potel, 2019, p. 360). Donc le psychomotricien a un rôle important de contenance. Il se doit d'avoir une capacité physique comme psychique de contenir les débordements et les possibles effondrements du patient. Le cadre spatio-temporel participe en grande partie à la contenance lors des séances. Le lieu de la séance tout comme sa durée sont des repères pour le patient créant une certaine stabilité et sécurité. Il est tout de même nécessaire de rappeler que dans les institutions, ce cadre externe peut souvent être amené à se modifier. En effet, les plannings chargés des autres professionnels les obligent quelques fois à intervenir sur l'horaire ou le lieu des séances de psychomotricité. En outre, la crise sanitaire actuelle implique de nombreuses modifications du cadre externe également. Cela montre d'autant plus l'importance de conserver un cadre interne en tant que psychomotricien pour garder cette fonction de contenance thérapeutique. Effectivement, par sa présence et ses propres ressources psychiques internes il peut aussi contenir, rassurer le patient et le protéger de ses menaces de déconstruction ainsi que de ses angoisses. Decoopman (2010) décrit différentes qualités nécessaires au thérapeute. Tout d'abord, il se doit d'être solide et contenant pour accueillir ce qu'amène le patient sans s'écrouler. Il doit pouvoir s'ajuster, rester bienveillant malgré les possibles attaques et enfin, montrer une disponibilité interne efficace. Toutefois, il s'agit ici de théorie. Dans la clinique et la rencontre réelle avec le patient, il est possible, comme décrit dans la partie précédente, de subir des mouvements transférentiels ou d'être moins disponible, solide le temps d'une séance ou d'un instant sans pour autant perdre sa posture

de thérapeute. Il est d'autant plus important d'analyser régulièrement ce qui peut se passer en séance afin de se remettre en question pour garder sa fonction contenant et rester dans un contexte de soin.

Ainsi ce portage psychique du psychomotricien renvoie à au concept de *holding* et de *handling* de Winnicott. James (2016) l'explique comme la façon dont la mère répond aux besoins de son enfant par des soins propices et porteurs de son bon développement psychomoteur. L'auteur ajoute l'idée que ce portage entraîne l'enfant vers l'autonomisation et donc l'indépendance. En séance, ma maître de stage et moi adoptons ce rôle de portage. Monsieur B à l'image du tout-petit présente des fragilités dans son axe, son tonus et son espace psychique. Afin de réguler l'envahissement tonique de Monsieur B, nous lui proposons une contenance psychique en freinant le trop plein d'excitation et la surstimulation ainsi qu'en le rassurant et l'encourageant par nos verbalisations. Cependant, le portage a également une composante physique. Or, il est vrai que nous établissons peu de contact physique avec Monsieur B. En effet, celui-ci est perçu comme intrusif et désorganisateur pour ce patient. Pour autant, dans le cadre sécurisant et contenant des séances où il s'autorise à expérimenter, il pourrait être intéressant d'inclure progressivement le toucher afin de lui proposer un enveloppement physique supplémentaire.

Par ailleurs, la fonction de contenance du psychomotricien renvoie également au concept de *containing* de Bion décrit par James (2016). L'auteur décrit le rôle maternel de transformer, par le rapport avec son bébé les éléments bêta de l'enfant, c'est-à-dire ses ressentis primitifs, en éléments alpha signifiants tels que les éprouvés de plaisir. Ce processus de contenance apporte au tout-petit une dimension relationnelle nécessaire au bon développement psychique. En séance, le psychomotricien peut adopter ce rôle se rapprochant de celui de la mère lors des premières phases de vie du nourrisson tout en restant différent de celui-ci par les autres fonctions du cadre que je ne décrirai pas dans ce mémoire. Ma maître de stage et moi recevons les éprouvés d'angoisse de Monsieur B et les transformons en le rassurant par des mots, des regards à l'aide du dialogue tonico-émotionnel et en le restituant dans un contexte spatio-temporel. Nous stimulons aussi Monsieur B par l'aspect ludique du jeu ce qui lui permet par la suite de s'investir pleinement dans ses expérimentations. Le psychomotricien a un rôle de pare-excitation en sollicitant et accueillant les ressentis psychomoteurs du patient.

Enfin, le tonus participe pleinement à la fonction de contenance. En effet, via le dialogue tonico-émotionnel, le patient peut se rendre compte de la présence du psychomotricien et de l'attention portée sur lui. Ce dernier l'enveloppe ainsi psychiquement dans une communication non-verbale et dans un accueil bienveillant. En raison de sa présence et de son cadre interne, il accompagne la personne psychotique sur le chemin de la réappropriation d'une enveloppe corporelle entière et efficace.

CONCLUSION

Ma rencontre avec la population géronto-psychiatrique me marque dans le rapport particulier qu'entretient le sujet porteur de maladies psychiques avec son corps. La psychose dissocie le corps et la psyché, mettant à mal un lien pourtant essentiel dans l'acquisition d'une psychomotricité harmonieuse et d'une relation à l'environnement adaptée. L'individu psychotique, enfermé dans un psychisme autocentré, habite alors un corps désinvesti et sujet à de nombreuses angoisses. Il peut ainsi se construire une véritable carapace le coupant de ses sensations tout comme de la relation. L'accompagnement en thérapie psychomotrice prend ainsi tout son sens. Au fil des séances, j'ai compris l'importance des fondements psychomoteurs et en particulierité du tonus dans la pratique avec ces sujets. Celui-ci présente un rôle polyfonctionnel. Il est aussi bien impliqué dans la mise en mouvement d'un corps que dans son interaction avec l'environnement.

La rédaction de ce mémoire me fait également réaliser l'importance de l'étayage du thérapeute et de la relation particulière qu'il entretient avec son patient. Le tonus joue encore un rôle dans celle-ci. Le dialogue tonico-émotionnel qui soutient la relation thérapeutique participe pleinement au réinvestissement corporel du patient. Pour que ce dialogue soit efficace, il est essentiel que le psychomotricien le prenne en compte dans son soin afin de le comprendre et de s'en servir comme axe thérapeutique à part entière.

Les expériences réalisées en séance permettent à Monsieur B d'explorer son propre corps et de le vivre dans le mouvement et la relation. La prise de conscience de ses sensations, de ses limites et de son axe participe au réinvestissement de son corps. Il peut retrouver une certaine variabilité tonique amenant à la diversité physique et psychique. Par la suite, il peut ouvrir sa posture, déplacer son attention sur l'environnement et interagir ainsi avec lui. Néanmoins, ces changements ne perdurent que le temps de la séance. Dès le retour dans l'unité, il se replie dans une carapace psychocorporelle limitant ses possibilités relationnelles.

Le retour à des expérimentations archaïques, sans besoin d'élaboration est nécessaire pour ce patient. Dans ce mémoire, je discute à plusieurs reprises du rôle du portage dans l'acquisition d'un sentiment d'unité et de sécurité psychocorporelles. Celui-ci s'appuie

notamment sur le contact direct entre deux corps. Concernant Monsieur B, cet axe de soin pourrait lui permettre de retrouver un sentiment de sécurité interne sur lequel s'appuyer pour maintenir son ouverture en dehors des séances. Cependant, sa problématique d'angoisse d'intrusion pourrait être réveillée par le toucher. Alors utiliser un médiateur, comme un tissu pour éviter le contact direct mais conserver la mise en jeu physique et le réveil sensoriel du toucher, peut être intéressant.

Aujourd'hui, Monsieur B continue les séances groupales de psychomotricité dans l'atelier « Jeux Relationnels ». Cependant, son avancée dans le processus de vieillissement vient me questionner quant à ses possibles évolutions psychocorporelles.

BIBLIOGRAPHIE

- Antoun, S. (2017). *Psychomotricité et Schizophrénie Rééducation psychomotrice sur les habiletés sociales chez des sujets schizophrènes adultes : Application de 2 protocoles*. Éditions Vie.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Dunod. (Original work published 1974)
- Brun, A. (2014). Miroirs du narcissisme : Cliniques de la psychose. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 4(1), 185-207. <https://doi.org/10.3917/jpe.007.0185>
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bulli.2007.01>
- Carric, J.-C. (2001). *Lexique du psychomotricien*. Vernazobres-Grego.
- Chaperot, C., & Celacu, V. (2010). La pensée et le langage par le corps dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 75(3), 435-444. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2010.06.003>
- Cherin, P. (2011). Effet du vieillissement sur les muscles : Sarcopénie et camptocormie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(62), 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2010.12.006>
- Clément, J. P. (2010). *Psychiatrie de la personne âgée*. Médecine-Sciences Flammarion.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2016). *Mini DSM-5® : Critères diagnostiques (5^e éd.)*. Elsevier Masson SAS.
- De Ajuriaguerra, J. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : Des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication. *Enfance*, 2, 265-277.

- Decoopman, F. (2010). La fonction contenantante : Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenantante du thérapeute. *Gestalt*, 1(37), 140-153. <https://doi.org/https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/gest.037.0140>
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Éditions du Seuil.
- Dolto, F., Dolto-Tolitch, C., & Percheminier, C. (2018). *Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard*. Gallimard jeunesse-Giboulées. (Original work published 1989)
- Feys, J.-L. (2017). De la non-existence des « structures psychiques » en psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 93(8), 677-684. <https://doi.org/https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1691>
- James, C. (2016). La notion de « containing » chez Bion et de « holding » chez winnicott dans le contexte de la matrice de groupe (P. Isackson, Trad.). *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 201-216. <https://doi.org/https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/jpe.011.0201>
- Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée : Réfléchir, agir et mieux vivre*. Presses de l'Université Laval ; Chronique Sociale.
- Kocak, F., & Fagnère, C. (2019). La schizophrénie, une psychose chronique. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(582), 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2018.11.009>
- Lacan, J. (1966). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In *Écrits* (p. 93-100). Éditions du Seuil.
- Le Métayer, M. (2018). Conception contemporaine de la proprioception – Évaluation et pratiques en rééducation. *Motricité Cérébrale*, 39(3), 74-82. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2018.07.001>
- Livoir-Petersen, M.-F. (2009). Le dialogue tonico-émotionnel. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 157, 96-107.

- Mauras, T., Marcel, J.-L., & Capron, J. (2016). La catatonie dans tous ses états. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(2), 115-123.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.12.017>
- Morrens, M., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Psychomotor slowing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 1038-1053.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/schbul/sbl051>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *La santé mentale : Renforcer notre action*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pierrot, M. (2012). *Tonus et relation thérapeutique en psychomotricité : Réflexion à partir de deux expériences cliniques en Service d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile* [Mémoire de psychomotricité]. Université Claude Bernard Lyon 1.
- Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps*. Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.01>
- Pot, A.-L., & Lejoyeux, M. (2015). La catatonie. *L'Encéphale*, 41(3), 274-279.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.03.001>
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès. (Original work published 2010)
- Pujilet, A. (2009). Le tonus dans tous ces états. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 157.
- Radenac, M. (2013). *Le tonus, un soutien pour le psychomotricien dans la prise en charge des personnes âgées démentes ?* [Mémoire de psychomotricité]. Université Claude Bernard Lyon 1.
- Robert-Ouvray, S. B. (2014). La fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 3(316), 16-21.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.

- Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer. (Original work published 1993)
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 145-177). Solal.
- Winnicott, D. W. (2019). La crainte de l'effondrement. *Cliniques*, 2(18), 16-28.
<https://doi.org/10.3917/clini.018.0016>

Vu par la maître de mémoire
À Lyon, le 13 mai 2021
Laëtitia PISSARD, psychomotricienne DE

Laëtitia PISSARD


Auteur : Marie DUBOURGNON

Titre :

Le tonus en psychomotricité : Axe de soin dans l'ouverture au monde d'un patient porteur de psychose chronique

Mots - clés : psychose – tonus – relation – posture – carapace tonique
psychosis – muscle tone – relation – posture – tonic shell

Résumé :

La psychose morcelle et désorganise. Elle clive le corps et la psyché. Les patients porteurs de psychose se retrouvent enfermés dans leur corps et leurs postures. En conséquence, leurs interactions avec l'environnement sont limitées. Mais comment accompagner un patient psychotique à retrouver du lien à son corps pour s'ouvrir à la relation en thérapie psychomotrice ? Le tonus est un des axes du soin. En effet, il est le soubassement de la psychomotricité de chaque être humain. Expérimenter les variations toniques, porté par un dialogue tonico-émotionnel avec le thérapeute, peut aider le patient à se réapproprier son corps afin de s'ouvrir au monde qui l'entoure.

Psychosis splits up, disorganizes, induces a cleavage between the body and the psyche. Patients find themselves locked in their bodies and their postures. Consequently, their interactions with their environment are limited. How could a psychomotor therapist support a patient to help him find a link to his body and then open up to relation ? Muscle tone is one of the answers to this question. Indeed, it is the foundation of the psychomotricity of every human being. The experience of muscle tone variations carried by the exchanges between the body of the therapist and the patient can help him to reclaim his body.