



BU bibliothèque Lyon 1

<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 I
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

=====

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation
Professeur Yves MATILLON

Dans sa tête, elle marche encore

*Accompagnement en psychomotricité de la perte de la verticalisation,
de la marche et des bouleversements identitaires associés chez une adulte
atteinte d'une sclérose en plaques*

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

par

Marie MARTINEAU

Juin 2015
N° 1277

Directeur du Département Psychomotricité : **Éric PIREYRE**

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germai

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

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

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

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

Comité de Coordination
des Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Institut des Sciences et Techniques
de Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

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

Secteur Sciences et Technologies

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

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

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

Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon
(EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

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

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de Lyon
M. GUIDERDONI Bruno

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

« *La tendance la plus profonde de toute activité humaine est la marche vers l'équilibre* »

Jean PIAGET,
extrait de *Six études de psychologie* (1987),
Paris, Folio essais

« **Dans sa tête, elle marche encore** » :
le titre de ce mémoire fait référence
au livre de Patrick Segal,
« *L'homme qui marchait dans sa tête* »
paru en 1977 chez Flammarion.



L'homme qui marche, Alberto Giacometti

SOMMAIRE

Introduction	7
--------------------	---

PARTIE 1 : Ma rencontre avec Mme E. Quand la verticalité contribue à devenir soi, la marche rythme le sentiment identitaire... et la maladie fait irruption	9
--	----------

I. A LA BASE D'UN ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITÉ : D'ABORD UNE RENCONTRE.....	10
1. Le cadre de soin	10
• Le cadre de mon stage de formation : présentation du SAMSAH.....	10
• La proposition d'un travail en psychomotricité.....	10
• Le cadre de mes rencontres avec Mme E.....	11
2. Qui est Mme E. ?	12
• Portrait de Mme E. au regard de la psychomotricité.....	12
• Les symptômes de Mme E.	12
• Une prise en charge multilocalisée	14
• Anamnèse.....	14
3. Une problématique déposée dès les premières rencontres	15
• Une présentation à laquelle je suis sensible	15
• Les jambes et la marche mises au premier plan	15

II. AU CŒUR DE LA PROBLÉMATIQUE DE MME E. : QUAND PERTE DE LA MARCHE RIME AVEC BOULEVERSEMENTS IDENTITAIRES	17
1. La verticalisation et la marche concourent au sentiment d'identité.....	17
• La verticalisation au berceau de l'humanité	17
• En marche vers son identité	18
• Marcher inscrit dans la relation.....	19
2. Perte progressive de la marche et sclérose en plaques : les bouleversements identitaires induits par la maladie.....	20
• Histoire de la maladie de Mme E. et de sa perte de la marche	20
• La sclérose en plaques, une maladie neurodégénérative.....	21

PARTIE 2 : Face au vécu d'un sentiment d'étrangeté, à la recherche d'une continuité d'existence	26
--	-----------

I. ENVAHI PAR LA MALADIE : CE CORPS QUI ABANDONNE, CE CORPS QUE L'ON NE RECONNAIT PLUS	27
1. Des auteurs nous parlent de l'atteinte au sentiment d'identité	27
• Identité et expression identitaire par le corps.....	27
• L'apparition d'un sentiment d'étrangeté.....	27
• Atteinte du narcissisme et représentation du corps	28

• L'apparition de la maladie comme une cassure : un préjudice au sentiment de continuité d'existence	29
2. Chez Mme E., un vécu corporel qui manque d'inscription dans le réel : des incompréhensions et toujours l'image d'un corps capable de marcher	31
• Une femme plongée dans le flou de ses incompréhensions	31
• Un vécu perdu entre le « encore possible » et le « devenu impossible »	33
• Sentiment d'étrangeté et représentation de la maladie	34

II. À PARTIR DES CONTINUITÉS SPATIO-TEMPORELLES ET CORPORELLES POUR RETROUVER UNE CONTINUITÉ D'EXISTENCE 36

1. Un travail basé sur une continuité entre les deux milieux	36
• Mise en jeu d'une sensorialité commune avec une balle à picots	36
• Trouver du même, du semblable chez l'autre.....	38
• Vers une unité corporelle	39
2. Pour une réappropriation globalisée et unitaire du corps : qu'en est-il de la continuité corporelle ?	40
• Des observations sources de questionnements.....	40
• Un bilan sur l'investissement de son corps de Mme E.....	41

PARTIE 3 : Face à la perte : un travail de renoncement pour « continuer à avancer » et la consolidation d'une base interne pour se retrouver et rester soi 44

I. LE RENONCEMENT, UNE QUESTION SENSIBLE QUI PREND PLACE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE 45

1. Un travail de deuil à faire	45
2. L'accompagnement thérapeutique de la perte et du renoncement	46
• Retrouver ailleurs pour renoncer ici.....	46
• Poser les mots.....	47
• En psychomotricité, une approche par la consolidation de la base interne.....	49

II. LE TRAVAIL AUTOUR DE LA VERTICALITÉ POUR CONFORTER LES ASSISES NARCISSIQUES ET RETROUVER UN SENTIMENT DE SÉCURITÉ INTERNE 50

1. A la recherche des appuis, sources d'ancrage pour être soi dans le monde et la relation	50
• Un travail autour des appuis plantaires dans le prolongement des jambes.....	50
• Mais aussi des appuis trouvés à l'extérieur	54
2. La recherche d'un équilibre global avec des mobilisations autour du bassin	55
3. Les yeux fermés pour se retrouver soi dans la relation.....	58
• Verticalité et sécurité interne	58
• Se recentrer sur soi et puiser dans ses ressources internes.....	59

PARTIE 4 : Réappropriation du corps et restructuration de l'image de soi avec les outils du psychomotricien 62

I. VERS L'INVESTISSEMENT D'UN CORPS-PLAISIR AVEC DES SENSATIONS EN ÉCHO À CELLES DE LA MARCHÉ 63

1. La psychomotricité pour un corps investi et source d'existence en tant que sujet 63
2. Sensorialité de la marche et corps-plaisir 65
3. Avec Mme E., vers une réappropriation de l'ordre du plaisir 66
 - Continuer à marcher dans l'eau 66
 - Repousser pour faire de la place au plaisir..... 67
 - Et si on bougeait ensemble ?..... 68

II. S'ATTACHER AU SCHÉMA CORPOREL ET À L'IMAGE DU CORPS POUR RETRAVAILLER LE SENTIMENT IDENTITAIRE 72

1. Sensorialité et conscience de soi..... 72
 - À partir de la sensorialité et de la mise en mouvement..... 72
 - Se retrouver grâce à la présence et l'être du psychomotricien 72
2. Autour du schéma corporel à partir de la sensorialité et du mouvement..... 73
3. Autour de l'image du corps 74
4. Image du corps, perte et réappropriation 75

III. DES PROJETS, UNE OUVERTURE POUR LA SUITE..... 76

Conclusion 78

Références bibliographiques 80

Remerciements..... 83

Résumé..... 85

INTRODUCTION

Un frisson me parcourt le dos. « *Ah bon ? Elle ne peut plus du tout marcher ?* » Et pourtant, elle en rêverait, elle ne parle que de ça... et elle y parvient parfois, mais seulement dans l'eau.

Sa sclérose en plaques l'a atteinte si jeune, son avenir s'en retrouve incertain et semé d'embûches. Les auteurs de la pièce *Bons Baisers de Huntingtonland*¹ parlent même de maladie « neurozigzagante » pour illustrer le flou dans lequel se retrouvent plongées les personnes affectées par une maladie neuroévolutive.

Ce traumatisme qui touche Mme E., une femme sclérosée en plaques, me frappe d'emblée, dès mon premier jour de stage de troisième année dans un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) où je la rencontre.

Le vécu de Mme E. vient réveiller en moi des questions qui me semblent existentielles, au sens de se sentir exister et d'être au monde. Que se passe-t-il dans la tête et le corps de la personne lorsqu'une maladie aussi handicapante que la sclérose en plaques vient s'intruser ?

C'est alors que je me mets à penser l'identité chez ces personnes qui se retrouvent, d'une certaine façon, victimes et prisonnières de leur maladie. Quels bouleversements identitaires connaît la personne, comment se retrouve-t-elle, continue-t-elle à habiter son corps, à être soi avec ces évolutions surprenantes, inattendues, inopinées, handicapantes et parfois douloureuses qui viennent toucher au plus intime de son organisation psychomotrice ?

De sa maladie, de ses symptômes et de son évolution, c'est surtout la perte de la marche qui ressort chez Mme E., tant dans ses propos et ses inquiétudes que dans ses demandes et l'investissement de ses soins.

Aussi c'est au travers de la perte de la verticalité et de la marche, qui participent à la construction et à l'équilibre identitaires de la personne, que je vais articuler ma réflexion de l'accompagnement en psychomotricité.

1 *Bons Baisers de Huntingtonland*, collectif Dingdingdong, théâtre Les Subsistances à Lyon novembre 2014.

C'est de cette situation qu'est née une grande question qui fait l'objet de ce travail à l'aboutissement de ma formation de psychomotricienne :

Lorsque la sclérose en plaques atteint l'identité de la personne adulte par la perte progressive et définitive de la verticalisation et de la marche, un processus et une fonction psychomoteurs essentiels, comment, en psychomotricité, accompagner cette perte et ces bouleversements identitaires associés ?

Le travail de réflexion qui découle de mon questionnement et dont je fais part ici suit le déroulement de la prise en charge de Mme E., à partir de notre première rencontre. C'est ce qui en constitue le fil rouge. J'ai fait le choix de partir de ce que Mme E. vient déposer dans le cadre de sa prise en charge en psychomotricité avec moi, de ses ressentis et de mes propres vécus et éprouvés, afin de retranscrire au mieux les étapes de son accompagnement, mes intuitions, mes propositions et mes observations. Divers éléments théoriques viennent au fil de cette histoire de notre rencontre appuyer mes hypothèses cliniques et me guider pour la suite de son accompagnement.

Nous allons voir ainsi, au travers du cas de Mme E., que cette perte de la verticalité et de la marche induite par la sclérose en plaques sous-tend de nombreux bouleversements identitaires en faisant naître chez la personne un sentiment d'étrangeté face à ce corps qui l'abandonne, qui ne lui permet plus de se reconnaître. Le sentiment profond de continuité d'existence, indispensable au sentiment d'identité qui fonde la personne, en est affecté lui aussi.

Cela débouchera sur une réflexion autour de la confrontation à la perte et à son accompagnement dans un soin en psychomotricité. Il s'agit, pour tenter de consolider l'identité et se retrouver soi dans un équilibre psychocorporel stable et qui permette une inscription en tant que sujet dans le monde, de chercher à élaborer un travail de renoncement pour « continuer à avancer » et d'accompagner dans la recherche et la consolidation d'une base interne.

J'approfondirai ma pensée sur la réappropriation du corps alors possible et souhaitable pour la personne, soutenue par une restructuration de l'image de soi dans une dynamique de plaisir, ceci grâce aux spécificités de la thérapie psychomotrice, et donc également du psychomotricien.

PARTIE 1

Ma rencontre avec Mme E.

Quand la verticalité contribue
à devenir soi, la marche rythme
le sentiment identitaire...
et la maladie fait irruption

I. À LA BASE D'UN ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE :

D'ABORD UNE RENCONTRE

1. Le cadre de soin

Le cadre de mon stage de formation : présentation du SAMSAH

Je rencontre Mme E. dans le cadre d'un de mes stages de troisième année de formation dans un Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) auquel je me rends une journée par semaine.

Le SAMSAH repose sur le fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire et vise à proposer à des adultes en situation de handicap un accompagnement médical et social de proximité afin de permettre un retour ou un maintien à domicile tout en assurant une coordination des soins et des rééducations. La mise en œuvre de moyens de compensations (aides humaines ou techniques) peut être proposée dans ce cadre, l'objectif étant également de développer une autonomie en relation avec l'entourage familial et social. Ainsi, le service se propose de coordonner les soins et d'accompagner le développement de l'autonomie sociale du bénéficiaire en tenant compte du milieu local et des contraintes éventuelles du milieu familial.

Le SAMSAH dans lequel j'interviens accueille un public adulte ayant un handicap résultant d'une lésion cérébrale (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale) ou atteint d'une Pathologie Chronique Évolutive (Chorée de Huntington, sclérose en plaques...). Les bénéficiaires du SAMSAH sont âgés de 20 à 59 ans et y sont orientés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

L'équipe transdisciplinaire qui assure le bon fonctionnement du SAMSAH est composée d'un médecin généraliste, d'infirmières, d'une psychologue clinicienne, d'un psychologue du travail, d'une neuropsychologue, d'ergothérapeutes, de deux psychomotriciens en ce qui concerne le pôle médical et paramédical ; et d'assistantes sociales, d'une conseillère en économie sociale et familiale et d'éducateurs spécialisés pour le pôle social. L'équipe est chapeautée par une directrice, un coordinateur qui a la double casquette de psychomotricien.

La proposition d'un travail en psychomotricité

La prise en charge en psychomotricité peut être proposée aux bénéficiaires à la suite d'une demande de l'équipe ou d'une proposition de la psychomotricienne découlant des ré-

flexions élaborées en équipe. Cette prise en charge est soit groupale, soit individuelle et peut s'appuyer sur diverses médiations. En groupe, un travail en piscine, auquel je participe, est possible, ainsi qu'en relaxation. En individuel, les propositions sont diverses et variées et suivent le projet pour la personne pensé en équipe, mais aussi les observations, les ressentis et les intuitions que la personne induit avec ce qu'elle vient déposer en séance.

Au sein de l'équipe, en psychomotricité nous nous attachons à penser le corps au travers de ce qui est amené des difficultés de la personne dans son quotidien, à domicile ou dans ses relations. Dans cette dynamique nous prenons en compte nos propres observations, mais aussi ce qui se joue dans la rencontre des autres professionnels avec la personne.

Un bilan peut être proposé dans le premier temps de la rencontre. Il nécessite systématiquement une adaptation aux capacités de la personne suivant sa pathologie et ses troubles. En fonction des demandes et des besoins, cette rencontre peut se faire aussi autrement que dans un bilan, par une observation et des premiers échanges qui permettent mutuellement de « s'approprier » pour nouer les prémices d'une relation de confiance à la base de la thérapie.

Le cadre de mes rencontres avec Mme E.

Dès mon premier jour de stage, je rencontre Mme E. dans le cadre de sa prise en charge au sein du groupe piscine qui a lieu tous les quinze jours, dans une piscine municipale dont la température de l'eau est augmentée avant notre arrivée. Il s'agit d'un groupe constitué de sept adultes accompagnés par de nombreux soignants. En effet, la psychomotricienne et un ergothérapeute encadrent ce groupe, avec chacun un stagiaire, dont moi-même. De plus, sur place, nous retrouvons un éducateur sportif.

D'emblée, ma maître de stage me propose d'intervenir plus spécifiquement auprès de Mme E. Ce que Mme E. et moi-même acceptons, et il en sera de même pour toutes les séances de l'année qui suivront. Cela m'a permis de proposer à Mme E. un suivi plus individualisé au sein même du groupe, les autres soignants fonctionnant sur un mode similaire avec les autres bénéficiaires du groupe.

À plusieurs reprises, Mme E. n'a pas pu participer au groupe piscine du fait de son indisposition ou pour des raisons médicales. Ce fut alors pour moi l'occasion de lui proposer des séances en salle de psychomotricité au cœur des locaux du SAMSAH. Mme E. a bien adhéré à ces propositions alors ponctuelles. Mais le travail en salle me semblait tout à fait complémen-

taire du travail dans l'eau, je me suis vu lui proposer de façon plus régulière, par quinzaine, une séance en salle de psychomotricité. Un projet que Mme E. a accepté.

2. Qui est Mme E. ?

Portrait de Mme E. au regard de la psychomotricité

Mme E. est une femme âgée de 37 ans. D'origine marocaine, elle est brune avec des cheveux longs et épais qu'elle porte souvent détachés, tels qu'ils encadrent son visage dont la peau est claire.

Mme E. se déplace en fauteuil roulant au moment où je la rencontre. Du fait de sa pathologie, ses deux jambes sont très spastiques et me donnent l'impression d'être un bloc immobile, lourd et encombrant.

Mme E. est hypotonique au niveau de son buste. Son dos est voûté par une cyphose dorsale accentuée, avec une légère flexion latérale à droite, ses épaules sont enroulées. Son port de tête suit également ce mouvement.

Elle présente peu de mimiques faciales. Suivant ce qu'elle dit, son visage reste dans une expression assez figée, avec cependant régulièrement un sourire qui s'affiche, alors bien en lien avec son discours et la situation.

Globalement, le rythme de Mme E. est lent, sa tonalité de voix est faible.

Lorsque nous nous retrouvons pour nous rendre à la piscine, elle porte une tenue de sport sans coquetterie particulière. Cependant, les fois où je la rencontre pour des séances en salle, Mme E. se présente très apprêtée, féminine, maquillée et les cheveux relevés.

Lors de notre première rencontre, elle me semble assez fermée au premier abord sur le plan de ses expressions corporelle et émotionnelle, même si elle me sourit lorsque nos regards se croisent.

Les symptômes de Mme E.

Mme E est atteinte d'une sclérose en plaques progressive² dont le diagnostic a été posé alors qu'elle était âgée de 27 ans. L'évolution de sa maladie a été rapide entre son diagnostic et aujourd'hui, si bien que son neurologue parle de stade secondairement progressif, qui pourrait

2 Les termes spécifiques de la sclérose en plaques seront explicités plus loin.

faire écho à de nombreuses poussées rapprochées dans le temps.

Du fait de sa sclérose en plaques, Mme E. présente un syndrome pyramidal avec une importante spasticité au niveau des membres inférieurs, cotée à quatre sur l'échelle d'Asworth. Cela provoque une attitude d'extension difficilement réductible qui bloque la marche et gêne les transferts. Cette hypertonie spastique de l'ensemble des groupes musculaires et notamment au niveau des quadriceps, rend toute mobilisation passive impossible.

Mme E. souffre de douleurs neuropathiques, notamment au niveau des cuisses et des pieds.

Elle est gauchère et présente une parésie du membre supérieur gauche ainsi qu'un déficit sensitif au niveau de ce même membre. L'hypoesthésie touche également les deux membres inférieurs où elle est plus marquée à droite. La motricité est normale au membre supérieur droit, mais faible au membre supérieur gauche. On trouve également chez Mme E. une hypoallosthésie (trouble neurologique correspondant à une diminution de la sensibilité vibratoire) très sévère dans le membre supérieur gauche.

Elle présente une diplopie et un nystagmus dans les regards latéraux. Elle ne présente cependant pas de trouble de la déglutition ni de syndrome cérébelleux. Des troubles urinaires sont stabilisés avec un traitement médicamenteux.

À cela s'associent une fatigabilité majeure et une lenteur dans l'exécution des mouvements qui influent beaucoup sur son quotidien. Elle souffre de troubles importants du sommeil.

Sur le plan cognitif, Mme E. se plaint de troubles de la mémoire. Elle se plaint également d'un ralentissement psychomoteur global. Je peux moi-même faire le constat de ces deux symptômes chez Mme E. Les repères dans l'espace sont un peu moins efficaces et un déficit des fonctions attentionnelles est aussi relevé.

Sur le plan psychique, la psychologue extérieure au SAMSAH qui suit Mme E. avait diagnostiqué, après un épisode dépressif, un trouble anxieux généralisé.

En décembre 2009 a été également diagnostiquée chez Mme E. une leucémie myéloïde chronique, peut-être consécutive à l'un des traitements qu'elle a reçus contre la sclérose en plaques. Cette pathologie est aujourd'hui globalement stabilisée grâce aux traitements. Au contraire des leucémies aiguës, le pronostic vital de Mme E. n'est aujourd'hui pas engagé avec cette forme de la pathologie.

Une prise en charge multilocalisée

Mme E. est suivie au SAMSAH dans le cadre du groupe piscine et de séances en psychomotricité avec moi, mais aussi dans le cadre d'ateliers cuisine et culturel.

Elle est également suivie par le neurologue d'un hôpital spécialisé, par un autre établissement pour sa leucémie, par la psychologue d'un réseau spécialisé de la sclérose en plaques de la ville et enfin par un centre de rééducation spécialisé de la sclérose en plaques au sein duquel elle est hospitalisée au moins une fois par an.

Anamnèse

Mme E. vit seule, elle n'a pas d'enfant et se trouve actuellement dans une procédure de divorce qui dure. Elle est venue habiter sa ville actuelle pour suivre son ex-mari. Cette séparation fut une étape difficile pour elle, aussi l'évoquait-elle très souvent au début de sa prise en charge. Le mariage de Mme E. avait eu lieu avant le diagnostic de sa sclérose en plaques, et il semblerait que sa maladie ait pris une place importante dans cette séparation.

Avant d'être atteinte par sa maladie et ses symptômes qui réduisent nettement ses capacités corporelles, Mme E. était une femme très dynamique qui pratiquait la danse hip-hop. Elle exerçait la profession de secrétaire dactylographe.

La famille de Mme E. ne vit pas très loin et est plutôt présente, elle s'y rend régulièrement les week-ends. Mme E. fait partie d'une grande fratrie. Une de ses sœurs est aussi atteinte d'une sclérose en plaques et un autre de ses frères présente un handicap important du fait d'une grave pathologie congénitale. Les différences d'évolution et de symptômes avec la sclérose en plaques de sa sœur génèrent des incompréhensions chez les parents qui déclarent que puisque la sœur de Mme E. marche encore, Mme E. doit pouvoir marcher ou retrouver l'usage de ses jambes. Des propos et des espoirs auxquels Mme E. n'est sûrement pas insensible.

Mme E. présente une tendance au clivage pour ce qui est de sa vie familiale et de sa « vie au SAMSAH » et ses soins. Elle refuse les propositions d'entretien avec sa famille. D'autre part, sa famille, qui est reconnue comme soutenante par le SAMSAH, n'est pas au courant du diagnostic de sa leucémie.

3. Une problématique déposée dès les premières rencontres

Une présentation à laquelle je suis sensible

Ma maître de stage m'explique à mon arrivée que Mme E. est une femme pour qui la perte de la marche du fait de sa maladie prend beaucoup de place dans ses soins : elle en parle très fréquemment et fait part à chaque membre de l'équipe du SAMSAH de son souhait de remarcher.

La psychomotricienne m'expose également son projet de soin. Si le groupe piscine a été proposé à Mme E., c'est que l'eau se présentait pour la psychomotricienne comme un milieu facilitateur de mouvements. Le travail dans l'eau, rendant la verticalisation possible, allait lui permettre de la soutenir dans l'évolution de son corps et dans l'estime de soi, là où Mme E. n'était que dans la perte.

Cette question de la perte me touche ainsi dès le départ, faisant surgir en moi des questionnements nouveaux quant à tout ce qui peut être vécu dans le corps et qui n'a pas à voir dans la prise en charge directement avec le développement, les acquisitions psychomotrices ou leur maintien, comme je l'avais beaucoup étudié et pensé jusqu'alors. Ici, c'est la perte progressive et irrémédiable d'une part de ce qui soutient la psychomotricité de la personne que je vais penser.

Les jambes et la marche mises au premier plan

Dès la première séance, qui se déroule en piscine, je suis d'emblée mobilisée par Mme E. autour de sa problématique de la marche. Il en sera de même pour la plupart des séances qui suivront.

L'eau permet à Mme E. de retrouver une verticalité en position debout, dans laquelle son équilibre est précaire et difficile à trouver, mais aussi de nager. Elle centre alors son attention, et la mienne au travers de ses mots et de ce qu'elle souhaite me montrer, sur ses jambes. J'ai l'impression de ne pas avoir d'autre choix que celui de travailler autour de cette partie de son corps.

Mais la psychomotricienne me met en garde : même si Mme E. est effectivement capable de retrouver la posture debout et la marche dans l'eau, nous devons prêter attention à ne pas entretenir l'illusion que ces fonctions seraient définitivement de retour dans le répertoire moteur de Mme E. ou que cette réacquisition est proche.

De ces premiers instants naissent des interrogations qui seront les prémices de ma réflexion pour ce travail de mémoire. La maladie, subitement, apparaît dans le corps, chez la personne adulte déjà forte de ses expériences et de son histoire. Comment l'organisation psychomotrice de cette personne est-elle bouleversée par cette irruption ?

Ce que me renvoie le vécu de ce traumatisme de la maladie a quelque chose pour moi au départ de très angoissant, voire d'insupportable, d'inacceptable. J'ai l'impression qu'avec un tel changement, c'est comme si tout s'arrêtait de tourner, que plus rien ne sera comme avant, que tous les rêves, les projets et une partie de soi tombent à l'eau. C'est en tout cas le sentiment auquel je suis en proie au départ. J'en viens même à me demander si je ne serais pas tentée de tout laisser tomber dans le cas où la maladie me « tomberait dessus » ainsi. Cependant, même avec les atteintes les plus graves, nous, êtres humains, restons toujours bien vivants, notre corps nous appartient toujours. Je me demande si le travail à faire n'est pas pour que les choses, la vie, continuent de tourner ou se remettent à tourner, mais autrement... Pour penser de tels accompagnements, je vais essayer de m'appuyer sur ma position de soignante et mon identité professionnelle en construction, en écoutant mes propres vécus. Cette spécificité du psychomotricien à utiliser ses ressentis comme outils et à sentir les choses au contact de la personne va m'aider à rencontrer Mme E. là où elle en est.

Ainsi je m'interroge : est-il possible de parvenir à conserver un équilibre, ou d'en trouver un nouveau qui aide à continuer à vivre avec cette maladie et son corps marqué par la maladie et qui semble parfois faire défaut ? Comment le psychomotricien peut-il intervenir auprès de la personne pour l'accompagner dans cette recherche d'équilibre ?

Puis, avec Mme E., c'est l'ampleur de la question de la perte de la marche qui vient nourrir mon questionnement. N'y aurait-il pas, derrière cette fonction, une notion encore plus importante qui toucherait à l'individualité même de la personne ? Qu'est-ce que cette perte peut représenter de la maladie ? Et alors quelle importance prennent la verticalisation et la marche dans la construction identitaire ? Quels sont les impacts dans l'organisation et l'équilibre psychocorporels chez la personne qui les perd ? En tout cas c'est bien par ce que Mme E. me fait ressentir qu'il se pose une problématique, sûrement en lien avec son identité et autour de ses jambes et de la perte de la marche, que je suis amenée à orienter ma réflexion dans cette direction.

Pour tenter de réfléchir à ces questions et surtout de penser mon accompagnement auprès de Mme E., j'ai trouvé intéressant de me pencher sur les définitions de la verticalisation et de la marche et de chercher le lien qu'elles peuvent avoir à la dimension identitaire du sujet.

II. AU CŒUR DE LA PROBLEMATIQUE DE MME E. : QUAND PERTE DE LA MARCHÉ RIME AVEC BOULEVERSEMENTS IDENTITAIRES

1. La verticalisation et la marche concourent au sentiment d'identité

La verticalisation au berceau de l'humanité

La verticalisation se définit comme le fait de tenir vertical, de placer ou se placer dressé, perpendiculairement à un plan horizontal. Chez l'être humain, elle est à entendre comme un processus qui lui permet de se maintenir debout puis d'accéder à la marche.

Nous nous tenons essentiellement redressés et nombre de nos activités requièrent une verticalité corporelle : se tenir assis, debout, marcher, courir, grimper, et toutes les activités relationnelles qui sont ainsi rendues possibles.

La bipédie est un marqueur de l'identité humaine. L'apparition progressive de notre espèce et son évolution sont marquées par ce processus de verticalisation : ses origines se confondent avec nos propres origines.

Cette évolution a fait de notre verticalité notre spécificité, rendant la bipédie exclusive le propre de l'Homme. Elle est désormais un marqueur identitaire d'appartenance à notre espèce.

Avec le redressement de notre axe corporel sur nos deux pieds plantés dans le sol, nous revivons chacun notre tour la grande histoire de nos ancêtres. Cette expérience de l'être debout nous inscrit comme être humain dans l'espace du monde et dans une histoire générationnelle qui participe au fondement de notre identité. D'après Geneviève PONTON³, nous ne cessons d'osciller toute notre vie pour être à la juste place parmi les autres, ceux qui, comme nous, appartiennent à cette lignée en marche.

En marche vers son identité

« L'axe, la ligne de gravité porte non seulement l'histoire de l'humanité, celle du cos-

3 PONTON G., 2012, Debout, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°172, pp. 46-61.

mos, mais aussi l'histoire personnelle de chacun. »⁴

La marche est le mode de locomotion naturel de l'être humain adulte qui consiste à déplacer son corps selon un axe antéro-postérieur. Elle nécessite une combinaison entre le maintien de l'équilibre debout et la propulsion pour le déplacement. De nombreux segments corporels doivent se coordonner pour la permettre. La marche se caractérise également par une succession d'appuis doubles et d'appuis unipodaux, le corps restant en permanence en contact avec le sol par au moins un appui unilatéral.

On parle de cycle de la marche, puisque ces coordinations se succèdent dans le temps et l'espace pour, de façon rythmée (avec des alternances droite-gauche et propulsion-réception) et teintée d'individualité, permettre le déplacement du corps dans l'espace de l'environnement et de la relation.

La marche arrive dans la continuité de la station debout, rendue possible, quant à elle, grâce au redressement et à l'ancrage vertical de l'homme dans son environnement. L'axe étant un marqueur de la subjectivité de par sa construction, la marche connaît elle aussi un développement singulier, on parle même de démarche singulière, celle-ci se mettant en place à un rythme propre au sujet.

En effet, la marche est un mouvement rythmique caractéristique de l'être humain, mais sa dynamique est individuelle, propre à chacun (allure, déhanché...). Elle est l'apanage de l'Homme en même temps qu'une manière d'être propre à chacun. Elle doit se faire en fonction des contraintes morphologiques (taille, longueur des jambes, des pieds...), et elle est colorée par la physiologie, les émotions, mais aussi l'environnement et la culture dans laquelle elle prend place et évolue. La marche inscrit le sujet dans son individualité et la société. Elle concourt ainsi à son identité.

Notre histoire personnelle va se refléter dans notre façon de marcher, signant une attitude de base qui nous est spécifique, elle porte le sens de notre dynamique, révèle une part de notre façon d'être, de notre personnalité.

C'est par notre posture et notre marche, qui nous inscrivent dans le monde, que nous allons organiser notre rapport au monde. En retour, ces attitudes vont également se teinter des interactions avec l'environnement, d'autant plus que la marche fait intervenir le tonus et les affects à la base des dynamiques relationnelles.

4 GILLAN E., 2012, Accompagner la verticalisation et ses dimensions symboliques et corporelles, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°172, p18.

Marcher inscrit dans la relation

Pour Friedrich NIETZSCHE « *marcher c'est d'abord s'élever* »⁵, c'est prendre de la hauteur, s'affirmer. La marche offre la liberté de s'orienter comme on le souhaite, elle nous fait aller de l'avant en sollicitant tout notre corps. Nous avons le choix de nous arrêter ou de repartir, de notre orientation, de notre allure. La marche laisse chacun libre de ses mouvements et de ses intentions. En s'inscrivant dans la relation, elle nous laisse libres d'aller vers l'autre ou non, et même de s'en éloigner. La mise en jeu des distances, dans laquelle la part d'affectivité est importante, est rendue possible. Comme le démontre bien le petit enfant qui s'élance pour faire ses premiers pas, pour accepter de marcher, il faut accepter de se séparer. Mais cette séparation pose les prémices de nouvelles rencontres fondatrices de l'identité. La marche peut alors se faire le médiateur de la relation entre les individus.

Marcher c'est se mobiliser dans son corps pour se diriger vers un objet ou une personne. Notre marche confère une manière singulière de se présenter à l'autre, d'autant plus que notre démarche et ce qu'on laisse à voir et à ressentir à l'autre interfère avec l'image que nous avons de notre corps, non sans lien d'abord avec notre schéma corporel, mais aussi plus largement avec notre identité.

Par ailleurs, au sein même de la relation, être debout c'est pouvoir être à la hauteur de l'autre, être l'égal de l'autre. Sans la verticalisation, la personne se retrouve moins maître de réguler la distance dans la relation. Là encore, avec la perte de la verticalité, la personne est atteinte dans sa base narcissique qui fonde en partie son identité et lui donne la force et le sentiment d'exister.

Au regard de notre société, la marche est un indicateur de bonne santé. L'homme qui marche est un homme qui va de l'avant, il s'inscrit ainsi au travers de son corps et de sa motricité dans une motivation et un devenir. Ce qui explique aussi que les premiers pas de l'enfant soient très attendus par l'entourage.

Ceci démontre à quel point la verticalisation et la marche, acquises au cours du développement de l'enfant avec plus ou moins de difficultés et à un rythme propre, inscrivent la personne dans le monde et la relation, traduisent une part de son histoire, déclenchent son autonomie et favorisent son individualité. Elles participent donc bien à son sentiment d'identité.

5 NIETZSCHE F., *Ainsi parlait Zarathoustra. Un livre pour tous et pour personne*, poème publié entre 1883 et 1885.

Mais dans le cas de Mme E., c'est comme si, sous l'influence de la maladie qui vient bouleverser tous les aspects de sa vie et de sa personne, le développement faisait « marche arrière ». Ces fonctions, durement acquises et reflets de son identité, disparaissent progressivement...

2. Perte progressive de la marche et sclérose en plaques : les bouleversements identitaires induits par la maladie

Histoire de la maladie de Mme E. et de sa perte de la marche

La sclérose en plaques de Mme E. débute à l'adolescence avec des épisodes de diplopie de courte durée et régressifs. En 2005 apparaissent les premiers troubles de la marche avec des difficultés pour lever le pied droit puis le pied gauche, des vertiges et un nouvel épisode de diplopie. Mme E. est hospitalisée une première fois et un IRM confirme le diagnostic de la sclérose en plaques.

Entre 2009 et 2010, les troubles de la marche de Mme E. s'aggravent. En 2010, sa marche nécessite une aide bilatérale et reste instable, avec un élargissement du polygone de sustentation et un fauchage bilatéral du fait de la faiblesse proximale. Mme E. connaît des phénomènes de crampes nocturnes et sa prise en charge en kinésithérapie lui permet de travailler son équilibre dans la marche. Ses déplacements à l'intérieur se font sans aide technique, mais avec un appui régulier aux murs ou aux meubles. À l'extérieur, ils sont extrêmement limités, mais possibles avec l'aide d'une ou deux cannes canadiennes ou un appui sur un accompagnant. L'appui unipodal est impossible sans appui au niveau des membres supérieurs. Le risque de chute existe, mais Mme E. est autonome dans ses transferts.

En 2011, Mme E. intègre le SAMSAH. Sa marche est qualifiée d'ataxo-spasmodique avec un fauchage toujours prédominant à droite. Elle utilise un fauteuil roulant manuel pour ses plus longs déplacements. À son arrivée au SAMSAH, elle ne souhaite investir les soins que s'ils lui permettent de retrouver la marche. Pour elle, ne plus pouvoir marcher, c'est être comme morte. De plus, les mouvements dépressifs et d'anxiété dont elle souffre l'empêchent de se recentrer sur elle.

En 2012, Mme E. utilise principalement un fauteuil roulant manuel pour ses déplacements. À l'examen, on retrouve une marche impossible sans appui, elle parvient à faire quelques pas. La station debout pieds joints est très instable. La marche talon-pointe à

l'épreuve du funambule sur l'équilibre est impossible. Cependant, Mme E. parvient toujours à réaliser seule ses transferts.

En 2013, suite à de nombreuses chutes après lesquelles Mme E. a pu rester longtemps au sol avant d'être secourue, une téléalarme est installée à son domicile ainsi que de nouvelles aides de vie humaine dans le cadre du SAMSAH. En psychomotricité, son importante spasticité des membres inférieurs rend la prise en charge en salle compliquée, un suivi dans le groupe piscine lui est proposé. Pour la même raison, les transferts seule se compliquent aussi. Un long travail psychique est entamé avec son ergothérapeute référente du SAMSAH pour l'acquisition d'un fauteuil roulant électrique, et ce qu'il symbolise du handicap et de l'avancée de la maladie, mais qui faciliterait ses déplacements et son autonomie au quotidien.

En mai 2014, Mme E. se fait poser une pompe à Baclofène sous-cutanée au niveau de son ventre, ce qui diminue fortement la spasticité de ses membres inférieurs. Ainsi, au cours de l'été, elle retrouve une certaine mobilité dans ses jambes et peut à nouveau effectuer quelques pas à son domicile à l'aide d'un rotateur, voire même monter et descendre quelques marches avec un accompagnant. Ses transferts sont à nouveau possibles seule. Mme E. s'accroche à son immense espoir de pouvoir remarcher normalement un jour, et, dans cet objectif, s'applique chaque jour à s'exercer au vélo d'appartement.

Lorsque je rencontre Mme E. en septembre 2014, elle me semble figée dans l'espoir de retrouver la marche, et c'est ainsi qu'elle continue à investir ses soins. Elle est cependant moins envahie par ses affects dépressifs. Je m'interroge. Il est probable que Mme E. ne puisse jamais retrouver cette fonction. Il n'est actuellement pas possible d'être sûr de cette évolution, mais c'est une éventualité qui prend sens au vu de l'évolution rapide de sa pathologie. Comment aborder son accompagnement en psychomotricité, dont la spécificité est de recevoir et prendre en compte la personne dans sa globalité et l'aider à habiter son corps dans l'optique d'un mieux-être ?

La sclérose en plaques, une maladie neurodégénérative

Physiopathologie de la sclérose en plaques. La sclérose en plaques est une maladie neurologique chronique évolutive qui touche le système nerveux central. Elle est la première cause de handicap moteur chez le jeune adulte.⁶

6 www.sep-ensemble.fr

Le rôle du système nerveux central est d'organiser, de contrôler et de réguler des fonctions essentielles de l'organisme que sont la motricité, l'équilibre, la perception (sensibilité, vision, audition, odorat), les fonctions intellectuelles, les émotions, le comportement, ainsi que le fonctionnement de certains organes comme l'intestin ou la vessie. Une altération du système nerveux central peut donc impliquer chacune de ces grandes fonctions.

La sclérose en plaques est une maladie inflammatoire qui se caractérise par la destruction des gaines de myéline protégeant les fibres nerveuses qui assurent une conduction rapide de l'influx nerveux. Cette inflammation est la conséquence d'une reconnaissance anormale de la myéline comme corps étranger par les cellules immunitaires. La sclérose en plaques est une maladie dite auto-immune.

Les lésions, de tailles variables, apparaissent sous forme de plaques localisées dans le cerveau et la moelle épinière. À leur niveau, les gaines de myéline sont altérées, ce qui ralentit ou bloque l'influx nerveux.

La conséquence de cette mauvaise transmission de l'influx nerveux est la survenue de symptômes neurologiques. Ces symptômes sont variables selon les personnes et selon le moment, car la localisation des plaques peut être différente d'un individu à l'autre, d'un moment à l'autre.

La sclérose en plaques peut s'exprimer sous différentes formes, évoluant soit par poussées, soit de façon continue. Les **formes rémittentes** évoluent par poussées, avec des épisodes de rémissions plus ou moins longs entre les poussées. Elles sont les plus fréquentes (85 à 90 % des cas) et peuvent évoluer vers une forme progressive. Les **formes progressives** évoluent de façon continue et concernent 10 à 15 % des cas. Elles correspondent à une aggravation lente et continue des symptômes neurologiques.

La poussée est la traduction clinique de la survenue d'une ou plusieurs lésions du système nerveux central. Elle peut correspondre à l'apparition de nouveaux symptômes, la réapparition d'anciens symptômes ou à l'aggravation de symptômes déjà existants.

La rémission est une récupération qui témoigne de la restauration de la conduction de l'influx nerveux.

Les symptômes de la sclérose en plaques. Les symptômes apparaissent au début de la maladie ou lors de son évolution et sont variables d'un individu à un autre ainsi qu'au cours du

temps chez un même individu. Ils dépendent de la localisation des plaques, des poussées et des rémissions, mais aussi de la fatigue, de l'existence d'infection associée et de la température.

La sclérose en plaques est donc une maladie imprévisible. Tous les symptômes que je vais évoquer ici ne coexistent pas simultanément chez une même personne. Et très souvent le début de la maladie est marqué par l'apparition d'un seul signe. Ces symptômes sont :

- **Des troubles moteurs :**

Ils sont dus à une atteinte du système pyramidal. La **spasticité** en fait partie, elle correspond à une exagération du réflexe ostéotendineux et consiste donc en un étirement rapide d'un muscle qui entraîne sa contraction réflexe de façon prolongée. Une spasticité importante d'un membre peut nuire à sa mobilisation. On trouve également des parésies, des ataxies cérébelleuses engendrant fréquemment des troubles de l'équilibre si le cervelet est touché, et des mouvements anormaux.

- **Des troubles sensitifs**

Ce sont des paresthésies, troubles de la sensibilité tactile, qui donnent l'impression de fourmillements, d'engourdissement, de peau cartonnée, d'eau coulant sur le corps, de piqûres, de striction, d'étouffement, de brûlure ou de froid.

- **Des troubles visuels**

Ce sont des troubles oculo-moteurs comme la diplopie où la vision devient double, ou un nystagmus.

- **Des troubles gynéco-sphinctériens**

Ils touchent à la sexualité de la personne et provoquent des troubles urinaires et de la miction parfois très contraignants au quotidien.

- **Une fatigue importante**

- **Des douleurs**

Les douleurs peuvent être neurogènes, mécaniques, inflammatoires et psychogènes.

- **Des troubles cognitifs**

Ce sont notamment des troubles mnésiques, d'encodage. Ils portent également sur l'attention, la concentration, la capacité à traiter simultanément plusieurs informations. Cependant, ils apparaissent plus tardivement et restent habituellement modérés.

- **Des troubles psychiques**

Les troubles de l'humeur et la dépression concernent plus de la moitié des patients at-

teints de sclérose en plaques. Les syndromes dépressifs sont même deux fois plus fréquents que dans la population générale ou les autres maladies chroniques. Le taux de suicide est lui aussi important.⁷ On peut trouver également une alexithymie (incapacité à mettre des mots sur des ressentis), une labilité émotionnelle ainsi que des troubles anxieux.

- **Des troubles de la déglutition**

Ces troubles mettent à mal l'autonomie de la personne dans un besoin primaire, celui de se nourrir.

- **Des difficultés à supporter la chaleur**

On parle notamment du syndrome d'Uhthoff où la chaleur n'est pas supportée.

Il existe ainsi une grande diversité d'expressions cliniques de la pathologie, qu'il s'agisse de l'âge d'apparition des premiers symptômes ou de la sévérité de son évolution. Si les progrès de la recherche ont permis d'améliorer considérablement le confort de la vie quotidienne et d'augmenter l'espérance de vie, il n'existe actuellement pas de guérison possible.

Sclérose en plaques et perte de la marche. Plusieurs de ces symptômes altèrent le maintien de la position debout et la marche de la personne. Une atteinte cérébelleuse entraîne en effet des troubles de l'équilibre. Une spasticité importante des membres inférieurs ne leur permet plus de soutenir le poids du corps en respectant les courbures nécessaires au maintien de l'équilibre, en même temps qu'elle bloque la mobilisation des articulations. Une perte de la sensibilité au niveau de la plante des pieds diminue encore l'équilibre de la personne et son maintien, indispensables pour se tenir debout et marcher. La moitié des personnes atteintes d'une sclérose en plaques connaissent une gêne à la marche huit ans après le début de la maladie et 30 % des patients se retrouvent un jour en fauteuil ; des données parfois suffisantes pour que les patients associent cette image à leur représentation de la maladie.

Toutes ces déficiences induites par l'apparition et l'évolution de ces symptômes induisent des bouleversements et un nouveau rapport au corps qui, selon moi, viennent toucher au sentiment identitaire de la personne.

Séverine COLINET pense également que la difficulté pour ces personnes atteintes de cette maladie chronique repose sur ce qu'elles peuvent vivre comme échecs corporels et psychiques. Pour elle, faire face aux limitations est bien plus que faire en sorte de trouver des ap-

7 LEBRUN C., COHEN M., 2009, Dépression et sclérose en plaques, *Revue neurologique*, N°165, pp. 156-162.

pareils pour compenser des membres immobilisés, car c'est surtout « *faire face aux accompagnements biographiques et identitaires de l'échec des performances du corps.* »⁸

C'est donc bien l'identité de la personne qui est concernée par l'intrusion de la maladie dans le corps et la vie psychique. Ce sont même différents composants de l'organisation psychomotrice du sujet qui sont atteints. La personne est en proie à des incompréhensions face à un corps dans lequel elle peut ne plus se reconnaître et se sentir elle-même perdue.

8 COLINET S., 2011, Approches conceptuelle et méthodologique de la construction biographique des sujets atteints de sclérose en plaques, *La nouvelle revue de l'adaptation sociale et de la scolarisation*, N°54, p218.

PARTIE 2

Face au vécu d'un sentiment
d'étrangeté, à la recherche d'une
continuité d'existence

I. ENVAHI PAR LA MALADIE : CE CORPS QUI ABANDONNE, CE CORPS QUE L'ON NE RECONNAIT PLUS

1. Des auteurs nous parlent de l'atteinte au sentiment d'identité

Identité et expression identitaire par le corps

Pour Edmond MARC, qui s'est penché sur la question de l'identité, « *le corps est à la base et le support privilégié du sentiment d'identité.* »⁹ C'est par ses expériences sensorielles qu'il réalise avec son corps et par ses interactions, sensorielles aussi pour certaines, avec l'environnement que le bébé prend conscience de son unité différenciée et limitée. C'est par le corps que se jouent les expériences qui permettent de prendre conscience de son corps, de soi, de s'inscrire dans le monde en tant qu'être singulier et de trouver une place dans la relation. Si ces expériences sont primordiales dans la petite enfance, elles continuent de forger l'individu tout au long de sa vie. Aussi pouvons-nous penser que des bouleversements corporels importants puissent venir troubler le sentiment d'identité.

D'autant plus que dans l'apparition de la maladie et son évolution, le corps prend une place prépondérante puisqu'il est à la fois celui par lequel la personne s'inscrit dans le monde et la relation, en même temps qu'il se fait le témoin de l'avancée de la maladie. Cette dernière, en touchant au corps et à ses repères et par là aux fondements de l'identité de la personne, porte atteinte au plus vif de l'être.

L'apparition d'un sentiment d'étrangeté

Avec la perte de nombreuses capacités et l'apparition de sensations nouvelles, le sentiment d'abandon et de trahison de son corps peut faire naître chez la personne l'impression de ne plus se reconnaître, tant ces bouleversements dans le corps viennent bousculer son sentiment profond d'identité, d'être soi.

Cette perte des repères singuliers et, pour certains, profondément ancrés, produit un sentiment d'étrangeté. Or ces repères sont un élément essentiel du sentiment d'identité et de la sécurité de base. Le fait de ne pouvoir se fier à son corps génère de l'anxiété, un doute permanent, un sentiment de honte et d'impuissance. Ce sont les repères fondamentaux qui font dé-

9 MARC E., (2005), *Psychologie de l'identité. Soi et le groupe*, Paris, Dunod, p. 41.

faut, les repères identitaires sont parasités par ces changements corporels parfois incompréhensibles. C'est ainsi que, selon Andrée LEHMAN, certains éprouvent un sentiment d'étrangeté par rapport à eux-mêmes, elle parle alors de « *situation de précarité.* »¹⁰

Pour Marie-Françoise ZARROUATI et Jean-Luc SUDRES, ce serait comme « *un tremblement de terre où les racines, celles qu'on croyait immuables, se dérobent. La relation au corps, la présence au monde changent. Jusque-là, le sujet se vivait comme invulnérable, subitement, il ne maîtrise plus ni son corps ni sa vie; ce qu'il voulait faire devient impossible. Il doit se plier à ce qu'imposent la maladie puis le traitement.* »¹¹

Atteinte du narcissisme et représentation du corps

Il me semble que la formule de SPINOZA « *le corps que j'ai n'est pas le corps que je suis* » peut nous aider à illustrer les remaniements dus à la maladie qui, selon Gladys JOHNSTON et son équipe¹², font entrer en résonance le corps avec le Moi. Le lien entre le corps et la psyché est mis à mal : comment faire sien un corps que l'on ne reconnaît pas comme tel ? Pour eux, un tel bouleversement massif, comparable à celui de l'adolescence qu'ils étudient, marque la dichotomie fondamentale qu'il existe entre « avoir un corps » et « être un corps ».

« Avoir un corps » est la condition de notre existence dans le monde. Cette notion englobe l'être au monde corporel, physique, mais également symbolique construite autour du corps qui permet à la personne de se sentir exister. « Être un corps » est la capacité à s'éprouver comme sujet à travers ce corps. La personne se représente comme unique et vivant à travers ce corps qui devient le support de son identité.

Ces auteurs nous disent qu'en période de remaniements importants, l'« avoir » et l'« être » ne parviennent pas toujours à coopérer. Le Moi détient alors la représentation d'un corps qui n'est plus celle du corps réel ou qui s'en éloigne grandement. Christine MAINTIER¹³ stipule qu'alors, la vision intérieure de soi adhère de moins en moins à la vision extérieure de

10 LEHMANN A. (2014), *L'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie*, Toulouse, Eres.

11 ZARROUATI M.-F., SUDRES J.-L., 2004, Chuchotements, cris et bruissements corporels à propos de la maladie cancéreuse, *Psychothérapies*, N°24, p. 110.

12 JOHNSTON G. et al, 2014, L'image du corps chez l'adolescente porteuse de maladie chronique, *Psychosomatique relationnelle*, N°3, p. 73-93.

13 MAINTIER C., Une identité à construire et à conserver, in PERSONNE M. (ed), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée. Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Toulouse, Eres, 2011, p. 33-46.

soi, que la personne atteinte par la pathologie a des difficultés à reconnaître, à accepter, à intégrer comme sienne. Pour Simone KORFF-SAUSSE « *le corps handicapé apparaît alors un habitacle impossible à habiter.* »¹⁴

Le sujet risque un effondrement identitaire et narcissique. L'inadéquation entre le corps physique nouveau et le corps psychique bouscule les assises narcissiques qui participent fortement à la construction de l'image du corps et à ses modulations au fil des événements de vie.

L'image du corps a d'abord été théorisée par Paul SCHILDER qui la décrit ainsi : « *L'image du corps humain, c'est l'image de notre corps propre que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps propre nous apparaît à nous-mêmes* »¹⁵ et ce au détour de nos expériences corporelles, sensorielles, motrices, mais aussi relationnelles.

L'image du corps du sujet atteint de maladie chronique pourrait alors être porteuse de cette profonde remise en question du sentiment de la continuité d'être.

Nous verrons plus tard que j'ai été très sensible à cette question de l'image du corps chez Mme E. et à ce qu'elle me laisse percevoir de l'écart entre sa réalité et la réalité de ses symptômes. D'une manière plus générale, ce qui me frappe chez ces adultes traumatisés crâniens ou atteints d'une maladie neurologique de façon inopinée puis chronique, c'est l'altération de tous leurs repères psychiques et corporels. Or, ces repères, qu'ils avaient construits jusqu'alors en lien avec leur environnement, participaient à leur équilibre psychocorporel. La personne en proie à tous ces bouleversements perd ses repères corporels, identitaires et temporels puisque la maladie intervient sans prévenir et le choc survient d'un coup, sans anticipation possible. D'autant plus que la forme de sclérose en plaques à laquelle nous nous intéressons ici, dans le cas de Mme E. évolue de façon imprévisible et irrégulière.

L'apparition de la maladie comme une cassure : un préjudice au sentiment de continuité d'existence

Le sentiment d'identité s'appuie selon Christine MAINTIER¹⁶ sur le sentiment de continuité temporelle. Il permet que la personne se sente comme une unité quelle que soit la succession d'expériences accumulées au fil des ans.

14 KORFF-SAUSSE S., 2010, Corps et construction identitaire des personnes handicapées : de quel corps parlons-nous ?, *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, N°50, p. 20.

15 SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard.

16 MAINTIER C., 2011, p. 34.

Dans son ouvrage, Éric PIREYRE rassemble les travaux de différents auteurs et définit la continuité d'existence, qui prend place chez le bébé, comme « *une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons là et toujours "le même".* »¹⁷. Donald WINNICOTT est le premier psychanalyste à la théoriser. Selon lui, le Moi repose sur un « *sentiment continu d'exister suffisant.* »¹⁸ Il relie sa construction aux expériences sensori-motrices et psychoaffectives du bébé qui s'originent dans la continuité des soins maternels et la considère comme primordiale dans le développement pour l'acquisition d'une identité claire et stable. En effet, l'identité implique la continuité dans le temps et donc l'interconnexion des états se succédant tout au long de la vie.

La sclérose en plaques fait irruption dans la vie de la personne. L'irruption induit une cassure. L'annonce de son diagnostic créé comme une césure temporelle, avec un avant et un après. Selon la forme de la pathologie, cette notion de temporalité est modifiée, elle est fortement teintée de l'évolution des symptômes et des pertes engendrées. Il peut y avoir des va-et-vient entre les pertes et les rémissions à l'origine d'incompréhensions pour la personne.

Chez le sujet adulte, la maladie peut détruire ou désordonner des repères et des équilibres de vie qui existaient jusqu'alors et parfois chèrement acquis. Pour Andrée LEHMANN¹⁹, la maladie confronte à la dégradation physique et psychique et la personne ne peut plus maintenir sa manière d'être antérieure au monde. Elle a pu se croire invulnérable, mais elle a maintenant le sentiment que son corps l'a trahie, qu'elle ne peut plus lui faire confiance ; une déstabilisation qui ne va pas sans angoisse. Selon Marion NARBONNET, « *ainsi s'installe chez la personne une perte de conscience du corps entraînant un sentiment d'inquiétante étrangeté.* »²⁰

Il semblerait que les bouleversements corporels et psychiques engendrés par la sclérose en plaques soient si importants que la continuité d'existence, au cœur du sentiment d'identité, soit touchée dans cette temporalité si particulière.

Qu'en est-il des vécus corporels de Mme E. et de ses représentations quant à ce sentiment d'étrangeté du corps ?

17 PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod, p. 55.

18 WINNICOTT D. (1989), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Lausanne, Payot.

19 LEHMANN A., 2014.

20 NARBONNET M., 2014, Un corps devenu étranger. Prise en charge psychomotrice des patients migrants en soins palliatifs, *L'Autre*, N°15, p. 31.

2. Chez Mme E., un vécu corporel qui manque d'inscription dans le réel : des incompréhensions et toujours l'image d'un corps capable de marcher

Une femme plongée dans le flou de ses incompréhensions

J'ai relevé plusieurs incompréhensions dans ce que Mme E. me laisse à voir et à entendre de ce qu'elle vit de sa maladie et de ses symptômes.

Elle m'évoque par exemple le fait que parfois elle pense à un mot, elle sait ce qu'elle a envie de dire, mais le mot ne sort pas, elle ne comprend pas pourquoi. Il en va de même pour des mouvements, notamment avec ses jambes, qu'elle pense et souhaite réaliser, mais sans y parvenir. Il lui arrive également de me demander pourquoi elle parvient à remarcher dans l'eau, alors que l'instant d'après elle n'y arrive plus sur la terre ferme. Les différences de sensibilité entre ses membres inférieurs et postérieurs, qu'elle peut ressentir dans les massages que je lui fais par la suite avec une balle à picots, la laissent perplexe par rapport à la façon dont elle les ressent, dont elle est capable de les utiliser au quotidien. Enfin, lorsqu'elle part nager et que je constate que ses jambes bougent dans le prolongement des mouvements du haut du corps et du bassin, cela génère aussi de l'incompréhension chez elle du fait de ne pas les sentir bouger.

Mme E. me fait part à plusieurs reprises d'interrogations, d'incompréhensions, notamment quant à sa marche, qui, en plus de mes autres observations et ressentis, me laissent croire que ses repères, évoqués jusqu'ici, sont altérés chez elle.

Suite à deux séances consécutives, une en piscine où elle peut trouver une satisfaction à retrouver la marche et certaines sensations associées dans l'eau, et l'autre en salle où elle a pu marcher, mais en étant confrontée à ses difficultés, Mme E. me fait part de ce que cette différence lui fait vivre.

Elle aimerait pouvoir marcher seule hors de l'eau, sans avoir besoin de nous. Elle me prend à témoin du fait qu'elle ait pu remarcher dans l'eau. Mme E. me dit que son rêve serait de remarcher comme avant, et qu'elle aimerait aussi y parvenir dans le quotidien. Elle me confie que, lorsqu'elle sort de l'eau, elle se rend compte qu'elle n'est pas capable de marcher ainsi hors de l'eau.

Je lui dis que ce qu'elle peut faire dans l'eau ou dans l'air dans son quotidien, c'est toujours elle qui le fait, avec le même corps, le sien. Ce sont les propriétés des milieux qui sont différentes, l'eau la porte et lui permet plus de choses. Mais elle reste la même personne.

Dans les premiers temps, je suis prise au dépourvu lorsque Mme E. m'interroge promptement sur sa marche ou m'en parle tout simplement. J'ai du mal à trouver quel discours adopter, quelle posture prendre face à cela. J'ai l'impression qu'il existe entre nous, du fait de mes doutes et de la distance qu'elle me semble instaurer avec ses émotions et avec moi-même, un espace à la fois psychique et corporel, physique. Il me semble que ce dernier ne me permet pas encore d'aborder ces questions difficiles, et pour elle et pour moi, ni de l'approcher physiquement, de la toucher sereinement.

Mais au fil de nos rencontres, cet extrait de séance illustre comment je peux progressivement répondre à Mme E. sans donner de perspectives dont finalement je ne sais rien, mais sans soutenir non plus de projet illusoire. Je sens Mme E. perdue face à ce qui lui arrive et à ce qu'elle parvient à intégrer ou non de ses évolutions. C'est à partir de ce ressenti que je lui parle d'elle dans l'ici et le maintenant. C'est bien elle, Mme E., que je cherche à rencontrer, c'est bien elle qui sent son corps tel qu'il est ce jour. Et elle encore qui le sentira tel qu'il sera demain.

Par ailleurs, il est important pour moi de relever ces incompréhensions, de les penser et parfois de poser des mots dessus auprès d'elle. En effet, dans l'élaboration de ma réflexion et de l'accompagnement de Mme E., il me semble important de reconnaître et recevoir ces incompréhensions, afin de ne pas m'y perdre avec elle, ce qui est un véritable risque au vu de ce que cela me fait vivre également. Cela souligne la nécessité des appuis que le psychomotricien trouve en lui-même, au cœur de son identité professionnelle, mais aussi avec le cadre qu'il pense et pose pour la rencontre.

Avec ces interrogations dont Mme E. me fait part plus ou moins directement, avec la perte ou l'altération de ses repères et avec cette image de son corps qui ne m'apparaît pas comme ajustée à la réalité, je me pose la question de la continuité d'existence chez elle. Comment l'aider à vivre une continuité d'existence malgré ces incompréhensions et ces changements ?

Un vécu perdu entre le « encore possible » et le « devenu impossible »

Ces observations me font constater et éprouver le poids du réel auquel Mme E. se retrouve confrontée. Une différence semble exister pour elle entre sa réalité, ce dont elle dit « se sentir capable », pour se relever d'une chute par exemple, et la réalité de ses capacités atteintes par sa maladie.

Au fil des séances, Mme E. me parle très fréquemment de sa grande volonté, malgré la maladie, à vouloir remarcher.

Lors de ses hospitalisations dans le centre spécialisé sur la sclérose en plaques, elle m'avoue ne porter attention qu'aux patients atteints de la même maladie qui ont pu retrouver la marche. Mme E. pense qu'avec beaucoup de volonté elle pourra, elle aussi, elle l'espère, pouvoir remarcher un jour.

À cela s'ajoute la problématique des chutes dans laquelle se trouve Mme E. Je suis presque gênée de cet affrontement à la réalité. Pourquoi Mme E. s'accroche-t-elle tellement à la marche au point de se mettre en danger en réalisant des choses qu'elle pense peut-être être encore en capacité de faire ? Alors que pour moi, le caractère restrictif de sa marche est si visible !

Comme ses jambes la bloquent physiquement dans sa motricité, je sens que cette image d'un corps marchant à laquelle elle s'accroche la bloque dans son processus d'intégration de ses nouvelles (in)capacités ou modalités corporelles et instrumentales.

Si bien que j'en viens à formuler l'hypothèse selon laquelle Mme E. aurait, ou conserverait, voire se raccrocherait, à une image de son corps capable de marcher et qui manque de s'accorder avec son corps réel touché par l'évolution de la sclérose en plaques.

Peut-être Mme E. est-elle encore capable de marcher dans sa tête. Peut-être que si son corps a perdu cette capacité, l'image qu'elle s'en fait et son appareil psychique n'ont pas encore intégré cette idée, ou entamé ce qui s'apparente à un travail de deuil. Peut-être se sent-elle et se voit-elle encore dans la capacité de marcher, ce qui la placerait dans des situations de danger, compte tenu des risques de chutes. D'un point de vue neuromoteur, la verticalité et la marche font encore partie du répertoire moteur de Mme E. constitué au fil du temps et persisteraient malgré le fait que son expérience de la marche s'altère.

Cependant, je ne pense pas pouvoir parler de déni pour Mme E. En effet, elle reste quand même confrontée au quotidien à cette perte. Elle-même parle de son incompréhension à pouvoir remarquer dans l'eau et plus dans l'air, ce qui laisse entendre qu'elle en a bien conscience. De plus, elle est capable de me dire que si elle ne peut plus marcher, c'est à cause de sa sclérose en plaques sur laquelle elle s'est beaucoup informée. Mais il me semble qu'il existe chez cette dame un écart important entre ce qui est su de la réalité et ce qui peut en être entendu et intégré. Dans ce que Mme E. peut me dire, je la sens comme si elle se trouvait dans un entre-deux, entre sa volonté de s'accrocher à un espoir qui sans autre compensation, la maintiendrait en vie, et la dure prise de conscience de sa maladie.

Face à des difficultés et à des obstacles que chacun peut rencontrer dans son parcours de vie, il en va pour chaque personnalité de trouver des défenses, des éléments dans l'environnement ou en soi auxquels se raccrocher. Mais pour certains, il peut s'agir d'un processus de survie, comme c'est peut-être le cas pour Mme E. qui se raccroche à ses espoirs et à son imaginaire d'un corps marchant. Je conçois alors mon accompagnement dans le sens de la ramener dans un processus de vie plutôt que de survie. Il s'agit d'une co-construction dans laquelle, au travers d'une sensori-motricité et à partir de mes propres éprouvés, je l'invite à porter attention à ses ressentis et éprouvés à elle pour trouver d'autres moyens de se sentir exister qui lui permettent de s'inscrire dans une relation et dans quelque chose de partageable. Il semble important de garder à l'esprit que ce retour sur soi n'apporte pas que du positif, puisque de toute façon, pour tout un chacun, quelles que soient les difficultés rencontrées, la vie est aussi faite d'épisodes colorés en noir.

Suite à cette réflexion, je vais chercher, en tâtonnant, comment l'aider à trouver d'autres accroches pour continuer à vivre, au plus près malgré tout de ce qu'elle désire.

Sentiment d'étrangeté et représentation de la maladie

Avec les remaniements importants engendrés dans son sentiment identitaire, Mme E. se trouve peut-être au cœur d'une problématique entre « l'avoir un corps » et « l'être un corps » dont nous parlent Gladys JOHNSTON²¹ et son équipe, du fait de ce corps qu'elle aurait du mal à faire comme sien parce qu'elle ne le reconnaîtrait pas comme tel ; ce qu'illustrent toutes ses

21 JOHNSTON G. *et al*, 2014.

interrogations. Comme le propose Christine MAINTIER²², Mme E. a peut-être une vision intérieure d'elle-même qui n'adhère pas avec la réalité de son corps. Il me semble en effet que l'image que Mme E. a de son corps est en partie détachée de ses incapacités et de ses symptômes. Elle se focalise, au travers de ses espoirs et de ses fantasmes, sur une image futuriste de son corps capable de remarcher, ou de celle d'un corps appartenant au passé, d'un corps qui pouvait marcher librement, et donc perdu en réalité. Il semblerait que soit bien présent chez Mme E. un sentiment d'étrangeté de son corps.

La perte de la marche se fait le témoin de l'avancée de la maladie et des bouleversements identitaires qu'elle suscite. Il est possible que les questionnements et les incompréhensions dont Mme E. me fait part viennent aussi nous parler de sa considération et de sa représentation de sa maladie.

Ce questionnement fait écho au travail effectué par l'ergothérapeute quant à l'acceptation de l'acquisition d'un fauteuil roulant électrique. Mme E. me dit qu'elle avait même au départ refusé le premier fauteuil manuel qu'elle a actuellement, car il était trop symbolique de sa maladie. Mais elle tombe tout de même d'accord avec moi lorsque je lui dis que même s'il apporte beaucoup de changements, ou plutôt signe beaucoup de changements, son fauteuil roulant électrique lui permettra aussi de réaliser de nouvelles choses, d'acquérir ou de retrouver une certaine autonomie.

D'après Edmond MARC²³, l'identité se modifie tout au long de l'existence. Le développement de la conscience de soi en lien avec le sentiment d'identité est le résultat de remaniements successifs et de tentatives d'intégration plus ou moins réussies. C'est pourquoi il me semble qu'un travail d'incorporation des nouvelles données corporelles induites par la maladie sur le schéma corporel, les repères identitaires, etc. peut être fait, au titre d'une remise en travail de l'image du corps en thérapie psychomotrice, dans le but d'aider la personne à créer, élaborer et s'approprier de nouveaux repères.

Avec mon travail à ses côtés, il me semble que cela peut déjà passer par trouver une continuité dans son corps au travers d'une sensorialité expérimentée, commune ou différente, entre les deux milieux dans lesquels nous travaillons ensemble.

Pour qu'elle puisse établir elle-même un lien entre ce qui se passe pour elle, avec et dans

22 MAINTIER C., 2011.

23 EDMOND M., 2005.

son corps, en piscine et à l'extérieur, je pense pouvoir utiliser le cadre de la thérapie psychomotrice pour l'aider à construire et trouver de nouveaux repères.

Aussi je m'interroge sur comment, dans un premier temps, faire trace de ce qui se passe en piscine afin qu'elle puisse en garder quelque chose de réaliste pour la vie hors du bassin.

J'ai alors l'idée d'utiliser un même objet dans les deux milieux, un objet qui puisse se faire médiateur entre nous et qui, en outre, lui permette de retrouver une sensorialité commune dans les deux milieux. Avec, malgré tout, des variations dépendantes des propriétés de ce dernier. Pour plusieurs raisons et assez intuitivement, un objet me paraît judicieux pour tenter cette expérience : une balle à picots.

II. À PARTIR DES CONTINUITÉS SPATIO-TEMPORELLES ET CORPORELLES POUR RETROUVER UNE CONTINUITÉ D'EXISTENCE

1. Un travail basé sur une continuité entre les deux milieux

Mise en jeu d'une sensorialité commune avec une balle à picots

J'oriente la suite de la prise en charge vers un travail qui pense et met en continuité les deux milieux dans lesquels nous pouvons évoluer ensemble et qui vise à ce que Mme E. puisse s'installer dans une continuité à la fois corporelle et sensorielle.

Au cours de ma formation, j'ai eu l'occasion d'expérimenter et d'explorer moi-même les modalités de la balle à picots. Certaines furent révélatrices et m'ont ainsi conduite à faire cette proposition à Mme E. La balle à picots présente la particularité de stimuler différents points de la peau de façon assez précise et localisée, des points situés à proximité les uns des autres. Mais ils sont tous reliés les uns aux autres par un passage continu de la balle sur la partie du corps concernée. Il me semble que ce massage à la fois continu et discontinu fait vivre et ressentir une forme de prise de conscience de la partie du corps massée tout en l'intégrant dans une continuité également ressentie. Cela a induit ma proposition bien que je ne sache pas vraiment si cela allait convenir à Mme E.

Je fais la proposition à Mme E. d'utiliser une balle à picots pour des massages réalisés et dans la salle et dans l'eau. Je profite du temps de plusieurs séances en salle pour la familiariser avec cet objet.

Je lui propose dans ces moments de quitter son fauteuil et de s'installer en position assise sur une table de kinésithérapie rouge installée le long d'un mur de la salle de psychomotricité. J'avance son fauteuil roulant et elle peut s'y installer par un transfert lent et coûteux en énergie qui nécessite un appui avec ses bras sur moi. Pour commencer, je propose à Mme E. qu'elle prenne d'abord elle-même la balle et se la passe alors sur son bras gauche et sur ses cuisses. Elle est surprise de la différence qu'elle peut ressentir quant à la perception de la balle sur ses deux cuisses, qui ne coïncide pas avec ce qu'elle ressent lors de ses transferts, sa cuisse droite étant normalement « la plus forte », mais ici la moins sensible.

La balle se présente comme un objet support d'expériences sensorielles sources de similitudes et de différences dans les ressentis entre les deux milieux. Si j'utilise une balle à picots pour masser Mme E. plutôt que de la masser dans un contact plus direct avec mes mains, c'est qu'elle se fait médiatrice dans notre relation. Ce concept vient illustrer l'envie que j'ai de ne pas la brusquer dans ce vers quoi je souhaite l'accompagner. La considération de son corps est difficile, le travail de prise de conscience et de réappropriation qui axe la prise en charge est donc un travail long, qui doit se faire sur une temporalité qui respecte le rythme propre de Mme E. et sa capacité à intégrer cette réappropriation. Mettre un intermédiaire entre elle et moi me semblait respecter cette temporalité en n'agissant pas directement sur son corps. Il était difficile pour moi de rompre par un contact direct de mes mains sur son corps l'espace, la distance qu'il me semblait exister entre nous. Ce médiateur, cet intermédiaire, m'a permis d'approcher Mme E., ou plutôt de nous rapprocher l'une de l'autre, en respectant les rythmes, les inquiétudes de chacune et nos intimités face à nos vécus respectifs.

Dans l'eau, j'utilise la même balle. Mme E. accepte le massage dans la piscine aussi. Celui-ci est moins complet, car du fait de la flottabilité de la balle, je lui masse essentiellement les bras et jusque dans le milieu du dos. Mme E. paraît moins sensible au massage dans ce milieu et m'en dit moins de choses que lorsque je la masse en salle de psychomotricité.

J'ai alors l'impression que ce travail n'a que peu d'impact sur Mme E., du moins avec ce qu'elle m'en laisse voir et entendre. D'elle-même, elle ne ré-évoquera pas les similitudes et les différences qu'elle peut trouver d'habitude. D'autant plus que je me rends compte que ses troubles mnésiques interfèrent dans la continuité de cet exercice, Mais je continue à réfléchir sur l'utilisation de la sensorialité dans et entre les deux milieux en lien avec la mémoire corporelle et des sens sur laquelle je compte alors.

Ces temps de massage me permettent d'élargir cette question de la continuité sur d'autres aspects dans la thérapie psychomotricité et les modalités relationnelles qu'elle sous-tend.

Trouver du même, du semblable chez l'autre

Durant les temps où Mme E. se masse elle-même, je me saisis à mon tour d'une balle pour me masser en même temps qu'elle. Alors qu'elle observe une différence entre ses pointes de pieds et ses talons en se massant la sole des pieds, je m'applique le même massage et lui fait remarquer que pour moi aussi les sensations sont moins importantes au niveau de mes talons, sûrement parce que ce sont des parties plus charnues.

Je me demande si trouver du semblable et du différent chez l'autre, tel que l'enfant le découvre dans ses expériences psychomotrices qui le conduisent à s'individualiser et à forger son identité, peut aider Mme E. à s'approprier son corps bouleversé. Trouver du même chez l'autre, le psychomotricien, peut peut-être aider Mme E. à éprouver et mettre un peu de sens sur des choses parfois incompréhensibles qui se passent en elle. C'est ici mon engagement en position de psychomotricienne qui vient faire effet.

Edmond MARC parle de cette quête du semblable en lien avec la « *recherche d'un double, comme une sorte de reviviscence du stade du miroir, où le sujet trouve un renfort et une confirmation de ce qu'il est et donc une réassurance identitaire.* »²⁴ Il précise également que la possibilité de trouver un point commun avec le psychomotricien, personne au départ étrangère, nécessite d'abord une rencontre. Le rapprochement et la communication sont ainsi facilités. Une relation sécurisante s'établit, permettant d'aborder ces questions de la perte et des remaniements des capacités corporelles, de l'image du corps et de l'identité.

24 MARC E., 2005, p. 215.

Peut-être cette comparaison, ces recherches de similitudes et de différences ont-elles un sens pour moi aussi. Peut-être est-ce nécessaire pour ce que cet accompagnement et ce que les vécus de Mme E. me font vivre dans mon propre corps soient élaborables et pensables pour moi. Si cette idée de me masser en même temps me vient assez spontanément, peut-être est-ce parce que j'ai besoin moi aussi de trouver à ce moment-là des repères dans notre relation, dans mon corps. Si ces changements font vivre des sensations étranges à Mme E., qu'est-ce que moi je peux ressentir en vivant une même expérience corporelle ? Est-ce que face à ma patiente qui semble perdue, je peux malgré tout me présenter à elle comme solide, avec des repères et des appuis constitutifs de mon cadre interne de psychomotricienne et de sujet qui m'appartiennent et sur lesquels Mme E. va aussi pouvoir s'appuyer pour trouver quelque chose de solide et confortant en elle ?

Vers une unité corporelle

Je propose de reprendre la balle pour la lui passer sur des parties qu'elle peut plus difficilement atteindre, mais aussi parfois pour repasser par là où elle est déjà passée. Je commence par la passer sur ses plantes de pieds, en lui soulignant la continuité avec le travail déjà fait sur les appuis. Au niveau des deux pieds, Mme E. présente là encore une différence entre la pointe des pieds où les sensations sont bien ressenties et les talons où sa sensibilité est amoindrie.

Je lui propose de s'avancer pour rapprocher ses pieds du sol, afin qu'elle puisse y faire rouler la balle sans utiliser ses mains, en mettant son poids dessus afin d'accentuer ses ressentis. L'intensité des sensations est en effet augmentée, et j'évoque alors le poids de son corps qu'elle met sur la balle qui exerce une force plus importante que celle que j'applique avec mes mains.

Mme E. me dit que pourtant, elle n'a pas de force dans les jambes. Je tente d'ôter la balle de sous son pied. Mais cela n'est pas une mince affaire, j'en suis moi-même surprise. Cela me permet de lui montrer et de lui dire qu'elle exerce bien une force avec ses jambes, qui témoigne plutôt du poids de ses jambes, puisque je peine à récupérer la balle sous ce poids. Je bouge autant que possible la balle sous son pied pour l'aider à ressentir ce poids.

Dans ces temps de massage avec la balle à picots, il me semble important de ne pas omettre la prise en compte de ses jambes et de les rattacher, malgré leur handicap, au reste du corps. L'objectif n'est pas d'oublier cette partie de son corps pour pouvoir oublier la marche. Bien au contraire, ses jambes, avec ce qu'elles lui font vivre et ce qu'elles lui imposent, font bel et bien partie de son corps. Elles se font le marqueur le plus pesant de ce corps atteint et changé par la maladie. Il est donc important de les relier au reste du corps en aidant Mme E. à prendre conscience de leur nouvelle forme, leur nouvelle modalité. Et cela passe ici par le ressenti du poids de ses jambes, leur poids réel, qui peut être mis en lien avec le poids qu'elles représentent pour Mme E. dans l'évolution de sa maladie, dans sa régression psychomotrice et sa perte d'autonomie, et l'image qu'elles renvoient de son handicap.

De la même façon que j'accorde une importance à travailler la sensorialité sur les deux hémicorps, je sens aussi l'importance avec Mme E. de ne pas rester au niveau des appuis plantaires, mais de travailler sur l'ensemble du corps à partir de ses appuis. Même si la tâche me semble délicate au départ du fait de ses troubles sensoriels, j'entreprends un massage plus global.

Dans le massage que je fais à Mme E., je remonte avec la balle à picot sur ses chevilles, ses mollets, ses genoux, ses cuisses, ses bras puis son dos.

C'est alors l'investissement des différentes parties de son corps vers un sentiment d'unité corporelle, à partir des appuis des pieds, qui est engagé.

2. Pour une réappropriation globalisée et unitaire du corps : qu'en est-il de la continuité corporelle ?

Des observations sources de questionnements

Lors de la séance en salle où nous avons permis à Mme E. d'effectuer quelques pas en restant à l'écoute de ses sensations, je lui fais part du fait que même si ses orteils, alors douloureux au point qu'elle a du mal à s'en servir pour garder ou retrouver son équilibre, ne sont pas les seuls à intervenir dans son processus d'équilibration. Au contraire, lorsqu'elle se lève et qu'elle marche, plusieurs parties de son corps interviennent : sa colonne vertébrale, son bassin, ses bras qui lui permettent de trouver d'autres appuis.

Cependant, dans l'attention qu'elle porte à ses sensations, Mme E. ne parviendra, lors de cette séance, à nous parler que de ce qu'elle ressent au niveau de ses appuis plantaires, n'évoquant pas le reste de son corps.

De même, plusieurs fois en piscine, je l'observe très en difficulté avec ses jambes. Mais elle me demande systématiquement de l'aide et pas une fois je ne la vois utiliser elle-même son buste et son bassin pour tenter de se redresser.

Ce que Mme E. me laisse à observer avec ces séances m'amène à me demander ce qu'il en est de l'investissement des parties de son corps qui ne sont ni ses jambes ni ses pieds. En effet, j'observe qu'elle utilise très peu son bassin et son buste dans l'eau notamment pour se rééquilibrer dans les situations de verticalisation. Par ailleurs, son ergothérapeute me parle d'une forme de négligence de son membre supérieur gauche dans ses actes de la vie quotidienne.

Je ne sais pas bien si je dois entamer avec Mme E. un travail autour de l'investissement de ces parties. Ces observations ont amené quelques questionnements, mais sont-elles suffisantes pour déterminer la suite de l'accompagnement, s'agit-il d'une ligne pertinente à suivre pour aider Mme E à trouver son équilibre psychocorporel face à sa maladie ?

Ainsi, afin de guider mes tâtonnements, me vient l'idée d'élaborer et de proposer un bilan à Mme E. comportant des épreuves ciblées sur le schéma corporel et sa mise en lien avec les sensations.

Un bilan sur l'investissement de son corps de Mme E.

Du fait de ses difficultés motrices et posturales et de son importante fatigabilité, il ne m'était pas possible de lui proposer un bilan dans son intégralité. C'est d'ailleurs pour ces mêmes raisons que la psychomotricienne ne l'avait pas réalisé non plus auparavant. Ainsi, je rencontre Mme E. lors d'une matinée dans la salle de psychomotricité sur un créneau horaire d'une heure et quart pour la passation de cet extrait de bilan.

Pour la réalisation de ces quelques épreuves, Mme E. s'est montrée coopérative et n'a pas donné de signe de difficulté particulière pour la compréhension des consignes.

Il n'est pas aisé pour Mme E. de citer comme librement les parties de son corps. Elle ne

cite par elle-même que ses jambes et ses pieds, ce qui lui permet d'évoquer ses manques. Elle me dit par exemple, dans un exercice où il s'agit de relier une partie du corps à une fonction ou une sensation : « Les jambes servent à marcher, mais moi je ne peux plus. » Pour qu'elle en cite davantage, je dois la guider, l'orienter. Mais elle peut nommer les différentes parties sans difficulté si je les lui montre sur moi ou lui demande de les montrer sur elle.

Pour le dessin d'une silhouette, elle ne représente d'abord que le visage, et je dois la solliciter pour qu'elle représente aussi le corps. Les pieds en revanche n'apparaîtront pas. Alors qu'elle dessine avec sa main droite, elle peut mobiliser sa main gauche assez spontanément pour maintenir la feuille. Pourtant, au cours de son bilan en ergothérapie auquel j'ai assisté, la mobilisation de sa main gauche avec sollicitation semblait difficile, voire impossible.

Lorsque je lui demande de me décrire la position dans laquelle elle se trouve à ce moment-là, elle me dit se sentir droite. Elle se trouve en fait dans sa position habituelle avec les épaules plutôt en avant, et en même temps qu'elle me donne cette réponse, je l'observe courber sa colonne et pencher son buste légèrement sur le côté. Elle semble tout de même en difficulté dans ses mots pour me répondre, et me demande de valider sa réponse. Les indications qu'elle me donne quant à la position de ses bras sont exactes.

Au final, il me semble que Mme E. a une bonne connaissance générale du schéma corporel, mais que les difficultés qu'elle rencontre sont effectivement plus de l'ordre de l'investissement inégal des différentes parties de son corps. En effet, certaines parties, notamment ses jambes, sont omniprésentes dans ce que Mme E. vient me déposer, peut-être du fait de leur impact dans les incapacités et les symptômes de Mme E. Et ce, au détriment d'autres parties du corps désinvesties, comme le buste, l'axe corporel, le bassin ou et les membres supérieurs, alors qu'elles sont encore riches de capacités. Leur mobilisation pourrait contribuer à un autre vécu corporel et à une meilleure image de soi par la meilleure autonomie que cela favoriserait.

La suite de notre travail va donc reposer en partie sur un investissement global de toutes les parties de son corps afin de maintenir, dans cette dynamique d'unité corporelle, une image positive de ce corps, et que ce dernier puisse continuer à être le support de ses capacités, de son identité, de ses relations et de son inscription dans le monde.

La notion de réappropriation du corps intervient ici avec cette question de l'investissement, ou plutôt du réinvestissement, des parties du corps « mises de côté », « oubliées ».

Mais cela n'est pas simple, puisque j'ai l'impression que, pour Mme E., se réapproprier ses jambes avec la réalité de leur handicap, c'est aussi passer un cap dans l'acceptation de sa maladie et dans son identité bouleversée. Il me semble que cela nécessite pour elle un travail long et douloureux, mais pour lequel, aussi difficile que cela puisse être, l'accompagnement en psychomotricité s'avère être un bon appui, un bon étayage possible.

Ce bilan m'aura en tout cas permis de me recentrer sur mon travail et de trouver des repères, plus fidèles à Mme E. et son vécu, là où je me sentais moi aussi un peu perdue.

L'une des notions princeps de la thérapie en psychomotricité, basée sur la relation qui s'établit entre le psychomotricien et son patient, est l'empathie. C'est en tout cas la notion qui me vient à l'esprit quand j'essaie de comprendre et d'approcher les émotions que la perte nous amène à vivre.

Ainsi, après maintes réflexions, j'en viens à penser qu'il est très difficile d'accepter de perdre et de renoncer à un objet, surtout quand il fait partie de soi. Il en va de même dans le développement psychomoteur pour la séparation qui s'avère difficile et douloureuse psychologiquement pour le petit qui n'a pas encore intégré totalement l'objet parental en lui et trouvé une base interne suffisamment sécurisée en lui. Mais lorsque cela s'impose à nous, que la maladie, par exemple, ne nous laisse pas le choix que de faire sans ce qu'elle nous retire, comment trouver un nouvel équilibre ?

PARTIE 3

Face à la perte : un travail
de renoncement pour « continuer à
avancer » et la consolidation d'une
base interne pour se retrouver
et rester soi

I. LE RENONCEMENT, UNE QUESTION SENSIBLE QUI PREND PLACE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE

1. Un travail de deuil à faire

L'avancée de la maladie amène l'individu à faire progressivement le deuil d'un idéal du corps. Mais pour les personnes qui perdent la fonction psychomotrice qu'est la marche, en plus de la verticalisation, le deuil à faire est aussi, et peut-être parfois d'abord, celui de cette fonction et de l'usage d'une partie du corps, et de tout ce que cela représente.

Il est à noter que la dépression si souvent présente chez les personnes atteintes d'une sclérose en plaques peut aussi être due à la perte de cette fonction, du fait de tous les processus identitaires qui s'en retrouvent heurtés. C'est ce que nous retrouvons chez Mme E.

Frédéric GROS écrit : « *La tristesse est passivité : c'est quand je n'y arrive pas. Je me pousse, je suis contraint, et tout résiste. J'endure, je force. Je recommence, et c'est la même inertie : je n'y arrive pas.* »²⁵ La personne se retrouve face à une fatalité, parfois ni entendable, ni intégrable, qui la confronte à sa maladie et son handicap, à ce qui s'impose dans son être, mais avec quoi elle ne s'était pas construite jusqu'ici.

Pour la psychanalyste Andrée LEHMANN²⁶, parler de deuil renvoie au rapport à la perte de l'objet, un objet auquel on était attaché comme à une partie de soi-même. On peut considérer que c'est le cas ici. Pour elle, le deuil est un processus qui fait passer progressivement du refus ou du déni de la perte à sa reconnaissance. On parle de deuil quand un objet qu'on estimait essentiel à sa vie ou à son équilibre est perdu.

Il s'agit alors de reconnaître l'état de souffrance. Il me semble également que pour pouvoir renoncer, pour que ce travail de deuil s'inscrive dans une temporalité, pour qu'il trouve une fin qui permette de continuer à exister, il faut trouver autre chose. Un renoncement ne peut pas se faire sans compensation, sans alternative. Il ne me semble pas possible de pouvoir renoncer à une partie de son identité, à ce qui fonde notre existence, si on ne trouve pas ailleurs des éléments, des sensations, des expériences inscrites en soi qui permettent malgré tout de rester vivant, complet, de rester sujet dans le monde.

25 GROS F. (2009), *Marcher, une philosophie*, Paris, Carnets Nord, p. 194.

26 LEHMANN A., 2014.

2. L'accompagnement thérapeutique de la perte et du renoncement

Retrouver ailleurs pour renoncer ici

La perte peut se présenter comme très difficile à vivre pour le sujet qui y est confronté. D'après Catherine MORIN²⁷, la perte pourrait faire stigmatiser, au sens d'une marque réelle donnant l'image d'une défaillance alors symbolique. Le risque, avec la perte de la marche, est de faire que ces personnes, en plus de se percevoir comme des individus qui ne peuvent pas se déplacer à leur gré, « *se considèrent comme intrinsèquement dégradés dans leur être.* »

La perte touche au narcissisme, que Sigmund FREUD définit comme un amour du corps, puis comme un amour du Moi, établissant ainsi une relation entre le Moi et le corps²⁸. Pour que la personne puisse intégrer cette perte dans l'image qu'elle se représente d'elle-même, de son corps et qu'elle puisse continuer à exister sereinement, il faut qu'elle retrouve dans son corps des compromis, des sensations, des représentations qui consolident et compensent les aléas apportés par la maladie dans sa construction identitaire.

*« Entre la guerre et l'arrangement implicite, le compromis instaure une nature particulière de relations sociales. Il dessine un espace et un temps où l'acteur qui s'y engage s'accepte comme appartenant à un monde pluriel, partie prenante d'une histoire qui le dépasse, ni seul ni tout puissant, ni soumis ni impuissant. Aussi est-il important, au-delà de la description des processus d'échange et de négociation, de mettre l'accent sur ce qui caractérise plus profondément le compromis : un travail de reconfiguration identitaire. »*²⁹

Concernant le travail de deuil, la psychanalyste Andrée LEHMAN nous dit que ce travail psychique a pour fonction de mettre le sujet en état de reconnaître et d'assumer la perte, tout en recommençant à vivre pour lui-même.

Pour elle, « *le travail d'élaboration donne au sujet une place qui n'est plus celle déterminée et fixée par le lien à l'objet perdu. C'est de cette nouvelle place qu'il peut maintenant s'envisager comme ayant perdu quelque chose, ce qui l'autorise du même coup à opérer de nouveaux investissements.* »³⁰

27 MORIN C. (2013), *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire, neurologie et psychanalyse*, Toulouse, Erès.

28 FREUD S. (1914), Pour introduire le narcissisme, in *La Vie sexuelle*, Paris, Puf, 1969, p. 81-105.

29 LICHTENBERGER Y., 2014, Compromis et renoncement, *Négociations*, N°22, p. 97.

30 LEHMANN A., 2014, p. 175-176.

Il me semble que c'est sur ces nouveaux investissements que le psychomotricien peut intervenir et accompagner la personne, au travers de son corps, dans ce processus de deuil. Surtout si le deuil à faire concerne une partie ou une fonction du corps.

Selon Geneviève PONTON³¹, le psychomotricien sollicite des ressources complexes lorsqu'il accompagne autour de la marche, que ce soit auprès du jeune enfant dans ses acquisitions, auprès de la personne âgée dans la reprise de sa marche par exemple, ou encore dans le cas de Mme E., dans la perte de cette fonction psychomotrice qu'est la marche.

Pour elle, « *il ne s'agit plus de considérer l'équilibre uniquement dans sa composante neurophysiologique, car nous savons à quel point marcher représente un enjeu identitaire majeur dans la relation à l'autre, et une émancipation dont on perçoit très vite les bénéfices, quel que soit notre âge.* »³²

Elle constate par ailleurs qu'un travail auprès de personnes âgées dans le réapprentissage du relevé du sol réactive des schèmes psychomoteurs et sous-tend un profond travail proprioceptif qui participe à la reconstruction du sentiment de soi.

Il me semble que c'est ce profond travail proprioceptif qui peut être mis à l'œuvre dans l'accompagnement de la perte. Si, en effet, la perte amène à se « perdre soi » par les bouleversements identitaires qu'elle engendre, on peut aider en psychomotricité la personne à se retrouver, à se sentir soi en passant par des sensations internes et profondes qui lui permettent de se sentir exister.

En effet, quand nous accompagnons ainsi une personne, Geneviève PONTON ajoute que « *nous participons à la mise en route du mouvement intérieur qui lui donne conscience de ce qu'elle est en train de vivre, produit une représentation de ce qui a lieu et donne sens à ce que nous faisons ensemble.* »³³

Poser les mots

La psychanalyste Andrée LEHMAN nous dit que « *les remaniements psychiques liés au travail de deuil permettent d'apprendre à "vivre avec l'absence." L'objet perdu conserve une existence, mais c'est une existence dans le passé* »³⁴, et qui selon moi peut être ramenée au

31 PONTON G., 2012.

32 PONTON G., 2012, p. 48.

33 LEHMANN A., 2014, p. 61.

34 LEHMANN A., 2014, p. 175-176.

présent par les mots et le partage des souvenirs. En effet, s'il demeure toujours présent, c'est dans la mesure où l'on peut parler de lui, de son histoire, penser à ce qu'il a été dans la nôtre.

Il s'agit pour Michel REICH de reconnaître la perte et de donner au patient la possibilité d'évoquer son vécu par rapport à ses modifications corporelles. Ou, comme c'est le cas avec Mme E., de l'amener vers cette possibilité. Cet auteur préconise également de toujours préserver l'intimité et la valeur de l'estime de soi du patient fragilisé sur le plan narcissique. Enfin, « *accepter avec le patient les modifications corporelles et structurelles du corps et lui permettre de se réapproprier son corps fera partie des objectifs principaux de cette prise en charge.* »³⁵

Une des difficultés que je rencontre dans l'accompagnement de Mme E. repose sur ce que je peux verbaliser ou non. Jusqu'où le psychomotricien est-il psychologue ? Où la verbalisation trouve-t-elle une limite en psychomotricité ici dans le cas de Mme E., quand on sait combien la communication infra-verbale est l'une des spécificités du corps du psychomotricien en relation ?

Cela fait pour moi écho à la réflexion posée lors d'une conférence sur le corps du psychomotricien à laquelle j'ai assisté cette année. L'historique que Yvan RIGAUD y retrace de son propre corps de psychomotricien³⁶ me fait penser que nous nous construisons, en tant que psychomotriciens, des appuis internes au fil de nos expériences, de nos rencontres, de nos échanges, de notre formation, de nos réflexions, etc. et c'est peut-être avec ces appuis internes que nous allons nous présenter dans la rencontre et que notre corps va pouvoir servir d'appui, d'étayage pour le patient. Afin que celui-ci, au sein de la relation que nous établissons dans le cadre de la thérapie, puisse tirer quelque chose pour lui des expériences trouvées et créées ensemble visant à retravailler son identité, sur la base de ce que le patient vient déposer de son histoire et de sa problématique, et de la créativité intuitive du psychomotricien.

Sur cette question des mots, Christine MAINTIER propose que ces derniers peuvent être source de redécouverte à condition qu'ils s'adaptent progressivement à la personne. Selon elle, « *comme la mère qui, spontanément, module sa voix quand elle s'adresse à son enfant, l'ai-*

35 REICH M., 2009, Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique, *L'information psychiatrique*, N° 85, p. 253.

36 RIGAUD Y., 2015, Il était une fois... mon corps de psychomotricien, conférence lors de la 6^e journée d'étude *Le corps du psychomotricien : une médiation ?*, organisée par l'Association de Réflexion et de Recherche Clinique en Psychomotricité, Lyon.

dant, pour faire perdurer la relation, va modifier [et adapter] sa parole. »³⁷

Pour le psychomotricien, dans la communication verbale avec la personne, il y a les mots que le professionnel peut poser, mais aussi ceux qu'il peut écouter et entendre. Selon Edmond MARC, « *exister c'est aussi être écouté, retenir l'attention quand on parle, sentir que sa parole est prise en compte.* »³⁸ La posture professionnelle du psychomotricien autorise cette écoute reconnaissante et bienveillante de l'autre. Le psychomotricien peut recevoir ces pensées transmises par les mots. Il peut même, en étant à l'écoute de lui-même et de ce que lui font vivre ces échanges, en retransmettre quelque chose de transformé au patient, ce qui fait écho à la fonction alpha de Wilfried BION.

En psychomotricité, une approche par la consolidation de la base interne

Pour aborder cette question du renoncement avec Mme E., je me suis demandé si je ne pouvais pas l'aider d'abord à retrouver une forme de solidité interne, de base interne sécurisée pour l'accompagner *vers*, puis *dans* ce processus de renoncement. Il me semble que toute réappropriation et prise en compte de la maladie ainsi que le travail de renoncement ne sont pas possibles sans cette base sur laquelle se fonde le sentiment de continuité d'existence.

De plus, face à la perte de la marche et à cette dynamique de réappropriation, je me suis d'abord sentie démunie. Je trouve qu'il s'agit d'un processus douloureux et difficile à penser, complexe. D'où, je pense, la difficulté que je rencontre à poser des mots, d'autant plus que je ne possède pas les connaissances ni les capacités de lui annoncer des certitudes sur cette perte.

Mes doutes exprimés ici font écho à la difficulté qu'a Mme E. à se représenter son corps, une difficulté que je partage avec elle et qui me fait « souffrir » dans le sens où elle m'atteint dans des questionnements et des vécus qui me touchent par le mal-être que Mme E. me renvoie.

Mais il me semble que ce qui fait la force de notre être psychomotricien est aussi constitué de ces éléments de nous-mêmes et nos propres émotions sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour rencontrer la personne et l'accompagner dans ce qu'elle vit. Ces vécus et sentiments peuvent être reconnus, touchés du doigt. Le travail sur les mots posés dans notre accompagnement peut ensuite être facilité. Nous travaillons sur la base d'expériences sensorielles, identitaires et professionnelles qui nous permettent de transmettre une sensation qui

37 MAINTIER C., 2011, p. 43.

38 MARC E., 2005, p. 133.

peut parfois faire naître un éprouvé, une émotion ou même une parole. C'est ce sur quoi je fonde mes propositions à Mme E., à commencer par celle de la balle à picots.

J'ai, assez intuitivement face à cette difficulté à poser les mots, pensé à m'appuyer sur les forces des outils et des spécificités du psychomotricien, à savoir ceux qui gravitent autour du corps et passent par le corps, son langage, ses appuis, ses modalités d'ancrage et d'expression.

Ainsi, afin de consolider et de retrouver cette sécurité interne qui lui appartient au croisement intime entre sa tête et son corps, je lui ai proposé un travail sur les appuis et l'axe corporel. Il s'agissait alors de se baser sur celui de continuité commencé avec la balle à picots pour l'accompagner vers une prise de conscience des appuis et de l'axe, donc dans une continuité du travail entamé, orienté maintenant sur la notion de base interne.

II. LE TRAVAIL AUTOUR DE LA VERTICALITE POUR CONFORTER LES ASSISES NARCISSIQUES ET RETROUVER UN SENTIMENT DE SECURITE INTERNE

1. À la recherche des appuis, sources d'ancrage pour être soi dans le monde et la relation

Un travail autour des appuis plantaires dans le prolongement des jambes

Debout, le seul contact que nous établissons avec le sol passe par nos pieds. Ces derniers sont riches en capteurs sensoriels et assurent ainsi une adaptation au sol et le maintien de notre équilibre. Le pied, avec la participation du réflexe plantaire, renvoie des informations analysées en permanence au cerveau afin d'ajuster le poids du corps, de produire les forces musculaires qui permettent la projection du centre de gravité dans la surface d'appui et donc de favoriser la verticalité. Les os des pieds sont massifs, formant une double voûte plantaire longitudinale et transversale supportant le corps verticalisé.

Le travail des appuis dans la verticalisation et la marche participe à la recherche et au ressenti d'une certaine solidité interne. En effet, les sensations de fermeté du sol et de limites

véhiculent la confiance en soi en faisant éprouver la sensation de solidité³⁹. D'après Geneviève PONTON, « *la résistance du support, en tant que limite structurante, est indispensable à la construction de la sensation de solidité en soi, de laquelle naît l'affirmation de soi.* »⁴⁰ C'est sur cette solidité interne que va pouvoir reposer le sentiment d'existence et qu'il va s'inscrire dans une continuité.

Les appuis plantaires prennent une place primordiale dans la verticalisation et la marche et donc dans le fondement de l'identité. S'ils sont modifiés par la maladie, il m'a semblé important de pouvoir les réexpérimenter pour en intégrer les changements, de repartir de cette base dans le vécu de la maladie, comme il en a été dans la construction de l'identité de la personne.

Lors d'une séance en piscine, j'observe que les jambes de Mme E. sont particulièrement spastiques. Elles semblent ce jour incontrôlables. Mme E. tente de marcher, mais ses jambes remontent sans cesse en bloc à la surface de l'eau. Elle me renvoie une impression de flottaison, de non-contrôle, comme si, avec ses jambes, il n'était pas possible d'établir un contact avec le sol et que celles-ci portent le reste de son corps. Dans ces situations, je me retrouve moi-même à ne plus savoir que faire avec ces jambes qui bloquent et prennent toute la place.

Partant de ce ressenti de flottaison, de fuite du sol et d'impuissance, je l'invite à porter son attention sur ce qu'elle peut ressentir du contact qu'elle a au sol avec ses pieds une fois ses jambes plus stabilisées. Ayant connaissance de par mes propres expériences de ce qu'être bien ancré dans ses appuis peut apporter comme ressentis, je vais tenter de l'accompagner dans cette direction.

Il s'avère que Mme E. a des sensations au niveau de la pointe de ses pieds, mais très peu au niveau de ses talons. En effet, j'observe que Mme E. marche essentiellement sur la pointe des pieds, et lui fais un retour de mon observation.

Chaque fois que ses jambes remontent, je lui suggère à nouveau de se concentrer sur ses appuis. Au fil de la séance, sa posture debout est ainsi mieux maîtrisée, ce qui libère ses bras. Comme je lui propose alors de réaliser des mouvements amples avec ses bras, Mme E. se saisit de cette plus grande aisance pour tenter de marcher, ce qu'elle parvient à faire de façon plus fluide avec une certaine mobilité du haut du corps retrouvée. Mme E. est ravie et l'exprime : « je suis super contente », avec un grand sourire. Elle ajoute que c'est la première

39 PONTON G., *Construction du sentiment de sécurité par la verticalité*, Ateliers du Cami Salie, Pau, 2013.

40 PONTON G., 2012, p. 61.

fois, qu'avant elle n'arrivait plus à marcher comme ça. Elle est fière de montrer cela à la psychomotricienne.

Cette grande satisfaction de Mme E. exprimée alors qu'elle retrouve une forme de marche et les sensations associées laisse entendre le plaisir sensoriel, mais aussi narcissique, qu'elle retrouve dans un mouvement qu'elle croyait perdu, ou du moins qu'elle ne parvenait pas à retrouver. Je ressens moi-même une émotion joyeuse me conquérir, ce qui se traduit par un large sourire sur mon visage dont Mme E. peut s'emparer.

Par ailleurs, son expression « c'est la première fois » traduit les ruptures temporelles que lui fait vivre sa maladie. Cela dévoile également un terrain favorable pour réintroduire dans son fonctionnement psychomoteur des changements corporels et moteurs et des capacités nouvellement modifiées.

Dans l'eau, la composante statique des appuis plantaires est moins ancrée qu'en milieu aérien du fait de l'allègement du poids du corps. Des appuis stables permettent de garder une sensation de sécurité. En touchant le sol, les pieds donnent des repères et permettent de maintenir certains organes sensoriels et respiratoires hors de l'eau.

Il m'a semblé important de passer par un travail sur les appuis avec Mme E. Son dessin d'une silhouette, représentée sans pieds lors de la passation de quelques épreuves de bilan, est venu confirmer l'importance de cette piste de travail. En effet, Catherine MORIN⁴¹ stipule que le portrait, ou mieux encore l'autoportrait, peut faire apparaître le manque à être du sujet sous la forme de diverses irrégularités et manques.

Lors de la séance qui suit, nous nous retrouvons cette fois en salle de psychomotricité. J'explique à Mme E. que, comme la psychomotricienne est présente avec nous, nous allons pouvoir faire un travail debout et sur la marche dans la continuité de ce que nous avons fait dans l'eau. Je lui propose sur quelques pas de porter son attention sur tout ce qu'elle peut ressentir en elle, et notamment sous ses pieds.

Assez rapidement après s'être relevée et avoir commencé à marcher, je la sens se redresser. Son buste se soulève, elle se positionne plus droite sur son axe. Lorsque je lui ferai part de cela en fin de séance, elle semblera surprise. Cet élément vient soutenir mon hypo-

41 MORIN C., 2013.

thèse de désinvestissement de son axe en même temps que cela me semble propice au travail de réappropriation.

Mme E. me parle là encore de la différence qu'elle ressent entre ses talons et la pointe de ses pieds. Elle ressent même une sensation étrange au niveau de ses talons qu'elle peut qualifier de désagréable, comme s'ils s'enfonçaient dans de la mousse sans qu'elle ne sente le sol.

Elle évoque ses doigts de pieds douloureux lorsqu'elle veut prendre appui dessus pour retrouver son équilibre et fait référence à la chute qu'elle a faite la veille. Mais entre ces deux sensations, où Mme E. peut-elle trouver ses appuis ? Cette dernière semble perdue lorsque j'évoque d'autres parties de la voûte plantaire telles que les parties plus charnues.

Alors je lui propose de toucher et masser ces différentes parties. Cette idée me vient presque comme une nécessité, je la lui propose spontanément à partir de ce qu'elle me renvoie de son vécu et de ses incompréhensions lors de cette séance. C'est la première fois que je la touche intentionnellement et directement ainsi dans un toucher à visée thérapeutique. Peut-être que ces incompréhensions me perdent un peu aussi, je suis peut-être plongée avec elle dans le flou de ses ressentis corporels. D'où cette envie que j'ai je pense de lui proposer un contact direct, par les appuis, dont j'ai là encore pu moi-même explorer les modalités et les nécessités au cours de mes propres expériences psychomotrices relatives à ma formation.

Il s'agit de venir réveiller quelques sensations de ses appuis plantaires des deux côtés du corps. La sensation dans ses talons est identique des deux côtés, en revanche une différence quant aux sensations algiques existe, elle peut m'en parler et je peux également la ressentir au travers de la montée de son tonus lorsque je touche les parties concernées et ses mimiques faciales qui l'accompagnent. Cependant, c'est elle qui souhaite que je continue le massage. Je trouve chez elle un certain engouement aussi pour l'écoute de ses sensations. La psychomotricienne qui nous observait m'a dit avoir ressenti Mme E. très émue lors de ce massage, voire au bord des larmes.

Il semblerait que ce travail à partir des appuis ait permis à Mme E. de se recentrer sur elle au travers des sensations que le contact avec le sol ou de mes mains sur ses pieds entraîne chez elle. Au début de sa prise en charge, il lui était très difficile de pouvoir centrer son attention ainsi sur elle. En effet, son angoisse importante l'envahissait avec des craintes pour ses

proches essentiellement, dans une forme de projection, selon la psychologue, de l'angoisse qu'elle pouvait avoir concernant sa propre personne. C'est peut-être de repasser par les appuis, dont nous avons vu l'enjeu majeur, qui a posé les prémices de telles possibilités d'écoute et de redécouverte de soi, ce qui a fait monter une certaine émotion chez Mme E.

Mais aussi des appuis trouvés à l'extérieur

Je constate tout au long de cette réflexion que les appuis en faveur d'un équilibre psychomoteur ne sont pas seulement les appuis que la personne trouve avec ses pieds sur le sol ou avec d'autres parties de son corps sur des objets matériels solides de l'environnement. En effet, en thérapie psychomotrice, les appuis de la personne pour ses expériences peuvent aussi être trouvés chez le psychomotricien, au travers de ses mots qu'il pose sur les vécus, au travers de son regard, ou encore au travers de sa présence, tonique et émotionnelle, physique et psychique.

Benoît LESAGE⁴² propose que le corps et l'identité sont des processus qui se développent dans la relation et l'échange. En thérapie psychomotrice, fondée en partie sur les principes d'une relation bienveillante, l'appui est donc bien autant physique que psychique.

Dans cet accompagnement, les appuis propres au psychomotricien, qu'il trouve en lui et au sol, sont aussi primordiaux. Pour ma part, les cours de balnéothérapie dont j'ai pu bénéficier lors de cette troisième année de formation, m'ont permis, en complément des expérimentations faites en salle et en groupe lors des années précédentes, d'expérimenter et de travailler mes appuis. En effet, cette question des appuis et de l'ancrage est indispensable dans l'accompagnement de la plupart des situations en thérapie psychomotrice. Ces expérimentations m'ont donc rendue plus forte, plus solide et plus sereine dans ma posture pour ces accompagnements, d'autant plus qu'ils favorisent la prise en compte de ma respiration et de mon tonus, deux outils eux aussi essentiels. Et c'est sans doute d'abord en lui que le psychomotricien trouve des appuis face au déséquilibre de son patient.

J'ai constaté qu'un ancrage important sur mes propres appuis plantaires me permet de poser ma respiration, de trouver et d'adopter un état tonique cohérent à l'état vers lequel j'ai envie d'aider le patient à trouver et être. Le patient peut se saisir pour lui de ces éléments de mon propre état pensé, ressenti et réfléchi, pour accéder à un équilibre psychocorporel adapté au mieux à la situation.

42 LESAGE B., 2014, Mémoires d'appui. Chronique d'un acte fondateur, *Repères, cahier de danse*, N°33, p. 3-5.

2. La recherche d'un équilibre global avec des mobilisations autour du bassin

Lors d'une séance ultérieure en piscine, Mme E. se retrouve à nouveau en difficulté avec ses jambes qu'elle semble devoir porter, tirer pour pouvoir évoluer dans l'eau. Je le lui fais remarquer, en précisant que j'observe que cela lui demande énormément d'énergie, la mobilisation musculaire que cela suscite chez elle se voyant par une crispation jusque dans les muscles de son visage. Je souligne aussi l'immense volonté qu'elle me semble mettre dans cette mobilisation. La question « est-ce que je pourrai en faire autant ? » me vient à l'esprit. Aussi me semble-t-il important de la soutenir dans cet élan qui la pousse, je pense, à se sentir vivante, à trouver de la force en elle.

Je lui demande d'essayer de s'installer en position verticale le long du bord en prenant un appui avec sa main sur ce dernier. Un peu malgré elle du fait de son incapacité à contrôler ses jambes, elle s'installe dans une position verticale où ses jambes raides, en bloc, sont légèrement en avant de son axe et son buste légèrement en arrière. Dans cette position non alignée, non unifiée, elle peine à trouver son équilibre. Elle essaie de trouver un appui sur ses talons. Partant de ces observations, je lui suggère d'utiliser plutôt l'appui de ses orteils où elle me dit, en début de séance dans les vestiaires, avoir une bonne sensibilité ce jour. Je lui propose alors d'utiliser son bassin et son buste, dont le poids est important lui aussi, en se penchant en avant pour ramener le poids du corps vers l'avant et contrer ses déséquilibres vers l'arrière. Je la touche au niveau de son bassin, latéralement, pour l'aider à le sentir et à initier ce mouvement. Je passe aussi ma main le long de sa colonne vertébrale dans un toucher que je souhaite le plus sûr et confortant possible pour l'aider à sentir son axe et à le prendre en compte dans son mouvement.

Ce que je mets en place avec Mme E. autour de la prise de conscience de son axe corporel et, par-là, de sa colonne vertébrale comprise dans cet axe, s'articule surtout autour des massages de son dos avec la balle à picots et des exercices dans l'eau où je viens toucher son bassin et le long de sa colonne pour l'aider à induire les mouvements en mettant son axe en jeu. Ce toucher me permet de mettre en connexion cette axialité en apportant une sensation de sécurité, ce qui est donné par la colonne vertébrale, « véritable unificateur de la conscience corporelle » pour Geneviève PONTON⁴³.

43 PONTON G., 2013.

La prise de conscience de son axe corporel passe aussi dans ce que je lui propose lors de séances en salle par les massages avec la balle à picots. En massant son dos et le long de sa colonne vertébrale, je lui demande de distinguer les endroits où cela est le plus agréable pour elle. Puis, dans une forme de jeu, je l'amène à deviner, les yeux fermés, les endroits où je pose et roule la balle. Au fil de ces séances, je l'observe se relâcher de plus en plus pendant ces temps de massage qu'elle demande à prolonger, elle ferme les yeux par elle-même et soupire quelques fois.

Lors d'une autre séance en piscine, je l'invite à faire un travail de bascule autour de son bassin, en appui sur une frite. Mon objectif initial est de l'amener à trouver une position de détente, à se laisser porter par l'eau, car ce jour elle est arrivée très énervée suite à un désaccord avec son chauffeur de taxi, et je peux sentir alors l'état de tension dans lequel elle se trouve et qui se reflète au travers de sa tonicité. Elle fait alors elle-même le lien entre son état de crispation et d'hypertonie important et son émotion de colère.

En appui sur sa frite dans une zone de la piscine où nous avons pied, je lui propose de basculer son buste en avant pour ramener ses jambes vers l'arrière, de trouver dans un second temps une position confortable en étant portée par l'eau et la frite, puis de faire le mouvement inverse pour retrouver ses appuis sur le sol de la piscine.

Au départ, les mouvements de Mme E. sont assez précipités, elle part vers l'avant, mais elle est gênée par l'eau qui lui arrive dans le visage. Je me place en face d'elle et lui propose de s'appuyer sur mes mains que je lui laisse en avant disponibles, prêtant attention à être moi-même bien solide sur mes appuis. Elle parviendra ainsi à trouver un rythme qui lui convienne, en appui sur moi, pour réaliser plusieurs fois cette bascule autour du bassin et à se laisser porter par l'eau dans un mouvement cette fois bien volontaire. Elle trouve cela agréable, celui lui fait du bien.

Mme E. profite d'appuis à l'extérieur, c'est-à-dire sur le bord de la piscine et sur moi, et trouve ensuite des appuis assez solides en elle pour créer ce rythme de mouvement de bascule qui lui appartient.

Les transferts d'appui permettent de trouver autrement ou de retrouver une sécurité interne en modifiant ses appuis. Ce travail est important d'un point de vue moteur, mais aussi

pour se sentir soi dans le mouvement et le changement de mouvement ou de posture.

La question des transferts d'appuis est aussi en lien avec la question du renoncement. En effet, dans cette notion de transfert, on retrouve l'idée d'aller chercher ailleurs, de trouver autre chose ailleurs qui vienne compenser la perte ; l'élément perdu peut alors être objet de renoncement. Et ce sont bien dans les appuis que la personne se fortifie dans cette idée. Ils lui permettent de ressentir cette compensation et donc de mieux pouvoir lâcher sans pour autant tomber ou se perdre soi.

Sur la question du bassin, Alexandre LOWEN nous dit que « *centrer un individu, c'est sensibiliser son ventre et débloquer ses jambes comme les racines mobiles de son corps ; il retrouve alors les assises profondes de son être.* »⁴⁴

Pour Yvonne BERGE, la verticalisation implique une conscience de la position du bassin. « *Ce redressement dépendra aussi du centre de gravité. Plus ce centre sera placé bas dans le tronc, plus le haut du corps sera léger et dégagé. Cet enracinement par le bas exige la conscience du contact des pieds sur le sol ; par la plante des pieds, nous sommes en contact avec la terre.* »⁴⁵ Or, quand il y a beaucoup de tensions dans les jambes, le bassin est entravé.

Ces propos illustrent bien le ressenti que j'ai auprès de Mme E., avec ce sentiment d'envahissement par ses jambes qui bloquent, inhibent d'autres fonctionnalités du corps qui passeraient par le bassin. Il me semble que travailler ainsi avec elle peut l'aider à « débloquer » certaines choses qui lui seront favorables à la reconstitution d'un sentiment interne sécurisant afin qu'elle puisse se retrouver, se reconnaître dans ses ressentis et qu'elle puisse les intégrer à une réappropriation globale de son corps.

Pour continuer dans cette recherche de sentiment de solidité en soi, et au vu du plaisir qu'elle semble avoir à fermer les yeux lors des massages, je lui propose quelques exercices à réaliser dans l'eau les yeux fermés.

44 LOWEN A. (1975), *La dépression nerveuse dans le corps*, Paris, Tchou.

45 BERGE Y. (1975), *Vivre son corps*, Paris, Seuil.

3. Les yeux fermés pour se retrouver soi dans la relation

Verticalité et sécurité interne

L'enjeu symbolique de l'acquisition de la verticalité peut être perçu pour l'enfant comme la différenciation de la Terre-mère pour devenir un petit humain à part entière. En effet, pour Laura SHELEEN⁴⁶, danseuse chorégraphe de formation jungienne, pionnière en France de l'approche thérapeutique de la danse, le petit enfant qui se met debout réalise son premier acte d'indépendance. Il s'oppose alors par cette verticalité à la Terre-mère associée à l'horizontalité, et à travers laquelle il s'identifiait jusqu'alors. On peut imaginer quel désir, quelle curiosité il faut à l'enfant, un « *amour pénétrant, un besoin vital qu'on pourrait comparer à la faim* » nous dit Maria MONTESSORI⁴⁷, pour quitter le giron sécurisant de la mère en se dressant par soi-même. Le vécu de cette séparation lui permet de construire un espace interne habité. La verticalisation est donc un processus « d'humanisation » de l'enfant qui désire sa place dans le monde. Puis l'enfant marche, ose s'éloigner, fait ses propres expériences, investit l'espace comme il le souhaite, à son rythme, il teste et franchit les limites, s'oppose. La marche est pour lui un moyen de s'affirmer et de prendre de la distance tant physique que psychique avec son entourage. Elle lui permet également de revenir, de retrouver cet entourage tout en s'assurant qu'il est toujours bien là. L'enfant peut décider d'abandonner, de perdre puisqu'il est assuré qu'il va retrouver. Il peut accepter de renoncer, de se séparer quelques instants. Ce n'est pas sans rappeler le jeu de la bobine de Donald WINNICOTT. L'enfant consolide ainsi une sécurité en lui suffisamment forte qui lui permet de faire ces renoncements et de s'affirmer sereinement dans son environnement en tant que sujet.

Afin que cette séparation soit possible psychiquement pour l'enfant, il doit exister en lui une base rassurante.

La psychomotricienne Clémence MATEOS nous dit « *qu'au-delà de la marche, il y a le désir de l'enfant et sa conscience d'être un individu autonome et singulier nourri d'une confiance intérieure et d'une sécurité suffisamment matures pour accéder à cette verticalité.* »⁴⁸

46 Danseuse chorégraphe de formation jungienne, pionnière en France de l'approche thérapeutique de la danse.

47 MONTESSORI M. (1977), *L'Enfant*, Paris, Desclée de Brouwer.

48 MATEOS C., 2013, Marcher, c'est bien et le reste ?, *Journal des professionnels de la petite enfance*, N°82, p. 28.

Marcher, c'est pouvoir se porter soi-même. Marcher en se portant soi-même c'est explorer le monde et vivre les rencontres avec ce que l'on est, avec notre histoire qui transparait dans notre démarche, avec nos propres capacités, à notre rythme, et au fil des sensations qui nous sont singulières elles aussi. C'est conserver son indépendance et répondre à ses désirs. Pour souligner ce fait, Catherine POTEL⁴⁹ cite dans son ouvrage F. PITTEI⁵⁰ : « *L'autonomie dans la marche est perçue, à juste titre, comme la garantie d'une autonomie dans la vie.* »

Se recentrer sur soi et puiser dans ses ressources internes

Suite à ce que j'ai pu lui proposer avec cette question de l'équilibre autour de son bassin, je propose à Mme E. de marcher dans l'eau, en appui sur mes mains alors que je marche moi-même à reculons, me positionnant ainsi face à elle dans une certaine proximité. En effet, le jour où je propose cela à Mme E., je la sens plus disponible. Il me semble que les séances précédentes nous ont rapprochées progressivement, et je profite de ce jour où Mme E. parvient à trouver un équilibre relativement harmonieux dans l'eau pour lui proposer des choses nouvelles où nous pouvons être plus proches.

Comme dans notre déplacement son pied marche par égard sur le mien, il me vient une idée. Plusieurs fois, je glisse alors mes pieds sous les siens avec une alternance droite/gauche. Je lui demande si elle le sent. Mme E. rouvre les yeux et sourit, étonnée de ne pas les avoir sentis.

Je constate et lui fais remarquer que mon pied sous le sien provoque chez elle un déséquilibre, ce que je lui fais ressentir les yeux ouverts. Puis la consigne est la suivante : même si elle ne sent pas forcément mon pied sous le sien, elle doit tout de même deviner sa présence en s'aidant de cette sensation de déséquilibre. Elle parvient à sentir mon pied à plusieurs reprises : une première fois quand même grâce à sa sensibilité tactile, une autre fois grâce à cette sensation de perte d'équilibre et une fois encore parce que, étant très proches, elle sent que je la bloque et qu'elle ne peut plus avancer.

Puis nous échangeons les rôles. Cependant, je continue à marcher en arrière et elle en avant. Elle ne glisse pas ses pieds sous les miens, mais apporte en revanche une attention particulière à ce que je garde mes yeux fermés, et me fais remarquer immédiatement le fait que je les entrouvre une fois rapidement.

49 POTEL C. (2013), *Etre psychomotricien*, Toulouse, Erès, 2010.

50 PITTEI P., 2003, Le bilan psychomoteur, *Evolutions psychomotrices*, N°62.

Ce que nous partageons à ce moment-là est tel qu'il me semble bon de conforter un peu plus la force qu'elle trouve en elle pour se sentir agir en s'appuyant sur moi, mais aussi en se distinguant de moi, c'est-à-dire en étant bien elle, dans ses appuis, dans l'instant.

Cette activité est aussi une des premières, hormis celles de massage, où nous nous retrouvons toutes les deux dans une telle proximité corporelle. Cela arrive dans une séance bien après notre première rencontre. Mais j'ai l'impression que c'est seulement maintenant, et après le travail que nous avons déjà fait ensemble, que cela est possible de cette façon. Les premiers contacts sont timides, au point même qu'ils arrivent au départ par surprise. L'effet est tel que je m'en sers pour que nous continuions à évoluer ensemble. Cela instaure une certaine confiance entre elle et moi. Si bien que, suite à cela, je lui propose l'exercice de la poussée, ce que je n'aurais pas pu ou pas osé faire auparavant, au risque de ne pas pouvoir l'accompagner de façon sécurisée. Peut-être est-ce une façon de tester jusqu'où elle peut se sentir forte face à moi et avec moi. Ce repoussé est une manière assez directe, par un contact et une énergie que je lui transmets via ce contact, de l'aider elle à se sentir forte, à se mobiliser en elle.

Je lui demande de trouver la posture debout la plus stable avec un appui de sa main droite, la plus forte, sur la ligne d'eau. Et je lui fais vivre l'exercice de la poussée. Après le lui avoir indiqué, et une fois ses yeux fermés, je viens pousser derrière, latéralement à gauche et devant. Je lui demande de résister, d'être comme un arbre résistant à la tempête, ou plutôt comme une algue résistant aux courants puisque nous sommes dans l'eau. Elle doit résister et venir pousser contre ma main pour conserver son équilibre.

Je suis surprise de la force avec laquelle elle vient pousser sur ma main et de sa résistance qui est plutôt bonne.

Il semblerait que Mme E. ait là réussi à trouver une certaine solidité en elle, au travers des exercices que j'ai pu lui proposer de mobilisation de son corps dans sa globalité, sur la base du travail des appuis et forte de ma présence et d'autres appuis matériels. Elle aurait trouvé une sécurité, une source suffisamment forte en elle pour maintenir cette forme d'équilibre recherchée, expérimentée puis mise à l'épreuve et aller à l'encontre des difficultés causées par la maladie. Du moins, il me semble qu'elle a ici réussi à trouver une façon de faire avec ses difficultés. Et il en va sûrement de même pour moi aussi.

Il me semble là encore que le toucher, dans la continuité de ce qui est fait avec la balle à picots et que je reprends très souvent en début de séance, aide Mme E. à mobiliser ces parties et à trouver un bon équilibre. Elle trouve ainsi un rassemblement possible à l'intérieur d'elle qui la rend capable de résister et de maintenir sa posture lors de l'exercice de la poussée dans l'eau, qu'elle peut réaliser les yeux fermés. Pour ma part, le toucher me permet de la soutenir là où je la rencontre vraiment, dans ce qu'elle est, ce qu'elle vit dans l'ici et le maintenant en ma présence.

Cette sécurité de base, interne, que j'aide Mme E. à pouvoir ressentir, vivre, fait référence à celle dont l'enfant a besoin pour marcher, qu'il construit dans le processus de verticalisation. Elle est retravaillée ici avec Mme E. dans le but non plus de marcher avec ses jambes dans son environnement, mais, d'une certaine manière, pour continuer à « marcher » dans sa vie, avec son corps, pour continuer d'avancer, même avec sa maladie.

Je pense que cela lui a aussi permis de réveiller et de retrouver des sensations qu'elle pensait peut-être perdues, qui sont de l'ordre des variations toniques et de la respiration. Celles-ci sont amenées à s'adapter dans la marche, ou encore de la poussée que l'on retrouve dans la propulsion de la marche.

Je me demande comment hors de l'eau l'aider à trouver des variations, des appuis internes et externes, des sensations et des vécus sur lesquels elle puisse s'appuyer afin d'éprouver et de vivre une continuité d'existence malmenée par les symptômes de sa maladie et notamment la perte de la marche.

Mais il me paraît aussi important, pour la suite de notre travail, de l'aider à retrouver ses sensations, qui nourrissent son sentiment d'existence, dans une dynamique de corps-plaisir autant que possible. Si le corps atteint par la maladie engendre un sentiment d'étrangeté, abandonne et conduit à la perte de fonctions essentielles, notamment pour le sentiment identitaire atteint par la perte, il me semble qu'il est important que la personne puisse malgré tout trouver une forme de plaisir dans son corps et sa réappropriation. Même si la maladie bouleverse, la personne reste la même, son corps est toujours le sien et le psychomotricien peut l'aider à trouver un meilleur équilibre pour, malgré tout, continuer à vivre et être soi.

PARTIE 4

Réappropriation du corps et restructuration de l'image de soi avec les outils du psychomotricien

I. VERS L'INVESTISSEMENT D'UN CORPS-PLAISIR AVEC DES SENSATIONS EN ECHO A CELLES DE LA MARCHE

1. La psychomotricité pour un corps investi et source d'existence en tant que sujet

Benoît LESAGE considère que « *le corps est à entendre comme une construction, intégration d'un lieu que nous investissons et par lequel nous habitons le monde. C'est un processus labile, fragile, que nous nous représentons, que nous présentons aussi, et qui tend à coïncider avec l'organisme, pour reprendre la distinction d'André BULLINGER qui souligne qu'habiter son organisme pour en faire un corps relève d'une construction.* »⁵¹

En effet, André BULLINGER considère que « *l'organisme est un objet matériel du milieu. L'activité psychique va, à travers des élaborations représentatives, animer cet organisme et permettre que se réalisent des actions orientées vers le milieu physique et humain. Dans cette perspective, le terme "corps" réfère aux représentations relatives à l'organisme, il est ancré sur cet objet matériel.* »⁵²

À ce propos, Éric PIREYRE⁵³ reprend les termes de Jean-Marie GAUTHIER : « *Il n'est pas automatique de posséder un corps qui nous appartienne personnellement* »⁵⁴, pour introduire l'idée qu'être doté d'un organisme qui fonctionne ne suffit pas. En effet, l'image du corps peut devenir pathologique si l'organisme n'est pas investi de façon à ce que le sujet en fasse un corps. Cela nous laisse entendre que, pour exister, pour devenir sujet, l'enfant doit au fil de ses expériences sensorimotrices et psychomotrices investir progressivement son corps pour le faire sien et support de son existence dans le monde et dans la relation.

La notion de corps subjectivé et investi à la base de l'identité est développée ainsi par Fabien JOLY : « *Le corps est à la fois notre évidence charnelle sans quoi nous ne sommes rien (insistance du matériel) et de l'évidence somatique visible, ce "lieu de moi" le plus intime autour de quoi la subjectivité et l'identitaire-narcissique le plus personnel se constituent, s'éprouvent et s'imaginent. C'est le "lieu source", la partie et le tout de notre être, notre prise*

51 LESAGE B., 2012, Axial'poursuite, axe et spatialité, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°172, p. 33.

52 BULLINGER A., 2000, De l'organisme au corps : une perspective instrumentale, *Enfance*, N°53, p. 214.

53 PIREYRE E. (2015), *Cas pratiques en psychomotricité*, Paris, Dunod, p82.

54 GAUTHIER J.-M. (1999), *Le corps de l'enfant psychotique. Approche psychosomatique de la psychose infantile*, Paris, Dunod.

*sur le réel, émetteur et récepteur de soi vers le monde et les autres, et réciproquement. »*⁵⁵

Sur la question de l'investissement, Fabien JOLY nous dit que le corps est sans cesse traversé par le psychisme. Il stipule également que, dans un mouvement perpétuel, la psyché est elle aussi « *drainée en continu dans son ancrage corporel et sensoriel ; mieux, elle trouve son fondement et sa source vive dans les enjeux pulsionnels et interactifs pris dans le corps. Plus précisément, selon la formule de Julian DE AJURIAGERRA, elle est "corps-en-relation".* »⁵⁶

Ainsi l'investissement du corps apparaît-il comme un processus constamment variable, en perpétuel mouvement, car dépendant des événements de la vie psychique du sujet, de son environnement interne psychique et corporel, et de son environnement externe dans lequel il s'inscrit par son corps et dont il peut être affecté.

La maladie, telle la sclérose en plaques, fait irruption dans le corps et la psyché et, par son évolution progressive, entraîne des bouleversements identitaires en venant toucher l'investissement que le sujet peut faire, être et avoir de son corps.

Les soins en psychomotricités interviennent alors chez le sujet atteint de la maladie neurodégénérative pour aborder la manière d'habiter son corps. D'après Fabien JOLY, « *le contraire de cette bonne et harmonieuse habitation corporelle serait le divorce d'avec son corps, des parties clivées ou non reconnaissables de ses propres états corporels ou de son image corporelle.* »⁵⁷

Nous allons voir que le psychomotricien, par son approche sensorimotrice, psychocorporelle et relationnelle prenant en compte l'environnement du sujet et son histoire, est susceptible d'approcher l'image du corps affectée par la maladie dans sa clinique. Et c'est parce qu'il s'agit bien là d'un processus dynamique auquel la personne est en proie dans son fonctionnement identitaire et son organisation psychomotrice que je parle d'accompagnement du psychomotricien. Ce dernier reçoit et relie toutes ces données en mouvement chez la personne. Comme je l'ai évoqué plus haut, il s'agit d'une co-construction dans laquelle le psychomotricien sert d'appui. À partir de ce qu'il ressent chez l'autre et de ce qu'il peut lui en retransmettre, il aide la personne à entrer elle-même dans ce processus et à entamer ce travail d'investissement à partir

55 JOLY F., 2012, Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective, *Le Journal des psychologues*, N°298, p. 18.

56 JOLY F., 2012, p. 18.

57 JOLY F. 2012, p. 18.

de sa propre sensorialité, de sa propre histoire, de ses propres éprouvés, émotions et représentations.

2. Sensorialité de la marche et corps-plaisir

La marche induit dans notre corps de nombreuses variations physiologiques, toniques et de nombreuses sensations. Le cœur s'accélère, nos pas créent un rythme qui nous est propre marqué par l'impact des pieds sur le sol qui raisonnent dans notre corps. Si bien que le mouvement régulier et répétitif de la marche, sorte de balancement, de bercement, prend la forme d'une enveloppe.

La respiration et le tonus s'adaptent, nos sens sont mis en éveil. Marcher, c'est faire l'expérience du réel. Cette fonction implique de faire l'expérience de la pesanteur en même temps que d'appréhender l'espace. En plus d'éprouver la solidité du sol, la marche nous met à l'épreuve de notre propre consistance. Elle nous permet ainsi de percevoir la réalité extérieure en lien avec notre propre réalité. Marcher, c'est donc se sentir vivant. Pour le philosophe Frédéric GROS, « *marcher c'est la joie simple d'éprouver son corps dans l'activité la plus archaïquement naturelle.* »⁵⁸

Selon Émeline GILLAN⁵⁹, l'histoire d'une personne se tisse dans le vécu du processus de verticalisation. Cela s'inscrit dans son corps, dans sa posture, dans son tonus musculaire. Une approche corporelle vient rencontrer cette histoire et offre un espace pour le réinvestir, s'autoriser à ressentir et peut-être intégrer différemment ce vécu.

La verticalité retrouvée dans l'eau se joue alors comme une référence posturale et psycho-sensorielle retrouvée. Elle redonne ainsi un sentiment d'appartenance à la lignée humaine.

L'aspect partiellement malléable de l'eau et l'allègement du poids du corps qu'elle permet facilitent la verticalisation et la marche. Elle apparaît alors pour Mme E. comme un outil susceptible de retravailler ou réveiller chez elle des sensations d'équilibre, des variations toniques, des mobilisations de segments corporels et respiratoires qu'elle ne retrouve plus ailleurs, et donc également de retrouver du plaisir dans l'agir.

David LE BRETON parle de la marche comme d'une ouverture au monde. Pour lui,

58 GROS F., 2009, p. 196.

59 GILLAN E., 2012.

« elle rétablit l'homme dans le sentiment heureux de son existence »⁶⁰ par ce qu'elle offre de capacités de découvertes et d'explorations du monde en autorisant une certaine liberté ; en même temps qu'elle ramène à la sensation de soi et qu'elle permet de se recentrer sur soi par les sensations qu'elle induit.

Frédéric GROS rattache lui aussi la marche au sentiment d'existence : « *Au-delà même de l'acte de marcher, mais permis par lui, il y a encore la joie comprise comme plénitude, celle d'exister.* »⁶¹ Marcher permet de se sentir vivre dans l'ici et le maintenant, en ressentant le plaisir de sa présence au monde en harmonie avec celle du monde. Par ce qu'elle mobilise du corps, de ce qu'elle fait sentir des muscles, de la respiration, des os, par la masse du corps qu'elle fait à chaque pas ressentir, etc., elle fait apparaître une affirmation profonde de vivre et d'être là. Frédéric GROS parle de la joie de marcher et de sentir son corps avancer « *comme un seul homme* » et ainsi de la plénitude de se sentir exister. La marche peut ainsi donner lieu à des satisfactions narcissiques.

Le philosophe englobe dans sa définition du plaisir les notions de sensations agréables, douces, etc., mais en tout cas toujours de l'ordre du ressentir et toujours provoquée par une rencontre qui vient confirmer du dehors des possibilités inscrites dans notre corps. Au nouage intime du corporel et du relationnel, on retrouve dans la marche ce plaisir pur au détour des rencontres. Il est à noter que c'est ce sur quoi le psychomotricien va pouvoir s'appuyer dans la rencontre en thérapie pour amener vers la notion de corps-plaisir.

3. Avec Mme E., vers une réappropriation de l'ordre du plaisir

Continuer à marcher dans l'eau

Mme E. peut exprimer le plaisir qu'elle a à aller dans l'eau du fait de cette verticalité retrouvée. Elle exprime également sa grande satisfaction à y effectuer quelques pas. Mme E. étant en perte d'estime d'elle-même, ce qui se traduit par ses mouvements dépressifs, le fait d'être encore capable de faire et de prendre plaisir à faire vont être des éléments moteurs de resocialisation. C'est pour cela que je continue à travailler la verticalisation et la marche dans l'eau, tant que cela lui est possible.

60 LE BRETON D. (2000), *Éloge de la marche*, Paris, Métailié Essais, p. 11.

61 GROS F., 2009, p. 196-197.

Cependant, il me semble aussi important d'aider Mme E. à trouver du plaisir au travers de ses mouvements et de ses sensations hors de l'eau, sans pour autant que ce soit au travers de la marche. Je cherche alors des activités qui lui permettraient de s'engager corporellement en y trouvant suffisamment de plaisir. En effet, il me semble qu'entrer dans une dynamique de plaisir sera d'autant plus favorable à la mise en jeu et à la consolidation de sa sécurité interne et à la mobilisation des parties de son corps désinvesties.

Mais aussi, le plaisir sensoriel et moteur me semble propice à une confrontation moins douloureuse aux limites corporelles et fonctionnelles nouvelles induites par la maladie évolutive. Cela serait donc favorable à une réappropriation du corps dans sa réalité pour remodeler son image du corps participant à une meilleure inscription d'elle en tant que sujet, certes malade, dans son environnement et ses relations.

Repousser pour faire de la place au plaisir

J'en viens à chercher ce qui pourrait, en salle de psychomotricité, lui faire sentir ces variations sensorielles normalement retrouvées avec la marche, en m'autorisant à jouer sur la relation, mais alors autrement que dans la marche. Et ce par une mobilisation globale qui s'inscrirait dans une dynamique de plaisir.

Ainsi, lors d'une séance en salle, je lui propose un exercice de repoussé qui pourrait venir faire écho à celui de la poussée réalisé auparavant dans l'eau, toujours dans cette idée de continuité.

Je commence à nouveau la séance par un massage avec la balle à picots afin de l'aider à réveiller et ressentir des parties du corps que je vais l'inviter à mobiliser, mais aussi pour conforter le travail de continuité. Puis j'approche mon siège pour m'installer plus près de Mme E. Elle s'avance également pour retrouver ses appuis plantaires, l'idée étant qu'elle trouve aussi des appuis, une force en elle.

Avec ses deux mains, elle doit pousser sur les deux miennes que je place paumes face à elle en fléchissant mes coudes. Mme E. se met à pousser fort contre mes mains. Je sens une différence importante entre son bras droit avec lequel elle me repousse vraiment fort, et son bras gauche nettement plus faible. En poussant ainsi de façon plus importante à droite, cela la décentre, modifie et déséquilibre sa posture. Elle se réinstalle et je m'ajuste pour répartir la

force que je mets dans ma résistance de façon à ce qu'elle puisse continuer à pousser en trouvant une certaine continuité dans sa posture.

Mais, ainsi, je me rends compte que je ne fais que résister à sa poussée. Alors en souriant, je lui dis que je ne vais pas me laisser faire, et je me mets à pousser à mon tour, avec une attention particulière sur ce que j'amène au niveau de son bras gauche. Je sens soudainement une mobilisation nouvelle dans ce dernier, bien plus importante que ce qu'elle m'avait montré et fait sentir jusque-là. Je lui demande de pousser ainsi de toutes ses forces.

Puis Mme E. donne des signes de fatigue, notamment par des douleurs dans ses muscles me dit-elle.

Cet exercice nécessite chez elle une mobilisation importante du haut de son corps en même temps qu'elle nous place d'égal à égal dans la relation. Des variations toniques, une adaptation de la respiration, une recherche d'équilibre et des coordinations entre ces divers éléments sont alors mises en jeu, comme ce peut être le cas dans la marche. De plus, cela nécessite de trouver divers appuis, en soi, à l'extérieur, plantaires et avec d'autres parties du corps.

Ce jeu permet de se dépenser et de sentir son corps en mouvement, la fatigue musculaire qui s'en suit en étant le témoin. Il permet aussi symboliquement de pousser, de repousser la maladie à pleines mains, non pas pour l'oublier, mais pour la faire passer outre, le temps de profiter de son corps en mouvement. Il nous donne à chacune une part quasi égale en opposant simultanément une résistance ludique à l'autre. Nous allons chacune en même temps à la rencontre de l'autre.

Et si on bougeait ensemble ?

J'ai le sentiment qu'une confiance et une proximité nouvelles se sont instaurées entre nous. Ce que j'ai pu lui proposer autour des poussées m'a étonné du fait de ses mobilisations et de son investissement corporels qu'elle mettait à l'œuvre dans ces activités. Je me demande si cet investissement est aussi psychique en plus d'être corporel. Je pense alors à lui proposer des activités qui lui permettraient de continuer ces mobilisations du haut du corps et des parties plus désinvesties, mais qui s'inscriraient différemment dans notre relation, par un partage, un échange, une écoute et une prise en compte de l'autre invitant à l'écoute et à la prise en compte

de soi, ce dans une autre dynamique que le repoussé, l'opposition.

Dans cette même optique de mise en mouvement, en relation, avec plaisir pour trouver des ressources dans tout son corps et retrouver des sensations similaires à celles de la marche dans ce contexte d'accompagnement, je propose à Mme E. un jeu d'échanges de ballon de baudruche lors d'une autre séance que j'ouvre là encore par un massage avec la balle à picots.

Nous nous installons assises en face l'une de l'autre. Mme E. apprécie ces échanges parce que cela ne requiert pas beaucoup de force et lui est donc possible. Je la trouve très active dans cette activité, elle est vite prise au jeu.

Elle utilise préférentiellement sa main droite pour frapper dans le ballon. Je l'observe de temps à autre utiliser sa main gauche qu'elle lève étonnamment haut. Je tente au maximum de mobiliser cette dernière en lançant régulièrement le ballon vers sa main gauche, même si souvent elle croise la ligne médiane avec sa main droite pour me renvoyer le ballon.

Je suis étonnée également par la rapidité d'exécution de ses gestes qui détonne avec sa lenteur habituelle. Je suis surprise par la force qu'elle met lorsqu'elle frappe dans le ballon et je la soutiens dans ce mouvement en lui disant qu'effectivement elle peut frapper aussi fort qu'elle le souhaite. Mme E. sourit et moi aussi, j'ai le sentiment que nous sommes dans un moment de plaisir partagé.

Puis je varie les consignes : frapper avec les deux mains en même temps sur le ballon, puis avec une alternance main droite/main gauche, et enfin avec une alternance coup fort/coup doucement.

Quelquefois, Mme E. utilise ses jambes pour me renvoyer le ballon lorsqu'il atterrit à leur niveau, et réalise même une fois une coordination genou-pied-main dont je la félicite. Nous rions ensemble de nos erreurs de lancers.

Enfin, toujours dans cette volonté de mobilisation corporelle dans le plaisir du mouvement en relation, je termine une de nos dernières séances par un jeu du miroir sur fond musical. J'hésite de peur qu'elle ne se fatigue. Mais j'ai été si agréablement surprise de la voir prendre un certain plaisir à lever son bras gauche, à frapper avec sa jambe pour se renvoyer le ballon avant de me la lancer avec ses mains, qu'il me paraît intéressant de continuer sur cette lancée pour la faire se mobiliser dans quelque chose de plus doux, de plus lent, toujours en rela-

tion, dans une activité où elle aura le temps de se rendre compte, de prendre conscience de ses mobilisations et éventuellement de son plaisir qui en découle. Je tente donc l'expérience.

Mme E. reste adossée contre le mur et moi assise en face d'elle. Je commence par un mouvement qui mobilise son bras droit, le plus fort. Cela ne lui pose pas de difficulté, elle peut suivre en miroir chacun de mes mouvements. J'observe cependant qu'elle a retrouvé une lenteur d'exécution.

Puis je cherche à lui faire mobiliser son membre supérieur gauche. Mais Mme E. peine pour lever son bras gauche jusqu'au niveau de sa poitrine, ce qu'elle était pourtant parvenue à réaliser lors des échanges avec le ballon de baudruche. Ses mouvements sont extrêmement lents et difficiles, elle me demande si elle peut s'aider de sa main droite pour soulever sa main gauche. J'acquiesce, le but n'étant pas de la mettre en difficulté.

Dans la réalisation de ces jeux, je constate qu'une mise en mouvement, bien ancrée dans la relation et orientée vers la recherche de plaisir corporel avec le mouvement, est possible chez Mme E.. Cela est même susceptible d'entraîner chez elle l'exploration d'une base interne forte pour s'inscrire dans cette relation ; ainsi qu'une re-mobilisation importante tant dans la vitesse d'exécution que dans le choix des parties du corps participant au mouvement. Le tout dans un plaisir partagé au travers de cette mise en mouvement.

Mais il apparaît que la mobilisation plus lente avec le jeu du miroir est d'une plus grande difficulté pour elle, si bien que cela ne lui permet pas d'en ressentir quelque chose d'aussi fort que lors des échanges de ballon de baudruche ainsi que j'avais pu l'imaginer.

L'utilisation de la musique, que je souhaite installer pour ritualiser la fin de nos séances en salle, donne un marqueur temporel et spatial, car spécifique au cadre de la séance, ainsi qu'une continuité entre les séances. Elle a aussi pour but de susciter une mise en mouvement qui repose sur des choses qu'elle aime (cf. son activité de danseuse), créant un lien ainsi entre sa « vie d'avant » et son « corps d'avant » et ce qu'elle peut en sentir et vivre aujourd'hui, mais qui sont en fait toujours les mêmes, malgré les bouleversements apportés par la maladie. Mme E. y est sensible et me dit chaque fois ce que la musique lui rappelle. Même s'il s'agit souvent d'une publicité ou d'un film, je saisis ces moments où Mme E. vient me parler d'elle, de ce qu'elle aime. Nous partageons aussi des choses, des plaisirs dans ces moments, ce qui me

rend aussi progressivement plus sereine dans mon écoute et les mots que je peux poser sur ces vécus et sur ce qu'elle m'apporte en séance. Ainsi, ces séances de mobilisations, pas toujours simples pour Mme E., se terminent avec le sourire.

Ces jeux sont aussi l'occasion pour moi de l'inviter à se mettre en mouvement dans quelque chose de commun où nous sommes à la même hauteur. Même si elle est assise, elle n'est pas dans son fauteuil. Et je suis assise en face d'elle, nos regards se croisent sur un même niveau. Nous sommes dans l'espace de la relation d'égal à égal.

Enfin, ces jeux induisent dans les corps des variations toniques, des modifications de la respiration et des mobilisations coordonnées de différents segments corporels qui sont mises en jeu au cours de la marche. Au travers de la mobilisation de plusieurs parties du corps, Mme E. retrouve ainsi ces sensations qu'elle pouvait penser perdues, et ce dans la relation et le cadre thérapeutique qui vise à l'accompagner dans la réappropriation de son corps.

Ainsi la sensorialité est mise en jeu, notamment au travers des sensations proprioceptives. Elle tend à amener Mme E., en présence du psychomotricien, à retravailler son schéma corporel, ce qui pose les bases pour retravailler également l'image du corps et par là venir consolider les bouleversements identitaires induits par la maladie.

En cherchant à élargir du côté de la théorie cet appui en psychomotricité sur la sensorialité, j'ai été amenée à m'interroger sur le travail que nous pensons et élaborons pas à pas avec nos patients autour du schéma corporel et de l'image du corps. Il me semble que le travail identitaire qui se joue dans l'accompagnement de Mme E. et qui englobe les notions de prise de conscience, renoncement, réappropriation et de plaisir peut passer en psychomotricité par un appui sur le schéma corporel et l'image du corps, éléments fondateurs du sentiment identitaire. Ces deux notions font partie intégrante du référentiel théorique du psychomotricien qui dispose d'outils, via la sensorialité et le mouvement, pour les retravailler lorsqu'ils sont défaillants ou troublés, comme c'est le cas avec Mme E.

II. S'ATTACHER AU SCHEMA CORPOREL ET A L'IMAGE DU CORPS POUR RETRAVAILLER LE SENTIMENT IDENTITAIRE

1. Sensorialité et conscience de soi

À partir de la sensorialité et de la mise en mouvement

Les premières racines de la conscience de soi et de notre identité sont corporelles. La sensorialité et la mise en mouvement, qui se font avec Mme E. dans l'eau et en salle, participent à remodeler son schéma corporel et son image du corps. La psychomotricité peut aider, par ces intermédiaires, à se centrer sur soi pour prendre conscience de ce soi dans l'ici et le maintenant, en intégrant les différents changements, et donc à réinvestir et se réapproprier ce corps troublé, mais toujours support de l'identité du sujet.

Marc JEANNEROD nous dit : « *L'image du corps fait partie de la représentation qu'un sujet a de lui-même : je sens mon propre corps comme le siège de sensations et d'expériences que je vis "en première personne", et qui m'appartiennent en propre. [...] Le fait de se sentir l'auteur de ses actions et de se les attribuer renforce le sens de la possession du corps.* »⁶²

Se retrouver grâce à la présence et l'être du psychomotricien

Le travail de prise de conscience, de réappropriation peut se faire également par le regard du psychomotricien, et c'est entre autres ce qui vient se jouer quand Mme E. me demande si je vois ses jambes bouger alors qu'elle tente de le faire, ou qu'elle me prend à témoin du fait qu'elle soit parvenue à marcher dans l'eau. Mme E. prend ainsi appui sur moi pour comprendre ce qui se passe en elle, ses appuis internes psychiques et corporels étant sans doute trop fragilisés pour lui apporter des informations et des représentations sûres.

D'après Geneviève PONTON, sur un plan relationnel, de nombreux psychologues insistent sur l'ancrage du regard, à l'image de ce qui se passe dans l'échange parent-enfant, comme un véritable filin de reconnaissance et d'identification. Pour elle, « *le regard est un vecteur émotionnel, il reconforte, rassure, encourage et exprime toute la mélodie de l'empathie. C'est un toucher à distance.* »⁶³

62 JEANNEROD M., 2010, De l'image du corps à l'image de soi, *Revue de neuropsychologie*, N°2, p. 193.

63 PONTON G., 2013.

Ma présence dans les expériences qu'elle fait avec ce corps bouleversé se retrouve teintée de ce que cela peut lui faire vivre, de ce qu'elle m'en renvoie, et de ce que je lui en renvoie à mon tour dans le processus de contre-transfert.

Ce travail est permis par la mise en mouvement en présence du psychomotricien et se fait également avec la sensorialité qui, pareillement, va jouer un rôle important dans la reconstruction et le maintien du sentiment identitaire. Elle participe à la restauration de la conscience de soi. Ainsi, en se basant sur la sensorialité, le psychomotricien vient retravailler le processus identitaire de la personne, via le schéma corporel et l'image du corps, pour conforter et remodeler l'identité du sujet.

À ce propos, Bernard GOLSE⁶⁴ nous dit, qu'au fond, c'est le Moi-corps, le schéma corporel et l'image du corps, qui se trouvaient déjà au cœur de l'œuvre de Julian DE AJURIAGUERRA, un des pères de la psychomotricité, qui nous servent de guide aujourd'hui et dont l'ancrage sensoriel ne fait aucun doute.

2. Autour du schéma corporel à partir de la sensorialité et du mouvement

Le travail du schéma corporel, basé sur l'archaïque et relié aux sensations et aux ressentis de l'instant, dans l'ici et le maintenant, vise à ce que Mme E. intègre les nouvelles modalités de son corps atteint par la maladie dans la représentation qu'elle a de ce dernier. Et, par-là, à l'accompagner dans le deuil de ses jambes en activité et de la marche.

Pour la psychomotricienne Édith GESLOT, qui intervient auprès de personnes atteintes de sclérose en plaques, cette maladie est effectivement susceptible d'entraîner une déstructuration du schéma corporel et une détérioration de l'image du corps. « *Celle-ci devient alors négative et le corps est désinvesti, mis à distance. L'atteinte narcissique est importante et met en péril l'intégrité et l'identité du sujet.* »⁶⁵ L'approche psychomotrice a alors pour but d'élaborer un travail de réinvestissement psychocorporel autant que possible ; ou, en tout cas, d'apporter un mieux-être en fonction de l'histoire de chacun.

64 GOLSE B., 2011, Des sens au sens. La place de la sensorialité dans le cours du développement, *Spirale*, N°57, pp. 95-108.

65 GESLOT E., Psychomotricité, in HOFFMANN J.-J. (ed), *Sclérose en plaques évoluée, prise en charge et soin*, Paris, Josette Lyon, p. 378.

La psychomotricienne Marion NARBONNET⁶⁶ partage cette approche. Pour elle, le psychomotricien prend appui sur la proprioceptivité et la sensorialité pour soutenir le sentiment de soi. C'est également ce que Lorraine JOLY et Myriam SADIGH préconisent, car selon elles, « *le psychomotricien s'intéresse au corps comme lieu d'expression de soi, mais aussi à travers la médiation corporelle comme lieu d'impression.* »⁶⁷

C'est en outre avec le massage, tel celui médiatisé que je fais à Mme E. avec la balle à picots, que, selon ces deux auteurs, le psychomotricien propose des expériences pour se vivre de façon différente, engranger d'autres sensations, ressentir un autre tonus, mais aussi revaloriser des parties désinvesties, qui permettront peut-être d'être dans un autre état psychique. Cela permet à ces patients, à l'instar de Mme E., de « *mieux se réappropriier leur propre corps qui, soigné, touché par un autre, redevient peut-être un peu plus aimable.* »⁶⁸

3. Autour de l'image du corps

Paul SCHILDER⁶⁹ écrivait : « *L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations nous sont données [en provenance de toutes les parties du corps]. Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps.* » Sa définition ne renvoie pas seulement à une connaissance physiologique, mais aussi au concept de libido et à la signification sociale du corps. Par cette notion d'image du corps, on tente d'aller au-delà du schéma corporel en intégrant le ressenti psychologique du sujet.

Le travail qui touche à l'image du corps par le psychomotricien est possible parce que, comme le définit Marc JEANNEROD⁷⁰ l'image du corps démontre une plasticité et une capacité d'adaptation à des situations nouvelles. Elle est plastique et modifiable, elle est de l'ordre de la représentation. Elle est indépendante de la réalité objective du corps physique, ce qui explique aussi qu'elle puisse être objet et/ou miroir de souffrance avec certaines pathologies.

66 NARBONNET M., 2014.

67 JOLY L., SADIGH M., 2008, À corps perdu. Souffrances du Corps en Psychomotricité, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°154, p. 68.

68 JOLY L., SADIGH M., 2008, p. 69-70.

69 SCHILDER P., 1968.

70 JEANNEROD M., 2010.

Jean LHERMITTE⁷¹ ajoute que cette image ne nous est pas donnée une fois pour toutes, mais elle se précise et s'individualise avec les années et peut « s'émanciper » avec certaines pathologies. Ces définitions appuient mon hypothèse de l'image d'un corps éloignée de la réalité de ses capacités de Mme E., et confortent les lignes de pensée dans l'accompagnement en psychomotricité que je lui propose.

Marie-Françoise ZARROUATI et Jean-Luc SUDRES, dans leurs recherches sur la maladie cancéreuse qui elle aussi fait irruption chez la personne, pensent que « *le travail psychothérapeutique à effectuer avec ces patients réside dans la confirmation de leur identité de sujet qui perdure alors que parallèlement l'image qu'ils ont d'eux-mêmes change.* » Ils s'interrogent comme j'ai pu le faire : « *La maladie fait effraction dans le corps, elle altère, fait rupture. « Moi » est un autre... Comment aider à investir, à reconnaître comme une nouvelle image ce corps ouvert au regard des autres ?* »⁷²

4. Image du corps, perte et réappropriation

Dans cet accompagnement de Mme E. en psychomotricité, il s'agit entre autres de l'aider à se réapproprier ce corps qui lui échappe et à en redevenir sujet, à « être ce corps ». Cela vise à intégrer le nouveau corps atteint par les symptômes de la sclérose en plaques au psychisme, à se le représenter comme tel afin d'acquérir une nouvelle image du corps cohérente à ce qui peut être partagé avec les autres et ainsi source d'inscription dans la relation, alors support du sentiment d'exister du sujet.

C'est ce sur quoi ont travaillé Gladys JOHNSTON et son équipe⁷³ avec des adolescentes porteuses de mucoviscidose, une maladie elle aussi évolutive. Leur travail peut être mis en parallèle, en raison des remaniements induits chez la patiente et les atteintes à l'image du corps, à celui que je fais auprès de Mme E. Ils indiquent qu'au travers de l'investissement du corps malade, il s'agit de parvenir à diminuer le clivage existant entre le corps sain comme « *bon objet* », celui qui se tient debout et marche chez Mme E., et la maladie comme « *mauvais objet dans le corps* ». D'après Patrick ALVIN et Daniel MARCELLI⁷⁴, accepter la mala-

71 LHERMITTE J. (1937), *Les mécanismes du cerveau*, Paris, Gallimard.

72 ZARROUATI M.-F., SUDRES J.-L., 2004, p. 111.

73 JOHNSTON G. *et al.*, 2014.

74 ALVIN P., MARCELLI D. (1997), *Les maladies chroniques. La santé des adolescents*, Lausanne, Payot.

die c'est « *investir de libido un corps mauvais ou défaillant sans pour autant que l'assise narcissique soit elle-même malade.* » Et c'est là une des bases de notre accompagnement de la perte et de l'acceptation de la maladie.

Cette appropriation permet de se représenter sa maladie. Le psychomotricien peut alors aider à équilibrer ces représentations afin que la personne les intègre sans pour autant disparaître derrière elles. Là prend toute l'importance de l'investissement d'un corps malade, mais aussi encore riche de capacités sources d'une nouvelle forme de plaisir à trouver dans ces expérimentations sensorielles proposées en psychomotricité.

III. DES PROJETS, UNE OUVERTURE POUR LA SUITE

À l'heure où j'écris ce mémoire, Mme E. est hospitalisée dans son centre de rééducation spécialisé dans la sclérose en plaques pour une longue période. Nous avons pu nous dire au revoir et convenir de nous retrouver pour quelques séances suite à son hospitalisation et avant la fin de mon stage.

Mme E. a demandé à avancer la date de cette hospitalisation, m'expliquant qu'elle comptait absolument dessus afin de pouvoir remarquer et se rendre au mariage de son frère qui a lieu bientôt et auquel, sinon, elle ne se rendra pas. Elle me confie craindre le regard des autres posé sur son handicap, très visible puisqu'elle sera la seule personne en fauteuil roulant ; d'autant plus qu'elle se retrouvera face à des personnes qu'elle n'a pas revues depuis cette acquisition...ou cette perte.

La seule autre personne avec qui elle a évoqué ses espoirs est la psychologue qui la suit, qui lui a rétorqué que cette hospitalisation ne suffirait pas à la faire remarquer. Mais avec ce qu'elle vient me déposer, je suis dans l'incapacité, de par ma formation, mais aussi de ce qu'elle me fait vivre, de lui lancer de telles paroles. Cependant, je souligne le fait que Mme E. a pu entendre ces propos de la psychologue, et qu'elle est capable de me les retranscrire sans s'effondrer et sans que je perçoive non plus un décalage important avec la réalité.

Cela vient tout de même me questionner sur là où en est Mme E. quant à cette question de la perte et de son fonctionnement identitaire en proie à l'irruption et l'évolution de la maladie. Ses espoirs semblent encore accrochés à la réacquisition de cette capacité. Mais ce qu'elle

a commencé à me laisser voir en séance me semble poser les prémices pour une réappropriation de son corps global, même atteint et modifié. Une réappropriation qui passe par les appuis pour retrouver un sentiment interne solide à l'origine d'un sentiment de continuité d'existence à la base de l'identité. Et une réappropriation qui, sur cette base, s'accroît et se perpétue autour d'une mise en mouvement dans une dynamique de plaisir de parties du corps désinvesties, dont les capacités sont ainsi remises en question, redécouvertes. Et ce, en appui sur le cadre proposé en psychomotricité et la relation avec le psychomotricien. C'est en tout cas sur cette ligne de pensée et de travail que j'aurai à cœur de retrouver Mme E. pour continuer cet accompagnement avec elle jusqu'à la fin de mon stage, et qui, dans cette logique de continuité, sera sûrement repris par la psychomotricienne du SAMSAH après mon départ.

CONCLUSION

Ce travail de mémoire fut pour moi réellement enrichissant. En effet, il a été l'objet d'une réflexion poussée : je l'ai élaboré au confluent de mes connaissances théoriques, de mon répertoire d'expériences psychomotrices de future professionnelle et de mon cheminement autour de l'accompagnement de Mme E., parsemé de doutes, d'hésitations, mais également de nombreux échanges avec d'autres professionnels.

La réflexion que j'ai pu construire, bien qu'elle présente encore aujourd'hui de nombreuses pistes d'explorations, a été d'autant plus intéressante qu'elle est venue toucher à un point que je n'avais encore que peu ou pas abordé : la question de la perte, de l'involution psychomotrice chez l'adulte atteint d'une maladie neurodégénérative ; cela au cœur d'une clinique différente de celles de l'enfant ou de la personne âgée que j'avais suivies jusqu'alors.

Dans ma rencontre avec Mme E., c'est la problématique de la perte de la verticalité et de la marche qui est venue se poser au travers d'un vécu douloureux et parfois incompréhensible auquel j'ai été sensible. Je me suis interrogée un peu plus loin en reliant cette problématique, envahissante chez Mme E. tant physiquement que psychiquement, à un vécu plus général de la maladie et de son corps atteint.

En psychomotricité, nous savons combien la personne se construit et devient sujet par une organisation psychomotrice qui prend en compte tous ses éléments de vie, internes et externes. Cette intrication complexe participe au plus intime de la construction du sentiment identitaire. C'est ainsi que j'en suis venue à explorer les liens possibles entre la perte de la marche et les bouleversements identitaires induits par l'irruption de la sclérose en plaques chez Mme E.

A partir de cette idée initiale, je suis allée creuser quelques notions nécessaires, selon moi, pour éclaircir mes questionnements et guider, construire un accompagnement en psychomotricité auprès de Mme E. J'ai donc développé notamment les questions de deuil, de renoncement, de continuité d'existence et de réappropriation en lien avec l'investissement du corps et l'image du corps qui souvent sont empreints de ces vécus.

Je constate, grâce à des accompagnements auprès d'autres adultes au sein de mon stage, que certains points que j'ai développés peuvent s'appliquer plus généralement à ces personnes cérébro-lésées ou victimes de maladies évolutives. En effet, il me semble que c'est surtout la question « d'habiter son corps » qui revient au cœur de cette clinique.

Mais il n'existe pas un trouble unique ni une seule façon d'habiter son corps et d'être au monde. Ce sont au contraire des processus complètement subjectifs que le psychomotricien aide à trouver, à élaborer et à s'approprier. Même si en psychomotricité nous pouvons, il me semble, nous appuyer sur les notions que j'ai développées, chaque accompagnement est une nouvelle co-construction qui s'organise dans une relation, une rencontre intersubjective et un espace de soin adapté à chacun.

Au cours de ma formation et avec l'élaboration de ce mémoire, j'ai réfléchi et travaillé sur ce que je pense être des fondements de la psychomotricité. Mais il s'agit là surtout d'une base, d'un tremplin pour continuer à forger et à consolider mon identité professionnelle de psychomotricienne et pouvoir accompagner les personnes qui en ont besoin avec toutes les richesses sur lesquelles repose le soin en psychomotricité.

Références bibliographiques

Ouvrages

- ALVIN P., MARCELLI D. (1997), *Les maladies chroniques. La santé des adolescents*, Lausanne, Payot.
- BERGE Y. (1975), *Vivre son corps*, Paris, Seuil.
- FREUD S. (1914), Pour introduire le narcissisme, in *La Vie sexuelle*, Paris, Puf, 1969.
- GAUTHIER J.-M. (1999), *Le corps de l'enfant psychotique. Approche psychosomatique de la psychose infantile*, Paris, Dunod.
- GROS F. (2009), *Marcher, une philosophie*, Paris, Carnets Nord.
- LE BRETON D. (2000), *Éloge de la marche*, Paris, Métailié Essais.
- LEHMANN A. (2014), *L'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie*, Toulouse, Eres.
- LHERMITTE J. (1937), *Les mécanismes du cerveau*, Paris, Gallimard.
- LOWEN A. (1975), *La dépression nerveuse dans le corps*, Paris, Tchou.
- MARC E., (2005), *Psychologie de l'identité. Soi et le groupe*, Paris, Dunod.
- MONTESSORI M. (1977), *L'Enfant*, Paris, Desclée de Brouwer.
- MORIN C. (2013), *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire, neurologie et psychanalyse*, Toulouse, Erès.
- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod
- PIREYRE E. (2015), *Cas pratiques en psychomotricité*, Paris, Dunod.
- POTEL C. (2013), *Être psychomotricien*, Toulouse, Erès, 2010.
- SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT D. (1989), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Lausanne, Payot.

Chapitres d'un ouvrage collectif

- GESLOT E., Psychomotricité, in HOFFMANN J.-J. (ed), *Sclérose en plaques évoluée, prise en charge et soin*, Paris, Josette Lyon, pp. 376-392.
- MAINTIER C., Une identité à construire et à conserver, in PERSONNE M. (ed), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée. Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Toulouse, Eres, 2011, pp. 33-46.

Articles

- BULLINGER A., 2000, De l'organisme au corps : une perspective instrumentale, *Enfance*, N°53, pp. 213-220.
- COLINET S., 2011, Approches conceptuelle et méthodologique de la construction biographique des sujets atteints de sclérose en plaques, *La nouvelle revue de l'adaptation sociale et de la scolarisation*, N°54, pp. 211-222.
- GILLAN E., 2012, Accompagner la verticalisation et ses dimensions symboliques et corporelles, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°172, pp. 76-85.
- GOLSE B., 2011, Des sens au sens. La place de la sensorialité dans le cours du développement, *Spirale*, N°57, pp. 95-108.
- JEANNEROD M., 2010, De l'image du corps à l'image de soi, *Revue de neuropsychologie*, N°2, pp. 185-194.
- JOHNSTON G. *et al*, 2014, L'image du corps chez l'adolescente porteuse de maladie chronique, *Psychosomatique relationnelle*, N°3, p. 73-93.
- JOLY. L, SADIGH M., 2008, « À corps perdu. Souffrances du Corps en Psychomotricité », *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°154, pp. 60-76.
- JOLY F., 2012, Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective, *Le Journal des psychologues*, N°298, pp. 16-21.
- KORFF-SAUSSE S., 2010, Corps et construction identitaire des personnes handicapées : de quel corps parlons-nous ?, *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, N°50, pp. 17-24.
- LEBRUN C., COHEN M., 2009, Dépression et sclérose en plaques, *Revue neurologique*, N°165, pp. 156-162.
- LESAGE B., 2012, « Axial'poursuite, axe et spatialité », *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°172, pp. 30-45.
- LESAGE B., 2014, Mémoires d'appui. Chronique d'un acte fondateur, *Repères, cahier de danse*, N°33, p. 3-5.
- LICHTENBERGER Y., 2014, Compromis et renoncement, *Négociations*, N°22, pp. 97-109.
- MATEOS C., 2013, Marcher, c'est bien et le reste ?, *Journal des professionnels de la petite enfance*, N°82, pp. 28-30.

- NARBONNET M., 2014, Un corps devenu étranger. Prise en charge psychomotrice des patients migrants en soins palliatifs, *L'Autre*, N°15, pp. 29-37.
- PITTERI P., 2003, Le bilan psychomoteur, *Evolutions psychomotrices*, N°62.
- PONTON G., 2012, Debout, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°172, p 46-61.
- REICH M., 2009, « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique », *L'information psychiatrique*, N° 85, pp. 247-254.
- ZARROUATI M.-F., SUDRES J.-L., 2004, Chuchotements, cris et bruissements corporels à propos de la maladie cancéreuse, *Psychothérapies*, N°24, pp. 105-112.

Mémoires consultés

- COSTEMALE Audrey *L'eau, berceau de verticalité. Etude théorico-clinique du redressement chez les personnes âgées dans un bassin thérapeutique*, Bordeaux, 2013.
- FLOCH Mathilde *Du corps ressenti au corps éprouvé : place du tonus dans la prise en charge psychomotrice d'une patiente traumatisée crânienne*, Lyon, 2011.
- FRECON Océane *La marche : trait d'union entre soi et l'autre. Approche psychomotrice des enjeux relationnels de la marche chez le jeune enfant et la personne âgée*, Bordeaux, 2013.
- HATESSE Gérard *La bipédie humaine*, Paris IV, 2003

Autres

- *Bons Baisers de Huntingtonland*, collectif Dingdingdong, théâtre Les Subsistances à Lyon novembre 2014.
- www.sep-ensemble.fr.
- NIETZSCHE F., *Ainsi parlait Zarathoustra. Un livre pour tous et pour personne*, poème publié entre 1883 et 1885.
- PONTON G., *Construction du sentiment de sécurité par la verticalité*, Ateliers du Cami Salie, Pau 2013.
- RIGAUD Y., 2015, Il était une fois...mon corps de psychomotricien, Conférence lors de la 6e journée d'étude *Le corps du psychomotricien : une médiation ?*, organisée par l'Association de Réflexion et de Recherche Clinique en Psychomotricité, Lyon.

Remerciements

Un grand merci à mon maître de mémoire, Denis Mortamet, pour la richesse de ses connaissances et sa sensibilité qui m'ont beaucoup aidé à cheminer. Merci pour ses conseils avisés et le temps précieux qu'il m'a accordé.

Merci à ma maître de stage, Stéphanie B., qui s'est montrée très à l'écoute et m'a beaucoup apporté pour ma réflexion sur l'accompagnement et son authenticité.

Merci à Mme E., d'avoir accepté que nous travaillions ensemble et d'avoir éveillé en moi des questions si importantes pour aider l'autre et construire mon identité professionnelle.

Merci à l'IFP de Lyon et à son équipe d'enseignants, qui ont su nous transmettre avec passion des fondamentaux et les bases pour construire et penser notre être psychomotricien.

Merci à ma famille, à mes parents et à Vincent, Léa et Théo, pour leur soutien inconditionnel et tout ce qu'ils m'ont apporté pour que je parvienne là où je suis aujourd'hui. Un merci particulier à mon père, dont le plaisir des mots, l'aide et le soutien ont été sans faille tout au long de mon parcours.

Un grand merci également à mon parrain Thomas et à Peggy, Gabin et Amaury mon filleul, sans qui je ne pourrais pas être ce que je suis.

Merci aussi à Marine, Annabelle, Maxime, Yoann et Alexandre, des amis à toutes les épreuves de la vie.

Merci à Claire, Estelle, Margaux et Laura, mes camarades de promotion devenues de précieuses amies, pour avoir enchanté ces années d'étude et avoir contribué à cette joie de devenir psychomotricienne.

Vu le waite de memoire
Denis MORTAROT



RÉSUMÉ

La sclérose en plaques s'imisce dans le corps de la personne, y prend place et évolue en induisant de nombreux bouleversements corporels et psychiques à l'origine d'angoisses et d'incompréhensions. Si bien qu'au travers d'une atteinte à l'équilibre psychomoteur de la personne, c'est le sentiment d'identité qui est touché. La perte de la verticalisation et de la marche, souvent observée alors, participe à cette décadence identitaire induite par la maladie.

Au travers de ma rencontre avec Mme E., une jeune femme affectée d'une sclérose en plaques, nous tenterons de comprendre la place que prend cette perte, tant au travers de l'acceptation de la maladie que de la considération de soi, avec des questions comme celles de l'image du corps et du désinvestissement.

Puis nous nous pencherons, au fil des séances avec Mme E., sur l'accompagnement alors possible en psychomotricité. Les concepts de deuil et de renoncement seront traités pour comprendre comment aider à vivre avec et intégrer cette perte. Le soin peut s'élaborer autour d'une réflexion sur la continuité d'existence, de la recherche d'une base sécurisante interne par la reviviscence et la remobilisation des appuis, de l'axe corporel et des parties éventuellement désinvesties. Il s'agira d'une réappropriation globale du corps pour continuer à se sentir soi avec des sensations retrouvées ailleurs et autrement que dans la marche, basée sur un travail dans deux milieux aux propriétés différentes : l'eau et la terre ferme.

Mots-clés : sclérose en plaques, sentiment identitaire, verticalisation, marche, perte, sentiment d'étrangeté, continuité d'existence, image du corps, renoncement, réappropriation, corps-plaisir.