

SOMMAIRE

Introduction	6
Partie théorique	8
I) Vers la sensation: le système sensoriel et la proprioception	9
1. Définition.....	9
a) La sensibilité extéroceptive ou cutanée	10
b) La sensibilité proprioceptive.....	10
c) La sensibilité intéroceptive ou viscérale	11
d) La sensibilité labyrinthique ou vestibulaire	11
e) La sensibilité téléceptive	11
2. Codage, intégration et influence des signaux sensoriels.....	12
3. Le développement du système sensoriel.....	12
4. Qu'en est-il pour les sens ?.....	13
<i>Les sens au travers du temps</i>	<i>14</i>
5. La mise en lien des sens pour une perception globale du corps	16
II) Percevoir et se représenter son corps	17
1. Développement du schéma corporel et de l'image du corps.....	17
2. Corps en relation	19
<i>Le tonus</i>	<i>19</i>
<i>Le dialogue tonique</i>	<i>20</i>
<i>Les interactions précoces</i>	<i>21</i>
<i>La mise en sens.....</i>	<i>22</i>
3. Devenir sujet au travers de la création de son axe corporel.....	22
III) La sensorialité en relation afin de s'approprier son corps	24
1. Le toucher thérapeutique.....	24
a) Définition	24
b) Le cadre de la pratique	25
c) Les fonctions du toucher.....	27
<i>Fonction d'érogénèse contenant.....</i>	<i>27</i>
<i>Fonction de réparation.....</i>	<i>28</i>
<i>Fonction de communication émotionnelle</i>	<i>28</i>
<i>Fonction d'individuation de Soi</i>	<i>28</i>

« Toucher le schéma corporel et l'image du corps »	29
Vers une détente physique et psychique.....	29
Action physiologique et psychique.....	30
Les fonctions du moi-peau de Didier Anzieu	30
Les effets négatifs du toucher	31
2. La Thérapie par la médiation animale.....	33
a) Définition	33
b) Le cadre de la pratique	33
c) Impact de la thérapie animale.....	34
<i>L'animal source de symbole et d'histoire</i>	34
<i>Retour aux relations primitives et archaïques</i>	35
<i>L'influence des sensations corporelles</i>	35
<i>Au niveau moteur : praxie, équilibre, motricité fine et globale</i>	35
<i>Au niveau cognitif</i>	36
<i>Impact psychologique et physiologique</i>	37
d) Particularités avec le cheval et le chat	38
<i>Le cheval</i>	38
<i>Le chat</i>	39

Partie clinique 40

I) Les institutions	42
1. Présentation des institutions	42
a) L'Institut d'Education Motrice (IEM)	42
<i>La place de la psychomotricité</i>	43
b) L'Etablissement D'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	44
<i>La place de la psychomotricité</i>	45
2. Le toucher thérapeutique.....	46
a) IEM : Lili.....	46
<i>Qui est Lili?</i>	46
<i>La prise en charge psychomotrice de Lili</i>	49
<i>Retour sur la prise en charge</i>	53
b) EHPAD: Mme A	54
<i>Qui est-elle ?</i>	54
<i>Le toucher thérapeutique avec Mme A</i>	56
<i>La séance</i>	56

Retour sur la prise en charge	57
3. La médiation animale.....	58
a) IEM: Étienne	58
Qui est-il ?.....	58
La médiation animale avec le cheval.....	60
Retour sur la médiation animale	62
b) EHPAD : Mme B	63
Qui est Mme B ?	63
Mme B lors de la médiation animale avec un chat	64
Retour sur la médiation animale	65
Discussion	66
1. Les médiations sensorielles et la régression	68
a) Définition de la régression et apports de S.Freud	68
b) Évolution du concept avec Michael Balint	71
c) L'apport de D.W.Winnicott sur la régression	73
d) La régression en psychomotricité	73
2. Comment peut-on évaluer les bienfaits de ces médiations ?.....	75
a) Première trame de réponse	76
b) L'observation et les mises en gardes	77
c) Bilans psychomoteurs.....	78
d) Apports de Catherine Potel sur l'observation	79
e) L'observation évaluative	80
Conclusion	81
Annexes.....	82
Bibliographie.....	85

INTRODUCTION

J'ai réalisé mes stages longs de troisième année au sein d'un Institut d'Éducation Motrice (IEM) et d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). D'un côté, nous retrouvons des enfants qui ont un handicap moteur et un retard cognitif nuisant à leur autonomie et nécessitant des soins quotidiens. De l'autre, des personnes âgées qui ont développé une maladie entraînant une perte d'autonomie rendant l'institutionnalisation nécessaire.

Dans les deux institutions, je me suis retrouvée face à des individus en difficultés pour se faire comprendre, s'exprimer, se déplacer,... Il a été difficile, pour certains, d'être acteurs de certains gestes quotidiens, comme le fait de se nourrir, se laver. Leurs besoins n'étaient donc pas si éloignés malgré leur différence d'âge et de pathologie.

Je me suis demandée comment ils pouvaient percevoir et s'approprier ce corps qui est manipulé : par les soignants pour les actes vitaux, par les kinésithérapeutes pour éviter les postures vicieuses, par les ergothérapeutes pour apprendre à utiliser du matériel adapté. La liste des objectifs de chaque professionnel est bien-sûr plus longue. La majeure partie du temps, le corps du patient est donc soumis aux mains des soignants, dans un but précis telles que la rééducation fonctionnelle et l'hygiène.

Je me suis concentrée sur la manière d'apporter des stimulations structurantes pour que le patient ressente son corps comme lieu de sensations et de bien-être, afin qu'il puisse se l'approprier et en être acteur. J'ai choisi de rédiger mon écrit sur les médiations sensorielles puisque la sensorialité me paraît être une amorce nécessaire et primordiale pour un travail autour du corps, du schéma corporel et de l'image du corps chez des patients avec un tel niveau de dépendance.

Dans un premier temps, je me suis intéressée aux processus biologiques et environnementaux qui permettent de passer de la sensation, à la perception du corps. J'ai également détaillé ce que l'on peut retrouver comme apports théoriques sur le toucher thérapeutique et la thérapie par la médiation animale. Ces médiations ont un rapport particulier avec la sensorialité. Celle-ci est mise en relation avec d'un côté un contact entre deux individus et de l'autre entre un individu et un animal.

Ensuite, j'ai retracé mon parcours clinique autour de deux prises en charge sur le toucher thérapeutique et deux autres sur la thérapie par la médiation animale. Le fait d'avoir deux pratiques sensorielles avec des patients différents apporte une richesse clinique avec des points communs et des disparités.

De nombreuses interrogations sont apparues suite à la différence entre mon vécu clinique et l'apport théorique. Cela m'a amené à détailler deux points en particulier : la régression en psychomotricité et la manière de retracer une évolution objective d'une prise en charge.

PARTIE THEORIQUE

I) Vers la sensation: le système sensoriel et la proprioception

L'individu se construit au travers de ses expériences corporelles. Elles vont lui permettre de sentir, percevoir et de se représenter son corps. Un certain nombre d'informations internes et externes à son corps lui parviennent et il va apprendre à les reconnaître, les comprendre pour pouvoir s'adapter à son milieu. Le système sensoriel joue alors un rôle proprioceptif important. La proprioception est définie comme la « sensation de la position et des mouvements du corps dans l'espace [...] »¹.

1. Définition

La somesthésie est définie dans le Larousse comme : « Domaine de la sensibilité qui concerne la perception consciente de toutes les modifications intéressant le revêtement cutané-muqueux, les viscères, le système musculaire et ostéo-articulaire². » Si l'on reprend l'étymologie du mot somesthésie: « soma » correspond au corps et « aïsthésis » : à la sensation. On peut donc parler de « sensation du corps ». Le système somesthésique est composé des sensations du corps autre que la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût. Le système somesthésique est responsable des sensations somatiques. C'est un système particulier dans la mesure où les récepteurs de ce système ne sont pas des récepteurs regroupés sous la forme d'organes sensoriels (comme le cas de la vue, de l'ouïe) mais des récepteurs qui sont distribués dans l'ensemble du corps. La somesthésie associée aux sens va permettre une perception globale du corps.

Concernant *la perception consciente*, on peut noter que certaines actions automatisées peuvent devenir inconscientes de par le caractère constant; par exemple la respiration est un acte devenu inconscient qui peut néanmoins parvenir au conscient si l'on y prête attention. Les sensations qu'entraîne la respiration restent inconscientes la plupart du temps.

La somesthésie est permise par le système sensoriel. Celui-ci regroupe les organes périphériques avec les récepteurs, les voies, les relais nerveux, les nerfs périphériques, les faisceaux, les noyaux centraux et les régions de projection (corticales et sous corticales). Ce système reçoit et traite un ensemble de sensibilités avec des informations internes et externes au corps.

¹ Yves Kerlirzin, Gilles Dietrich, Stéphane Vieilledent, *Le contrôle moteur*, Paris, édition PUF, 2009, p233.

²Dictionnaire Larousse, édition Larousse: www.larousse.fr/dictionnaires/francais/somesth%C3%A9sie/73394.

Dr Rose³, membre de la société Française des neurosciences, a catégorisé un ensemble de sensibilités :

a) La sensibilité extéroceptive ou cutanée

Elle détecte la pression (un appui), la vibration (variation de pression) et le tact (contact léger avec la peau glabre ou velue). Cette sensibilité est possible grâce à divers récepteurs comme:

- les terminaisons libres: ce sont des récepteurs correspondants aux parties terminales des nerfs situés essentiellement dans le derme (la peau) et au niveau des glandes sébacées. Ils renseignent alors sur la température et ils sont sensibles aux mouvements des poils.
- les disques de Merkel : ce sont des récepteurs superficiels, sensibles à une pression localisée sur la peau.
- les corpuscules de Ruffini : ce sont des récepteurs profonds sensibles à la pression, on les retrouve par exemple dans les articulations.
- les corpuscules de Meissner : ces récepteurs superficiels localisés dans la peau glabre détectent les variations de contact.
- les corpuscules de Pacini : ce sont des récepteurs profonds, situés dans le derme et les tissus conjonctifs sous cutanés qui sont sensibles aux vibrations.

b) La sensibilité proprioceptive

La sensibilité proprioceptive renseigne l'organisme sur la position et les mouvements du corps propre. La proprioception concerne les informations internes au corps, on retrouve étymologiquement cet aspect puisque « proprio⁴ » renvoie à « propre à soi ». La sensibilité kinesthésique permet de discriminer la position des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres, le sens et l'amplitude des mouvements de ces parties du corps. Etymologiquement on retrouve l'aspect de mouvement avec le préfixe « kinesis⁵ » dans le terme de kinesthésie.

³ Dr Rose, Membre de la Société Française des Neurosciences, CHU Amiens, Site pédagogique: source : <http://neurobranches.chez-alice.fr>.

⁴ www.littre.org/definition/proprio-motu.

⁵ www.littre.org/definition/kin%C3%A9sith%C3%A9rapie.

Les variations kinesthésiques sont détectées par les mécanorécepteurs musculaires (fuseaux neuromusculaires sensibles à l'étirement), les mécanorécepteurs tendineux (les organes tendineux de Golgi sensibles aux variations de force contractile) et via les mécanorécepteurs articulaires sensibles aux mouvements et aux variations de positions articulaires via les récepteurs de Ruffini et les récepteurs de Golgi.

c) La sensibilité intéroceptive ou viscérale

La sensibilité viscérale informe l'organisme sur les variations viscérales et les changements physico-chimiques. Cette sensibilité permet l'homéostasie. L'homéostasie est la « tendance à maintenir constantes les conditions intérieures de la vie, la continuité physique et mentale⁶. »

d) La sensibilité labyrinthique ou vestibulaire

La sensibilité labyrinthique renseigne sur la position et les mouvements du crâne via les récepteurs du labyrinthe situés dans l'oreille interne. Cette sensibilité joue un rôle primordial dans le maintien de l'équilibre, pour stabiliser le regard dans l'espace et par rapport à la position de la tête. Cette sensibilité va permettre à l'individu d'agir et de prendre conscience de la pesanteur au travers notamment des changements de postures.

e) La sensibilité téléceptive

La sensibilité téléceptive correspond à la détection des stimuli pouvant être éloignés comme pour les stimuli visuels, auditifs, odorants. Les récepteurs visuels sont les photorécepteurs, pour l'audition ce sont les récepteurs auditifs et pour l'odorat les récepteurs olfactifs.

L'ensemble de ces sensibilités, décrites précédemment, donne alors un signal, cependant celui-ci peut entraîner un message douloureux lorsque la sensibilité devient douloureuse, on parle alors de nociception. Les informations externes et internes vont être reçues par les différents récepteurs mais elles vont devoir subir des modifications pour arriver jusqu'à la conscience de l'individu.

⁶ J-C.Carric et B.Soufir , *Lexique, pour le psychomotricien*, éditions Robert Atlani, 2014, p108.

2. Codage, intégration et influence des signaux sensoriels

Les récepteurs sensoriels vont transformer le signal reçu en un message nerveux via le phénomène de transduction qui permet de transformer le signal en une énergie physique ou chimique pour déclencher un mécanisme générant des influx nerveux. Le récepteur va alors coder trois informations : l'intensité, la localisation et la durée du stimulus.

Le signal, une fois transformé, va devoir passer par les voies sensorielles primaires pour arriver jusqu'à une aire de projection primaire sur le cortex après un dernier relais dans un noyau spécifique du thalamus (corps genouillé externe, latéral, interne ou médial). Seule la voie olfactive n'a pas besoin de ce relais thalamique. Chaque type de signal sensoriel a son aire de projection correspondant. Ainsi, l'aire occipitale est l'aire de projection pour la vision, l'aire pariétale pour la somesthésie et l'aire temporal pour l'audition. L'information est alors analysée par l'aire cérébrale concernée mais elle peut mettre en lien d'autres aires cérébrales associées.

Selon le lieu de projection du signal, l'information deviendra consciente ou restera inconsciente. Ainsi, une information projetée au niveau du cervelet reste inconsciente et ne parvient pas au cortex. Une information projetée sur le cortex somesthésique primaire deviendra consciente et permettra à l'individu de s'adapter au milieu, d'adapter sa motricité, sa posture compte tenu des informations reçues et conscientisées.

3. Le développement du système sensoriel

Les flux sensoriels captés par le nourrisson ne sont pas intégrés ni compris dès le début de la vie. Un ensemble de paramètres biologiques et environnementaux va alors être nécessaire afin que le nourrisson puisse appréhender ces sensations.

Le système neurologique est en place à la naissance cependant il est encore immature. Il va alors subir une maturation qui suit un certain développement. Le neurone est l'élément principal du système nerveux; il crée, reçoit, conduit et transmet l'influx nerveux reçu notamment par les récepteurs sensoriels. La gaine de myéline qui entoure son axone permet d'accélérer le passage du message nerveux. L'ouvrage *De la naissance à la marche*⁷ retrace

⁷ Albert Coeman, Marie Raulier H de Frahan, *De la naissance à la marche*, édition 2004.

le développement neuronal au fil du temps. La gaine de myéline est fabriquée dès le quatrième mois de grossesse et atteint l'ensemble des centres nerveux vers deux ans. A la naissance, seuls les centres sous corticaux sont alors myélinisés. Le système nerveux est en place à la naissance mais il n'est pas encore mature. L'enfant n'a une motricité volontaire qu'à partir de trois à quatre mois avec la disparition des réflexes archaïques. De plus l'ensemble des connexions neuronales (les connexions synaptiques) n'est pas encore en place. La commande motrice centrale est réalisée via deux systèmes distincts :

Le système extra pyramidal, sous-corticospinal comprend le cervelet, le tronc cérébral et la moelle épinière. Il permet le maintien de la posture et la fonction antigravitaire. Ce système subit une myélinisation précoce réalisée entre la vingt quatrième et la trente quatrième semaine de gestation selon une direction ascendante, Caudo-Céphalique.

Le système pyramidal, corticospinal comprend les hémisphères et il contrôle le tonus postural ainsi que la motricité fine. Il est myélinisé, entre la trente deuxième semaine de gestation et jusqu'à deux ans de manière rapide, puis jusqu'à douze ans plus lentement, selon une direction descendante, Céphalo-Caudale.

4. Qu'en est-il pour les sens⁸ ?

In utéro, le fœtus est déjà sensible au toucher puisque sa maturation est effective. Ainsi tout son corps possède des récepteurs tactiles. Le nouveau-né est donc déjà sensible à la douleur, aux différences de température, aux diverses manipulations qui vont pouvoir prendre sens au travers de l'expérience et de la verbalisation des parents. Le tact est le premier sens à être effectif. Les récepteurs du toucher sont des « récepteurs immédiats⁹ », contrairement aux autres sens. Ces récepteurs renvoient donc à la perception du moment, dans l'instantané, à la réalité du contact.

In utero, le fœtus répond déjà aux mouvements de la mère puisque à 4 mois ses canaux semi circulaires et labyrinthiques sont matures. Le système vestibulaire est mature à la naissance et les fibres du nerf vestibulaire sont myélinisées. L'appareil vestibulaire permet de

⁸ Philippe Scialom, Françoise Giromini, Jean Michel Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 1, édition de Boeck solal, 2011p90-93.

⁹ France Bonneton-Tabariés, Anne Lambert-Libert, Le toucher dans la relation soignant-soigné, 3eme édition actualisée, MED-LINE éditions, 2013, p23.

maintenir l'équilibre, d'orienter ses mouvements dans l'espace en concordant les informations visuelles, auditives et proprioceptives des muscles de la tête et du cou.

En ce qui concerne l'appareil auditif, in utero, le fœtus réagit déjà aux stimuli internes de la mère comme aux stimuli externes, on détecte cela en observant des mouvements et des modifications de son rythme cardiaque. Cependant, la structure interne de l'oreille est seulement finalisée à cinq mois. Le nouveau-né perçoit alors l'intonation, la mélodie et le rythme de la voix.

Le fœtus in utero a déjà des sensations olfactives. Celles-ci sont apportées par le liquide amniotique. L'odorat va jouer un rôle important dans l'attachement entre la mère et son bébé. Celui-ci va reconnaître l'odeur maternelle. L'odorat est également un bon repère du schéma temporel. Par exemple, le petit déjeuner est caractérisé par des odeurs spécifiques comme le café, les tartines grillées,... Ces odeurs spécifiques apportent un repère temporel dans la journée.

Le système visuel n'est pas totalement mature à la naissance mais il est fonctionnel, le bébé possède encore trop peu de cônes (cellules réceptrices des couleurs) et l'accommodation de l'œil n'est possible qu'à trois mois. La vision des couleurs est alors similaire à celle de l'adulte à sept mois. Il peut néanmoins, dès la naissance orienter son regard vers un stimulus auditif.

Les sens au travers du temps

Dans l'ouvrage *Le corpus de gériatrie*¹⁰, y sont décrits les modifications que le vieillissement génère. «Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr¹¹. »

Le cerveau subit des changements avec l'âge, il va y avoir une perte neuronale mais surtout une perte de circuits neuroniques. Le système sensoriel subit lui aussi un vieillissement. Les sens et les muscles ne sont alors plus aussi efficaces qu'auparavant.

¹⁰ Le collège national des enseignants de gériatrie, *corpus de gériatrie*, tome 1, édition 2000.

¹¹ Ibid, p9.

La peau est moins sous tendue par les tissus sous-jacents, elle est plus sèche. Cependant, en général, les récepteurs cutanés restent intacts. Néanmoins, la transmission au niveau du système nerveux central peut faire défaut. Il est à noter que la peau est une trace visible du vieillissement pour la personne et son entourage.

La vue peut être moins efficace compte tenu du vieillissement neuronal. De plus, les parties transparentes de l'œil peuvent s'opacifier et devenir moins transparentes. Cela peut donner une cataracte lorsque le cristallin s'opacifie, la vision est alors plus floue.

❖ *Cataracte*¹² : « opacité congénitale ou acquise du cristallin. »

Le cristallin peut également devenir moins élastique, la vision de près est alors plus difficile, on parle de presbytie. La dégénérescence maculaire liée à l'âge est une maladie dégénérative de la rétine, elle affecte la vision centrale. On peut également retrouver un glaucome. C'est une accumulation de pression dans le globe oculaire qui provoque des dommages du nerf optique. Cela entraîne une perte progressive de la vision périphérique puis de la vision centrale. La vision est nécessaire pour s'orienter dans l'espace, cela facilite également les interactions. Un trouble visuel peut alors entraîner un isolement.

L'audition est également moins efficace, on parle de presbycusie. C'est l'intelligibilité qui va être touchée plutôt que l'intensité. Les sons aigus sont moins perceptibles que les sons graves. La perte auditive est également un facteur d'isolement.

Le système vestibulaire subit un vieillissement neuronal. Les principaux changements affectant le système vestibulaire ont pour effet de perturber les influences vestibulo-spinales responsables de l'activation des muscles antigravitaires et d'altérer les capacités d'équilibration statique et cinétique. L'équilibre en est alors fragilisé. Les réflexes parachutes sont moins vifs et l'efficacité des muscles est également amoindrie au cours du temps. De plus, la dégradation des autres sens comme la vue et l'audition nuit à l'équilibre dynamique et statique de la personne.

Le tonus est lui aussi touché par ce vieillissement neuronal, on retrouve de manière quasi physiologique chez la personne âgée une hypertonicité d'opposition et des paratonies de fond.

¹²Kernbaum, *Dictionnaire de médecine Flammarion*, 8ème édition, p 181.

- ❖ *Le tonus*: « État de contraction légère et permanente des muscles striés, assurant l'équilibre du corps au repos et le maintien des attitudes, contrôlé par des centres cérébraux et cérébelleux. Lafon,1960¹³. »
- ❖ *Paratonie de fond*: «Anomalie de la contraction musculaire dans laquelle le muscle, au lieu de se relâcher (...) se contracte plus ou moins, Garbier-Del, 1972¹⁴.»

5. La mise en lien des sens pour une perception globale du corps

Les sensibilités ont été décrites une à une afin d'éclaircir le fonctionnement de chacune des modalités sensorielles, cependant celles-ci ne sont pas isolées comme telles dans l'environnement. Comme nous le rappelle André Bullinger : « C'est la concomitance de ces signaux qui permet de construire une proprioception, première élaboration sensori-motrice de l'organisme¹⁵. » La coordination de l'ensemble des signaux sensoriels va donc permettre à l'enfant de passer de la sensation à la perception globale de son corps. La cohérence entre chacun des sens est ainsi nécessaire pour une mise en forme du corps de l'enfant.

Le système sensoriel va alors permettre à l'enfant de sentir les changements internes et externes à son corps. Cependant, les variations sensorielles seules n'ont pas de signification pour l'enfant. Il va avoir besoin d'un étayage de la part de son environnement et il va devoir expérimenter.

¹³ www.cnrtl.fr/definition/tonus.

¹⁴ www.cnrtl.fr/definition/paratonie.

¹⁵ A.Bullinger, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, tome 2, édition érès,2017, p57.

II) Percevoir et se représenter son corps

Le système sensoriel est constitué d'un ensemble de neurones et de récepteurs sensoriels capables de communiquer entre eux. Néanmoins, à la naissance, le nourrisson n'a pas encore un système neurologique mature. Son organisme suit donc un développement neurologique et sensoriel qui va lui permettre de sentir les variations internes et externes.

L'enfant va développer sa proprioception. La fonction proprioceptive est définie par André Bullinger comme « la coordination entre sensibilité profonde et signaux issus des flux sensoriels [...] »¹⁶. Elle permet à l'individu de faire un lien entre les variations internes et externes. Les flux sensoriels vont être tels des matériaux pour la construction d'une enveloppe, d'une représentation corporelle.

Cependant la sensation seule ne permet pas à l'enfant de se représenter son corps. Si l'on reprend la citation de D.Rose: « La somme des impressions provenant des organes sensoriels entraîne une sensation qui, interprétée en fonction de notre expérience, constitue la perception. » On constate que l'environnement et l'expérience vont avoir un rôle majeur. Le psychisme de l'enfant va pouvoir se développer et créer des représentations de son corps, de ce qui l'entoure sur cette base d'informations donnée par le système sensoriel. Ainsi: « C'est sur le substrat sensoriel que le psychisme se développe »¹⁷.

1. Développement du schéma corporel et de l'image du corps

Pour éclaircir le développement d'une représentation corporelle, nous allons partir de la définition du schéma corporel donnée par de Julian de Ajuriaguerra en 1970: « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »¹⁸.

¹⁶ André Bullinger, *Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement*, édition érès, 2006, p125-139.

¹⁷ Françoise Giromini, Jean-Michel Albaret, Philippe Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 2, édition de Boeck Supérieur, 2015, p521.

¹⁸ Julian de Ajuriaguerra, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, édition Paris Masson, 1970.

Michel Bernard dans son ouvrage *Le corps*¹⁹ reprend les concepts de schéma corporel et d'image du corps développés au cours du temps. Le schéma corporel se construit donc à partir des informations sensorielles, comme nous l'a signifié Julian de Ajuriaguerra, mais également grâce aux expériences perceptives et motrices. Il est alors un repère corporel immédiat de l'individu dans l'espace. Le bébé va pouvoir développer sa motricité tout en développant une « conscience inconsciente » de son corps propre.

Paul Schilder apporte une donnée importante à ce concept, puisqu'il met en avant l'importance des données biologiques, psychologiques et sociales dans le développement du schéma corporel. Celui-ci le définit comme « l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. » Ce concept permet à l'individu de se percevoir comme unifié et d'intégrer ses différentes parties du corps.

Françoise Dolto différencie le schéma corporel de l'image du corps. Pour celle-ci : « L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles: interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles²⁰. » Cette image se développe à partir des expériences relationnelles: du regard, du contact, des paroles et des images renvoyées à l'individu. Elle est en constant remaniement et elle peut être perceptible au travers du discours porté par l'individu.

Les psychanalystes se sont intéressés à ces concepts, notamment Sigmund Freud. Pour S.Freud²¹, l'individu va intégrer ses différentes parties du corps au travers de ses expériences de plaisir et de déplaisir. Au début, l'enfant perçoit son corps morcelé puisqu'il investit les mêmes zones de manière répétitive. Puis par le biais de ses expériences relationnelles, il va avoir une perception de plus en plus globale, unifiée et subjective de son corps.

Nous pouvons reprendre la citation de Paul Schilder pour comprendre ce concept d'image du corps: « 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 corps nous apparaît à nous-mêmes²². »

Toujours d'après l'ouvrage de Michel Bernard, ces deux concepts sont à comprendre dans une perspective développementale. L'individu perçoit seulement son corps comme uni-

¹⁹ Michel Bernard, *Le corps*, édition du Seuil, 1995.

²⁰ Françoise Dolto, *l'image inconsciente du corps*, édition du Seuil, 1984, p22.

²¹ M.Bernard, *Le corps*, ed du Seuil, 1995, p29.

²² Schilder P, *L'Image du corps. Études des forces constructives de la psyché*, Paris, Gallimard, 1935, 1968.

fié et propre à lui aux alentours de trois ans. Il a d'abord une vision morcelée de son corps, puis il va faire des liens entre ses perceptions et ses expériences tout en distinguant les informations proprioceptives et extéroceptives. Les variations sensorielles, toniques, posturales, émotionnelles vont participer au développement du schéma corporel et de l'image du corps. Les systèmes sensoriels, neurologiques et proprioceptifs ont ainsi une action réciproque dans le développement moteur, psychique de l'individu et de son individuation. Le rôle du tonus, des postures et des interactions précoces sera défini ultérieurement.

2. Corps en relation

Le schéma corporel et l'image du corps se construisent donc grâce aux expériences motrices et relationnelles. Le premier mode de relation du bébé correspond au dialogue tonique qu'il a avec sa mère. Mais le tonus lui aussi va suivre un développement particulier.

Le tonus

Jover Marianne dans perspectives actuelles définit le tonus comme étant : « [...] l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur²³. »

Le tonus évolue en concomitance avec la maturation du système nerveux (le système corticospinal et sous cortico-spinal). Le corps du nouveau-né est soumis à la naissance à une hypertonie périphérique et une hypotonie axiale puisque son système neurologique n'est pas encore totalement développé ni mature. Malgré une motricité pré-câblée, sa motricité volontaire reste encore impossible. Il subit alors le poids de la pesanteur et un ensemble de réactions réflexes.

Le développement moteur suit également cette maturation neurologique. C'est ainsi que le bébé va d'abord pouvoir contrôler les muscles du centre de son corps avant les muscles distaux, on parle de Loi Proximo-distale. Il va, par ailleurs, contrôler les muscles proches du haut du corps en premier avant les muscles du bas du corps jusqu'aux pieds, on parle alors de loi Céphalo-caudale.

²³ Jover M, *perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture*, in *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, édition solal, 2000.

A. Bullinger, dans son ouvrage *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* insiste sur l'importance des variations toniques et des invariants. Les invariants permettent une régularité dans les interactions entre le milieu et l'organisme. Cela est structurant et sécurisant pour le bébé. Les variations toniques vont constituer la face interne de l'enveloppe corporelle²⁴. Celle-ci est à la fois une frontière entre le monde interne et externe et elle contient le psychisme de l'individu. Les variations toniques permettent de renforcer une conscience corporelle puisque c'est en traversant différents états du corps que l'individu prend conscience des différentes parties de son corps et de l'unité de celui-ci. C'est donc au travers des changements toniques, posturaux que le bébé va appréhender son corps dans l'espace, dans la relation. Cela va lui apporter des informations sensorielles pour construire et enrichir son schéma corporel. Pour ce faire, il est nécessaire qu'il puisse expérimenter. Il est nécessaire d'avoir « une sécurité de base. » C'est « une forme de conscience de soi forte et stable sur laquelle il pourra s'appuyer tout au long de son parcours socio-affectif²⁵. » Celle-ci est notamment liée au lien entre le bébé et sa mère.

Les interactions avec le milieu physique et humain vont permettre de construire la face externe de son enveloppe corporelle²⁶. On peut noter que du côté de la pathologie, certains individus se sont construits une carapace tonique comme bouclier pour ne pas sentir ce qui se passe dans leur corps, ni à l'extérieur de leur corps²⁷.

Le dialogue tonique²⁸

Le tonus est le support du mouvement mais également des émotions. L'état émotionnel et l'état tonique agissent réciproquement. Un bébé qui a faim va pleurer et être en hyper extension. A l'inverse, un bébé rassasié sera détendu et son tonus s'en ressentira.

Les variations toniques prennent sens pour le bébé grâce à l'accordage tonique avec sa mère. Un dialogue tonique, infra verbal va se créer, il est le premier vecteur de communication et il va permettre au bébé de supporter les stimulations grâce à une mère avec un tonus, une posture, une gestuelle spécifique et adaptée.

²⁴ A. Bullinger, *le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, tome2, éd érès, 2017, p 48.

²⁵ Albert Coeman, Marie Raulier H de Frahan, *De la naissance à la marche*, édition ASBL, 2004, p35.

²⁶ A. Bullinger, *le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, tome2, éd érès, 2017, p48.

²⁷ A. Bullinger, *le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, tome2, éd érès, 2017, p69.

²⁸ Ibid, p67-70.

La mise en sens des situations vécues par le bébé va lui permettre d'intégrer progressivement ses variations toniques, ses sensations et les émotions qui s'y rattachent. La mère est donc un support psychique et physique pour son bébé.

Les interactions précoces

C'est donc par l'expérience, par les changements de postures, les mouvements et les manipulations que le bébé apprend à connaître son corps. Il va faire et refaire les mêmes activités jusqu'à les avoir intégrées pour ensuite passer à des mouvements de plus en plus complexes. Pour que le bébé puisse oser se déplacer, manipuler des objets, il faut qu'il soit suffisamment sécurisé et attaché. On parle de sécurité affective. Pour ce faire, l'enfant doit être suffisamment porté psychiquement et physiquement. D.W.Winnicott nous apporte deux notions : le *holding* et le *handling*²⁹.

Le *holding* est la manière dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement par la mère. La mère a un rôle pare excitateur pour protéger l'enfant d'une sur stimulation face à son psychisme encore immature. Elle a également un rôle excitateur pour donner des stimulations suffisantes à son bébé pour interagir, sentir son corps unifié.

Le *handling* correspond à la façon dont le bébé est manipulé par sa mère. Cela favorise la construction d'une enveloppe corporelle avec des limites, et permet le lien entre le soma et la psyché. D.W.Winnicott parle ainsi de préoccupation maternelle primaire où la mère doit être une « mère suffisamment bonne » pour permettre au bébé d'être à la fois suffisamment contenu, et sécurisé pour oser expérimenter, agir et interagir avec le monde environnant.

²⁹Claude Boukobza, *La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott*, édition érès, 2003,p64-71.

La mise en sens

Il est nécessaire que l'entourage du nourrisson mette du sens sur les sensations pour qu'il puisse les reconnaître et pour agir en conséquence. Il va ainsi pouvoir reconnaître un ensemble de besoins primaires (faim, satiété, sommeil,...) et son psychisme va pouvoir s'étendre pour ne plus répondre seulement aux besoins primaires mais pour également agir sur le monde.

La mise en sens correspond à la verbalisation (nommer les états du corps, les émotions,...) et à l'expression infra-verbale (dialogue tonique, mimique,..) qui accompagne cette parole. Le parent va donc reconnaître ce qui anime le bébé (douleur, faim, fatigue, joie...) et mettre en place une solution pour le confort du bébé.

Le psychisme de l'enfant va progressivement se développer pour pouvoir expérimenter de plus en plus et se détacher progressivement de ce collage, de cette dépendance avec la mère.

3. Devenir sujet au travers de la création de son axe corporel

D'un point de vue anatomique, l'axe corporel comprend la tête, le cou et le tronc. Cet axe va être intégré par l'individu dans un processus développemental au travers des postures de base du nourrisson.

A.Bullinger³⁰ explique qu'il existe deux groupes de postures correspondants à des programmes pré-câblés qui servent de répertoire de base au nourrisson.

Les postures de défense sont des postures symétriques où l'hypotonie axiale et l'hypertonie périphérique sont très marquées. On retrouve cela dans les postures d'enroulement. Il faudra acquérir une certaine maîtrise des muscles du buste avant de pouvoir permettre le redressement de celui-ci. Cette maîtrise du buste est appelée « *haubanage* ».

Les postures asymétriques permettent l'orientation du corps vers la source de stimulation. La posture de l'escrimeur, notamment, va permettre au bébé de s'orienter et d'aller au contact de l'objet.

³⁰ Ibid, p67.

Le passage d'une posture à l'autre demande un certain effort compte tenu de l'hypotonie axiale du nourrisson. Cependant son tonus musculaire et son système neurologique vont se développer et l'attrait des stimulations sensorielles va lui permettre de croiser l'axe corporel en inversant les appuis entre son bassin et le support, et sa colonne vertébrale.

Le croisement de cet axe permet de relier l'espace gauche et droit avec l'espace oral et ouvre à l'émergence de la représentation spatiale, des fonctions instrumentales et à l'unification de l'espace corporel et spatial. L'axe du corps va pouvoir être progressivement intégré au travers de ces variantes toniques et posturales. La maîtrise de cet axe permet progressivement au nourrisson de devenir acteur et d'agir.

III) La sensorialité en relation afin de s'approprier son corps

Le lien entre la psyché et le soma peut être entravé par un ensemble d'éléments (une pathologie, un environnement carencé,...). Ici, nous allons nous intéresser aux apports du toucher thérapeutique et de la médiation animale dans ce lien.

1. Le toucher thérapeutique

a) Définition

Il n'y a pas de définition universelle du toucher thérapeutique. Cependant si l'on reprend les ouvrages suivants: *Le toucher thérapeutique dans la relation soignant-soigné*³¹, *Toucher thérapeutique chez la personne âgée*³², *La peau et le toucher*³³ et le *Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 2*³⁴; on peut définir le toucher thérapeutique comme étant : un contact peau à peau, réalisé dans un cadre thérapeutique.

La peau est une limite entre l'intérieur et l'extérieur, elle a un rôle d'échange (échange respiratoire et thermique) et de communication (dialogue tonico-émotionnel). Le toucher thérapeutique permet donc un échange entre le thérapeute et le patient. Cette notion de toucher thérapeutique englobe un certain nombre de pratiques comme « le toucher massage psychomoteur », « le toucher relaxation », « les enveloppements », et bien d'autres. Ces techniques sont détaillées dans l'ouvrage *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. Je ne les développe pas ici, puisque le toucher thérapeutique pratiqué sur mes structures de stage, est avant tout un lieu de rencontre, à un moment donné avec une personne en particulier, il est donc très subjectif.

Il est important de garder en tête que le toucher est présent au quotidien, il ne se limite pas à des pratiques corporelles. Le tact est d'ailleurs efficient depuis le tout début de la vie avec les interactions précoces entre une mère et son bébé et même in utéro. Pour être réalisé avec une visée thérapeutique, ce toucher doit avoir un cadre thérapeutique.

³¹ France Bonneton-Tabariés, Anne Lambert-Libert, *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 3eme édition actualisée, MED-LINE éditions, 2013.

³² Emilie Charpentier, *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, édition De Boeck Université, 2014.

³³ Ashley Montagu, *La peau et le toucher*, éditions du seuil, 1979.

³⁴ Françoise Giromini, Jean Michel Albaret, Philippe Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 2, éd de Boeck Supérieur, 2015.

b) Le cadre de la pratique³⁵

Le toucher engage à la fois le thérapeute et le patient, il est donc nécessaire d'avoir au préalable l'accord du patient et que celui-ci soit considéré en tant que sujet face à la dépendance qu'impose cette médiation. Le patient doit être mis au courant des objectifs de la pratique. Le toucher impose une proximité et une distance relationnelle qui peut être difficile à recevoir corporellement et psychiquement pour les patients. Il est donc important de créer un lien de confiance, d'être en empathie (physiquement et psychiquement) avec le patient et d'accepter son refus.

Edward T.Hall dans *La dimension cachée*³⁶ distingue quatre catégories principales de distances interindividuelles. Lors du toucher thérapeutique la distance entre le thérapeute et le patient est telle que l'on peut être dans ce que E.T.Hall décrit comme « la distance intime » puisque il y a un contact physique. Cette zone est comprise entre 15 et 45 cm et elle s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel élevé. Le cadre thérapeutique est alors primordial, qui plus est avec cette proxémie entre le thérapeute et le patient.

Il faut être attentif à la douleur, surtout chez une personne algique afin que le toucher reste un lieu de détente psychocorporelle et qu'il ne devienne pas un lieu de souffrance physique et psychique.

Le thérapeute doit être conscient de son propre rapport avec le toucher, de ses propres états émotionnels, puisque il y a une dimension transférentielle même dans le toucher. Le transfert correspond au: « Mécanisme par lequel un sujet, au cours de la cure, reporte sur le psychanalyste les sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait primitivement, surtout dans l'enfance, pour ses parents ou ses proches³⁷. » Cette définition décrit un mécanisme présent dans une cure psychanalytique mais ce processus s'étend aux prises en charge thérapeutiques de manière plus générale. Pour revenir au toucher thérapeutique, nous pouvons rappeler que le toucher renvoie aux sensations les plus archaïques du sujet. En effet, le tact est le premier sens efficient, même in utero. Il est également le premier moyen de communication entre la mère et l'enfant. Le toucher a donc un aspect archaïque qui rappelle les interactions précoces. Le thérapeute doit être conscient de cela pour être capable de recevoir ce que le patient transmet sans être dans un contre transfert négatif. Le contre transfert « désigne la

³⁵ Ibid, p297-300.

³⁶ E.T Hall, *La dimension cachée*, édition Doubleday, 1966, p 143-160.

³⁷ Man.-Man. Méd. 1980, « Transfert négatif, positif », <http://www.cnrtl.fr/definition/transfert>.

relation (et les mouvements affectifs qui l'accompagnent) qui s'établit dans l'autre sens, c'est-à-dire du soignant vers le soigné³⁸. » Il doit pouvoir recevoir ce que le patient peut renvoyer, même « le négatif et le manque³⁹. »

Cette médiation doit être réfléchie au préalable et tout au long de la prise en charge. Le fait de prendre des notes et d'y réfléchir en équipe permet de créer un tiers extérieur sécurisant la pratique, le thérapeute et le patient. Il faut un temps de verbalisation du patient: « ce qui nous garantit de l'expérience de l'emprise incestueuse, comme nous le rappelle Clerget (2006) : un toucher qui maintienne dans une place d'objet et qui ne soit alors compris que comme une manipulation abusive et perverse⁴⁰. » Le temps de verbalisation est donc primordial. Même dans le cas où la personne n'est pas en capacité de parler, le thérapeute doit pouvoir mettre des mots sur cette pratique.

Le cadre doit ainsi être défini avec un lieu donné, une durée, la périodicité, l'aménagement de la pratique, le rôle de chaque sujet, les objectifs, les moyens, les indications et contre-indications. La pratique du toucher thérapeutique impose un ensemble de règles : le corps à corps y est interdit, l'intrusion des muqueuses, cavités et invaginations est prohibée, l'intimité doit être respectée et cela ne doit pas dépasser le seuil de tolérance du patient (pas d'excitation, ni de persécution).

La distinction entre érotisation et érogénèse doit être faite. Marc Guiose fait cette distinction dans l'ouvrage *Soins palliatifs et psychomotricité*⁴¹. « Dans l'érotisation, la sollicitation vise à élever le niveau d'excitation, à mettre en tension la sensorialité jusqu'à déclencher la recherche de la décharge libidinale dans le passage à l'acte qui conduit à la jouissance. » Alors que « Dans l'érogénèse par contre, il ne s'agit pas d'un toucher érotique poussant à la sexualité mise en acte, il s'agit d'un appel qui renvoie à la construction même du corps érogène. Cet événement agit à la source de la pulsion, mais comporte en lui-même la limite de la rencontre intersubjective ainsi sollicitée. »

Comme le rappelle E.Charpentier, le toucher thérapeutique n'est pas réalisé dans le but d'une décharge libidinale mais il doit permettre d'accéder de nouveau aux moyens de communications présents lors des interactions précoces. Le caractère érogène ne doit pas être

³⁸ J-C Carric, B.Soufir, *Lexique, pour le psychomotricien*, édition ERA, 1997, p257.

³⁹ , Françoise Giromini, Jean Michel Albaret, Philippe Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 2, éd de Boeck Supérieur, 2015 p300.

⁴⁰ Ibid, p299.

⁴¹ Odile Gaucher-Hamoudi, Marc Guiose, *Soins palliatifs et psychomotricité*, édition heures de France, 2007, p106.

nié par le psychomotricien. Il est impossible de savoir ce que cela provoque chez le patient, il faut à la fois en être conscient et donc poser un cadre stable pour permettre au toucher d'être et de rester thérapeutique. Le toucher thérapeutique doit alors avoir une fonction d'érogénèse contenante. Cette notion va être définie ultérieurement.

Il est important de garder en tête que cette pratique renvoie à des sensations très subjectives. Il faut donc tenir compte du rapport que le patient a avec son propre corps. L'éducation, la culture, l'expérience influencent ce rapport. Ashley Montagu dans son ouvrage *La peau et le toucher* ⁴² détaille notamment les différences culturelles autour du toucher. Ici, nous n'allons pas détailler ces différences mais il apparaît nécessaire de garder en tête l'aspect subjectif du toucher chez chacun de nous.

c) Les fonctions du toucher

Le toucher thérapeutique met en exergue un sens en particulier : le toucher. Nous nous attarderons donc à détailler les effets du toucher. Il ne faut cependant pas oublier que les sens ne sont pas isolés dans la réalité et que donc tous les sens sont stimulés lors d'une prise en charge.

Fonction d'érogénèse contenante

E.Charpentier dans son ouvrage *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée* ⁴³ reprend la notion de fonction d'érogénèse contenante avancée par Pascal Prayez. Cette fonction a pour but de retirer la dimension surexcitante dans le toucher pour que celui-ci soit thérapeutique. Cela est possible grâce à « l'intention juste » (P.Prayez) du thérapeute, afin que le toucher puisse être sécurisant et tendre pour être structurant pour le patient. C'est-à-dire qu'au travers d'un cadre sécurisant (établi spatialement et temporellement), explicité au patient et avec un contact juste: le thérapeute va pouvoir permettre au patient d'accéder « à la communication émotionnelle et à l'archaïque [...], et maintient l'érotisation dans les limites contenantes [...] ⁴⁴. »

⁴² Ashley Montagu,, *la peau et le toucher*, ed du seuil1979, p167.

⁴³ E.Charpentier, *le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, édition de Boeck Université, p45.

⁴⁴Ibid, p46.

Fonction de réparation

« Le toucher a donc une fonction de maternage, de réparation des carences précoces⁴⁵. » Durant l'enfance, le bébé va se développer et éprouver de la frustration et de l'abandon après cette période intra utérine contenant où les besoins étaient assouvis immédiatement. A travers le toucher thérapeutique, le psychomotricien va restaurer l'enveloppe corporelle et psychique⁴⁶ du patient pour être contenant et support des représentations psychiques.

Fonction de communication émotionnelle

Le dialogue tonique présent pendant le toucher thérapeutique apporte un affinement d'un autre moyen de communication que la parole: la communication infra verbale. Cette communication est la première à être en place dès la naissance. L'échange émotionnel dans le toucher renvoie donc aux premières interactions mais également aux conflits archaïques inscrits dans le système émotionnel. Le toucher est donc support et vecteur d'une histoire.

Fonction d'individuation de Soi

Le tact est le premier sens en place chez le bébé et il impose un contact réciproque puisque on ne peut pas toucher sans être touché. Le toucher permet donc de créer une relation, c'est un vecteur de communication. Dans l'Occident, il est habituel de se dire bonjour en se serrant la main, ou en se faisant la bise. Ainsi on reconnaît l'autre comme une personne à part entière et on le salue. Cet acte commun, qui peut paraître insignifiant, est primordial dans la reconnaissance de l'identité de l'autre, et dans sa légitimité d'être humain. L'ignorance d'un individu peut être destructrice pour l'estime de soi. L'être humain est un être de relation, et cela dès le plus jeune âge. Si l'on reprend D.W.Winnicott : «[....] Un bébé ne peut pas exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation⁴⁷. » Pour revenir au toucher thérapeutique, le toucher permet dans un premier temps de reconnaître l'autre dans sa qualité d'individu. Le toucher participe au processus de subjectivation. L'estime que le patient a de lui-même est également bonifiée. De plus le toucher apporte le sentiment d'être unique, avec ses propres limites corporelles.

⁴⁵ Ibid, p44.

⁴⁶ L'enveloppe est définie à la page 20.

⁴⁷ Winnicott D, *Le bébé en tant que personne in L'enfant et le monde extérieur*, édition Payot, 1972.

« Toucher le schéma corporel et l'image du corps »

Emilie Charpentier rappelle que la restriction de mouvement ou l'alitement altère et même détruit le schéma corporel⁴⁸. Le toucher apporte alors des stimulations nécessaires à la formation et à la consolidation du schéma corporel. Il amène alors à une prise de conscience du corps. Comme nous l'avons vu précédemment avec le concept de *handling* et de *holding* de D.W.Winnicott, le toucher à travers les soins maternels amène à une construction de l'enveloppe corporelle avec des limites, une contenance et une unité.

A travers un toucher thérapeutique, nous pouvons lutter contre le phénomène de morcellement. Ce phénomène est une angoisse archaïque décrite par le psychanalyste Heinz Kohut en 1968 dans son ouvrage *La psychanalyse des transferts narcissiques*⁴⁹. Le bébé, au début de sa vie ne perçoit pas son corps unifié, il reçoit un ensemble de signaux qui lui sont difficiles à intégrer et à regrouper : son corps lui apparaît alors morcelé. Avec un toucher contenant sur l'ensemble du corps, il est possible d'apporter des stimulations favorisant l'unité corporelle. A travers un toucher structurant et agréable, le patient peut alors ressentir son corps comme stable et solide.

L'image du corps du patient est traversée dans le toucher thérapeutique. Au travers de la bienveillance de ce toucher, cela peut apaiser la représentation qu'un individu a de son corps. Le vieillissement et la pathologie peuvent altérer l'image du corps des patients. Ici, le patient « peut réinvestir son corps comme lieu de plaisir et reprendre confiance en lui⁵⁰. » Le toucher réactive également la mémoire corporelle.

Vers une détente physique et psychique

Cette pratique peut apporter un apaisement physique et psychique immédiat au patient puisque le tact a l'avantage d'agir directement via les récepteurs immédiats. La détente apportée au patient lui permet alors d'être moins douloureux, plus disponible, à l'écoute de son corps à l'instant présent. Le dialogue tonique entre le patient et le thérapeute permet de repérer des zones de tension pour, alors, étayer un relâchement neuromusculaire dans un cadre soutenant, sécurisant et contenant.

⁴⁸ Emilie Charpentier, *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, édition De Boeck Université, 2014, p11.

⁴⁹ Heinz Kohut, *La psychanalyse des transferts narcissiques*, édition Presses Universitaires de France, 2004.

⁵⁰ Ibid, p11.

Action physiologique et psychique

Les études de Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert⁵¹ mettent en avant que physiologiquement le toucher massage permet une augmentation de la vascularisation, un assouplissement des tissus, une diminution des tensions musculaires et donc du niveau de stress. Cela permet ainsi un sentiment de calme qui est bénéfique pour la confiance en soi. Cette pratique permettrait d'augmenter les interactions : la durée des conversations et la puissance de concentration.

Les fonctions du moi-peau de Didier Anzieu

D. Anzieu dans son ouvrage *Le Moi-peau* détaille ce concept comme étant : « Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme *Moi* à partir de son expérience de la surface du corps⁵². » Le *Moi* est un terme psychanalytique décrit par Freud. On peut définir le *Moi* comme « le pôle défensif de la personnalité construit avec les exigences du *Ça* et les interdits du *Surmoi* face au réel⁵³. » Le *Ça* correspond au pôle pulsionnel alors que le *Surmoi* correspond aux interdits. Le *Moi-peau* va donc permettre à l'enfant, au-delà de sentir son corps, de pouvoir se le représenter.

D. Anzieu donne d'ailleurs huit fonctions au *Moi-peau*⁵⁴ : « maintenance » du psychisme, « contenance », « pare excitation », « individuation », « intersensorialité », « soutien de l'excitation sexuelle », « recharge libidinale » et « inscription des traces ».

Brièvement nous pouvons décrire *la fonction de maintenance* comme l'intériorisation du holding maternel. C'est-à-dire qu'une partie de la mère va être intériorisée comme soutien physique et psychique. La maintenance correspond à cette intériorisation où le *Moi-Peau* maintient le corps et le psychisme.

⁵¹ François Beiger et Gaëlle Dibou, *La zoothérapie auprès des personnes âgées, une pratique professionnelle*, édition DUNOD, 2017, p47-48.

⁵² Didier Anzieu, *Le Moi-peau*, édition DUNOD, 2006, p1.

⁵³ Dominique Giffard, source : psychiatriinfirmiere.free.fr/definition/instances/moi.htm.

⁵⁴ Didier Anzieu, *Le Moi-peau*, édition DUNOD, 2006.

La fonction de contenance est exercée par le *holding* maternel. Le Moi-peau contient les pulsions, le psychisme et l'ensemble de l'enveloppe corporelle. Les sensations, les images et les affects sont alors reliés.

La fonction pare excitatrice correspond à la capacité de se protéger contre les agressions physiques et les excès de stimulations. Cela est réalisé par la mère puis le bébé va intérioriser cette fonction.

La fonction d'individuation définit le « *sentiment d'être un être unique* », puisque la surface de peau est propre à une seule personne.

La fonction d'intersensorialité correspond au fait que la peau est une toile de fond qui relie l'ensemble des sens et des sensations. Cela permet de lutter contre le phénomène de morcellement.

La fonction de soutien de l'excitation sexuelle permet, au travers de l'investissement libidinal, que la surface du Moi-peau soit une enveloppe d'excitation sexuelle globale.

La fonction de recharge libidinale décrit la capacité du Moi-peau à maintenir la tension énergétique interne et la répartir inégalement entre les sous-systèmes psychiques.

Et enfin, *la fonction d'inscription* des traces définit la capacité du Moi-peau à conserver une trace des informations entre la peau et le monde extérieur.

Les effets négatifs du toucher

Nous avons détaillé un ensemble d'effets positifs du toucher dans la thérapie. Cependant le contact peut également être difficile, voir angoissant pour certains patients. Il est donc important d'être attentif à ce que le patient peut renvoyer au thérapeute, notamment au travers du recrutement tonique et de la verbalisation. Le toucher, comme nous l'avons vu, peut renvoyer aux interactions précoces puisque la peau garde en mémoire les contacts au cours du temps⁵⁵. Il peut donc rappeler certains vécus archaïques, pouvant être déstabilisants pour le patient.

⁵⁵ Ashley Montagu, *La peau et le toucher*, édition Du Seuil, 1979, p11-38.

Il est important de mesurer les impacts possibles du toucher en fonction des patients et de leur histoire propre par rapport au corps. Nous n'allons, par exemple, pas toucher de la même manière une personne âgée dépendante, qu'une jeune femme anorexique.

D.Anzieu parle d'une neuvième fonction du Moi-peau : *la fonction toxique*. Il l'a retirée des fonctions du Moi-peau puisque il la considère comme une anti-fonction. Celle-ci rend la peau toxique à cause des attaques inconscientes contre le psychisme. Il met donc en avant un effet négatif que peut avoir la peau.

2. La Thérapie par la médiation animale

a) Définition

Boris Levinson en 1950 démontra l'effet de déclencheur social que l'animal peut avoir auprès de l'Homme. Il développa alors « la zoothérapie » : « procédé qui se sert de l'animal familier comme guide dans la psychothérapie⁵⁶. »

Depuis, de nombreuses dénominations quant au travail avec l'animal se sont succédées⁵⁷ :

- T.M.A. = Thérapie par la Médiation d'un Animal
- A.E.M.A. = Activité Éducative par la Médiation d'un Animal
- A.A.M.A. = Animation Assistée par la Médiation d'un Animal

« La médiation animale est un terme générique qui recouvre un ensemble de pratiques aux appellations diverses⁵⁸ », Il n'y a donc pas de définition universelle de la thérapie par la médiation animale. Cependant, si l'on reprend les données de L'association française de thérapie assistée par l'animal et de l'Institut Français de Zoothérapie on peut définir cela comme étant : la mise en place d'un espace thérapeutique entre un animal (le médiateur), le patient et le thérapeute. L'animal a un rôle de tiers et permet une triangulation dans la prise en charge. C'est le thérapeute qui va rendre la médiation animale thérapeutique au travers de sa réflexion autour de la pratique, de son intention et de ses objectifs thérapeutiques. Dans cet écrit nous parlerons de thérapie par la médiation animale, puisque la psychomotricité a une visée thérapeutique et que l'animal sert de médiateur dans la prise en charge.

b) Le cadre de la pratique

Pour que la pratique soit thérapeutique il est nécessaire qu'il y ait au préalable une réflexion autour des objectifs, des indications et des contre-indications de la médiation animale en fonction de chaque patient. Le patient ne doit pas avoir de contre-indication en rapport avec l'animal (allergie, pathologie particulière...). Il faut bien évidemment l'accord du patient avant de débiter cette pratique.

⁵⁶ François Beiger et Gaëlle Dibou, *La zoothérapie auprès des personnes âgées, une pratique professionnelle*, édition DUNOD, 2017, p2.

⁵⁷ www.institutfrancaisdezootherapie.com/charte-de-deontologie.ifz#.WsiYD4hubDc.

⁵⁸ Daniel Marcelli, Anne Lançon, *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressources*, édition érès, 2017, p108.

Le lieu doit être défini, stable et si il y a besoin de matériel, le thérapeute doit être en capacité de savoir l'utiliser. Il est important de garder un cadre sécurisé puisque l'animal est un médiateur vivant. L'animal peut s'avérer être imprévisible si le thérapeute n'est pas attentif à lui. Il est alors nécessaire de rester en alerte face à l'animal et de bien choisir celui-ci pour ne pas mettre le patient ou l'animal lui-même en danger. La sécurité est à prendre en compte autant du côté de l'animal que du patient. De plus le thérapeute doit s'engager à respecter la déclaration Universelle des Droits de l'Animal⁵⁹ puisque « toute vie animale a droit au respect. »

c) Impact de la thérapie animale

L'animal source de symbole et d'histoire

Le rapport entre l'animal et l'Homme a évolué depuis des millénaires : d'abord chassé pendant le Paléolithique, domestiqué au Néolithique puis idolâtré pendant l'Ancienne Egypte et enfin mystifié pendant le Moyen-âge. Aujourd'hui, avec les avancées scientifiques, philosophiques, l'animal trouve une place particulière au côté de l'Homme avec un droit de respect où la maltraitance est condamnée. Chaque animal a une histoire particulière et chacun renvoie l'Homme à certaines images, ressentis, croyances.

L'animal est objet d'identification et de transfert⁶⁰, il est alors porteur de représentations psychiques. Le patient peut verbaliser un ressenti propre à lui, à son histoire, à son vécu en parlant de l'animal ou en lui parlant. Il peut être intéressant d'être à l'écoute de ce que verbalise le patient, puisque il peut s'agir d'un transfert de son propre état émotionnel. Il peut également s'identifier aux valeurs que peuvent lui renvoyer l'animal : la force, la tendresse, ...

L'image corporelle du patient se retrouve modifiée par cette identification. Le patient va interpréter les signes de l'animal et nous pouvons également mettre des mots sur le comportement de l'animal afin de faciliter le lien.

⁵⁹ www.ffpanimale.fr/wp.../FFPA-Déclaration-Universelle-des-Droits-de-lAnimal.pdf

⁶⁰ Isabelle Aubard, *Mais en quoi le cheval peut devenir un médiateur thérapeutique*, article, p 2.

Retour aux relations primitives et archaïques

Le fait de caresser l'animal, de le soigner renvoie aux premières relations de holding décrites par D.W.Winnicott⁶¹. Cela sera développé ultérieurement. Le langage entre l'animal et le patient est infra verbal : il rappelle les premières communications émotionnelles où le dialogue tonico-émotionnel peut de nouveau prendre sens pendant ce temps d'accordage entre l'animal et le patient.

L'animal « fait tomber [les] barrières sociales, psychologiques⁶². » Il permet donc de faciliter la rencontre, le patient n'est pas jugé face à l'animal, il n'y a pas de contre transfert négatif de l'animal vers le patient.

L'influence des sensations corporelles

Le toucher entre l'animal et le patient va apporter des sensations corporelles et sensorielles (toucher, odorat, vue, ouïe, proprioception). Cette diversité sensorielle renforce les limites corporelles du patient avec un toucher autre qu'avec un semblable : l'animal a une chaleur propre à son espèce, une morphologie différente (poils, couleur,...). L'animal et le patient vont devoir s'accorder toniquement pour pouvoir interagir. Le patient va alors prendre conscience de son état tonique aux travers de ces interactions. Le patient va également devoir réguler son tonus pour pouvoir être en lien avec l'animal. Nous avons vu que la sensorialité joue un rôle dans la construction du schéma corporel et au-delà, de l'image du corps. On peut alors agir sur celui-ci en apportant de nouvelles sensations au patient.

Au niveau moteur : praxie, équilibre, motricité fine et globale⁶³

La motricité globale va être au travail pendant la médiation animale. Le patient va se mouvoir au rythme de l'animal, ce qui va l'amener à coordonner et à dissocier ses gestes. Le patient peut être amené à brosser, caresser l'animal. La motricité fine est donc elle aussi mise en jeu au travers de cette médiation.

⁶¹ Se reporter à la page 21.

⁶²François Beiger, Gaëlle Dibou, *La zoothérapie auprès des personnes âgées, une pratique professionnelle*, édition Dunod, 2017, p26.

⁶³ Ibid, p 53-54.

L'animal soutient ainsi l'initiative motrice et motive l'individu à se mettre en mouvement pour interagir. Il est alors un vrai moteur à la relation et aux mouvements. Les promenades avec l'animal peuvent être propices pour faire marcher les patients. Des exercices plus spécifiques avec l'animal peuvent amener à travailler la motricité fine et les praxies.

Au niveau cognitif⁶⁴

L'animal est source d'histoire par rapport à l'humanité mais aussi par rapport à l'histoire propre de chaque personne. Il va alors être source de réminiscence pour le patient qui va pouvoir se remémorer des vécus personnels.

Les fonctions exécutives sont travaillées lors de la médiation animale. En effet la présence de l'animal demande une attention particulière. Un accordage doit se créer entre l'animal et l'individu pour pouvoir interagir, sinon l'animal ou l'individu pourrait se détourner de la relation. L'attention regroupe un ensemble de types d'attentions :

- « L'attention sélective permet de porter son attention sur l'information pertinente et de ne pas se laisser distraire par des informations non pertinentes⁶⁵. »
- « L'attention soutenue permet de maintenir son attention sur une même tâche pendant un temps assez long. Cette attention fait appel à notre vigilance⁶⁶. »
- « L'attention divisée permet de faire deux choses à la fois. C'est la capacité de partager des informations venant de plusieurs sources (visuelles, auditives) pour pouvoir les traiter⁶⁷. »

L'animal et l'individu doivent s'accorder de manière infra verbale. Un lien de confiance doit se créer sinon l'animal pourrait fuir. L'inhibition est donc elle aussi au travail. L'inhibition peut être définie comme le fait de : « [...] réaliser un changement interne qui freine ou empêche un comportement. Il s'agit de bloquer certains comportements, de se les interdire⁶⁸. »

⁶⁴ Ibid, p55-57

⁶⁵ <http://www.dysmoi.fr/les-fonctions-executives-mieux-les-comprendre/>

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Ibid.

La planification est également en jeu dans la médiation animale puisque l'individu doit réfléchir au geste qu'il va faire et il doit s'adapter au rythme de l'animal. Cela est encore plus marqué lorsque l'individu doit donner une indication à l'animal pour le diriger par exemple. Le fait de planifier est défini dans le dictionnaire Petit Larousse (1977) comme la capacité à : « organiser, diriger suivant un plan déterminé⁶⁹. »

Dans l'interaction avec l'animal, plusieurs éléments peuvent entrer en jeu notamment si le patient joue avec l'animal avec un objet, ou s'il lui demande de réaliser quelque chose. Le patient doit être à la fois attentif à l'animal et à l'environnement. La flexibilité mentale « [...] définit la capacité de changer de tâche ou de stratégie mentale et à passer d'une opération cognitive à une autre. Elle peut requérir le désengagement d'une tâche pour se réengager dans une autre. Elle permet donc l'adaptation aux situations nouvelles⁷⁰. »

Impact psychologique et physiologique

D'après l'association Française de thérapie assistée par l'animal⁷¹ : « La zoothérapie apporte également des bénéfices physiologiques et psychomoteurs. Elle influence le rythme cardiaque et a un impact bénéfique sur l'hypertension artérielle. Les bénéfices sont également psychologiques : la zoothérapie peut diminuer le stress quotidien et améliorer la qualité de vie». Elle renforce également les interactions entre les individus puisque « l'animal est un facilitateur social. »

⁶⁹ Petit Larousse, 1977, édition Librairie Larousse, p787.

⁷⁰ Cité des sciences et de l'industrie, Département Education, *Processus cognitifs complexes Les fonctions exécutives*, 2015, p3.

source : www.cite-sciences.fr/fileadmin/fileadmin_CSI/fichiers/vous-etes/enseignant/Documents-pedagogiques/_documents/Expositions-permanentes/Cerveau/cerveau-dossierenseignant-fonctionexe.pdf

⁷¹ <https://aftaa.net/index.php/la-therapie/les-bienfaits/>

d) Particularités avec le cheval et le chat

Le cheval

Isabelle Aubard dans son article « *mais en quoi le cheval peut devenir un médiateur thérapeutique*⁷² » reprend la notion de *holding* décrite par D.W.Winnicott⁷³. Celle-ci a été précédemment évoquée. Avec le cheval, la dimension de *holding* trouve aussi sa place au travers des bercements que le portage du cheval apporte. Le portage sécurisant du cheval permet une régression archaïque du patient sécurisée par le thérapeute.

Le fait d'être porté par l'animal apporte des informations vestibulaires, proprioceptives, articulaires nouvelles qui renforcent le schéma corporel surtout pour des patients ne pouvant plus se déplacer. De plus, cela demande un certain ajustement tonique et une équilibration permanente. Les transitions d'allures entraînent des modifications toniques sur l'ensemble du corps du patient, qui est porté par le cheval. Les sensations proprioceptives et vestibulaires sont ainsi exacerbées et apportent une diversité sensorielle. Le cheval s'ajuste très rapidement grâce à ses récepteurs somesthésiques et proprioceptifs, ce qui permet « un dialogue tonico-postural⁷⁴. »

Les coordinations et les dissociations sont nécessairement travaillées pour diriger le cheval. Un travail autour de l'axe et du croisement de l'axe peut être effectué avec des consignes spécifiques. La motricité globale et fine avec les praxies peuvent faire l'objet d'un travail spécifique avec la tenue de rênes, le brossage, le pansage... Cela sera détaillé dans la partie clinique⁷⁵.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'animal est objet d'identification et de transfert. L'image du cheval contient une force et une puissance. Cette image est gratifiante pour le patient.

⁷² Isabelle Aubard, *mais en quoi le cheval peut devenir un médiateur thérapeutique*, 2008.

⁷³ Se reporter à la page 20.

⁷⁴ Daniel Marcelli, Anne Lanchon, *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressources*, édition érès, 2017, p18.

⁷⁵ Partie clinique, La médiation animale avec le cheval, page 58.

Le chat

On retrouve beaucoup moins d'ouvrages en ce qui concerne la médiation animale avec le chat. Or le chat fait partie des animaux domestiques les plus courants. Il est donc un bon support pour un travail cognitif et de réminiscence.

Le chat, de par sa taille, peut être aisément porté ou mis sur les genoux. Le *holding* et le *handling* décrit par D.W. Winnicott peuvent être remis en jeu dans un travail d'interactions et de soins envers l'animal. Le chat est lui aussi lieu d'identification et de transfert. De part sa symbolique, il peut être courant que celui-ci évoque « *les comportements infantiles ou juvéniles*⁷⁶. » L'individu peut alors chercher à s'en occuper comme d'un enfant.

Certains patients ne touchent plus ou ne sont plus touchés. Ils peuvent renvoyer aux soignants des choses désagréables à cause de leur pathologie. Ici, l'animal fait tomber les barrières sociales puisque celui-ci ne porte pas de jugement. Le patient peut donc prendre soin de l'animal sans qu'il n'y ait le risque d'un contre transfert négatif.

Au travers de son comportement, cet animal domestique peut également donner l'impression de partager et de comprendre les affects des individus⁷⁷. Le chat par le biais du ronronnement peut leur renvoyer que le contact est agréable. Cela s'avère gratifiant pour le patient. Chez le chat, les élans à l'interaction peuvent être majeurs. Il va chercher à être au plus près de l'individu, ce qui peut être rassurant et gratifiant.

⁷⁶ Daniel Marcelli, Anne Lanchon, *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressources*, édition érès, 2017, p17-18.

⁷⁷ Ibid, p17-18.

PARTIE CLINIQUE

Je réalise mes stages longs de 3ème année d'étude de psychomotricité dans un Institut d'Education Motrice (IEM) et dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). J'ai souhaité mettre en lien ces deux structures dans mon mémoire puisque je suis marquée par la dépendance institutionnelle commune auxquels sont soumis ces patients d'âges et de parcours de vie pourtant différents. Ces patients ont un handicap acquis ou inné qui a entraîné une dépendance telle qu'ils ont besoin d'une tierce personne quotidiennement, parfois pour les tâches les plus intimes comme la toilette ou pour les actes vitaux comme l'alimentation. Une question se pose alors à moi : comment peuvent-ils s'approprier ou se réapproprier leur corps ?

Au sein des deux établissements, certains patients n'ont plus ou pas accès à la parole, le langage infra verbal devient donc la première source de relation et de communication. Le système sensoriel et les sens deviennent ainsi les médiateurs principaux. J'ai donc voulu axer mon écrit sur deux pratiques : le toucher thérapeutique et la médiation animale. J'ai choisi d'étendre mon vécu sur deux pratiques pour voir l'étendue des possibilités de la sensorialité en relation, avec d'un côté un contact humain et de l'autre un contact avec un animal.

Les noms ont été modifiés dans un souci de confidentialité.

I) Les institutions

1. Présentation des institutions

a) L'Institut d'Education Motrice (IEM)

L'IEM fait partie d'une fondation, il est lié à d'autres structures comme le CRF (Centre de Rééducation Fonctionnelle). Cette fondation a été créée dans le but de « soigner et instruire les enfants paralysés. » Cette citation est la devise de l'établissement, elle y est inscrite à différents endroits. La notion de rééducation est donc massivement présente. L'IEM fait partie du pôle médico-social et propose des soins, de la rééducation et une scolarité adaptée pour des jeunes de dix-huit mois jusqu'à vingt-cinq ans avec cinquante-deux places de semi internat, neuf places d'internat et une place d'accueil temporaire. Les jeunes ont une déficience fonctionnelle (motrice, intellectuelle, sensorielle) temporaire ou définitive avec ou sans troubles associés. L'institut est donc composé de :

- un pôle médical (des infirmières, des médecins, des radiologues, des urologues, des chirurgiens orthopédiques...).
- un pôle de rééducation (des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, des psychomotriciennes et des orthophonistes).
- un pôle scolaire avec des professeurs adaptés.
- un pôle éducatif avec des éducateurs de jeunes enfants, des moniteurs-éducateurs et des accompagnants éducatifs et sociaux.
- une unité de psychologie (psychologues, neuropsychologues).
- De quatre secteurs où les enfants sont répartis par tranche d'âge. Ils sont entourés par une équipe pluridisciplinaire composée d'éducateurs, de rééducateurs et de soignants.

L'établissement accueille les enfants sous forme de semi internat de 9h jusqu'à 17h. Leur emploi du temps est adapté en fonction de leur pathologie, des soins, de leur capacités cognitives et attentionnelles.

La place de la psychomotricité

Au sein de l'IEM, l'aspect rééducatif des enfants a une part majeure. Les psychomotriciennes vont prendre en compte l'enfant dans sa globalité afin de ne pas le morceler. La psychomotricité permet ici d'appréhender l'enfant au travers de médiations ludiques, sensorielles afin de lui permettre de vivre son enfance malgré son handicap et malgré la quantité importante de soins (parfois très douloureux). La psychomotricienne accompagne ainsi l'éveil et le développement de l'enfant.

Nous ne disposons que d'une salle de psychomotricité pour deux psychomotriciennes. Une salle snoezelen est en construction et il y a une piscine. La place de la psychomotricité au sein de l'équipe est moindre d'un point de vue quantitatif par rapport aux autres corps de métiers. Une forte implication est donc nécessaire afin de faire sa place pour être entendu. Les enfants accueillis sont de plus en plus lourdement handicapés, certains sont polyhandicapés⁷⁸. Les bilans cotés de psychomotricité sont donc difficilement utilisables. Néanmoins, le test du Brunet Lézine est utilisé. La pratique psychomotrice est principalement orientée autour de la sensorialité, du développement psychomoteur et de l'éveil psychomoteur.

⁷⁸ Définition légale : circulaire n°89-19 du 30 octobre 1989. *Les personnes polyhandicapées sont atteintes d'un handicap grave à expressions multiples, chez lesquels la déficience mentale sévère et la déficience motrice sont associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie.*
Source : <http://madifference.over-blog.com/page-3260151.html>.

b) L'Etablissement D'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

L'EHPAD est dédié aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro dégénérative progressive qui entraîne une perte d'autonomie progressive jusqu'à une dépendance totale. On y retrouve une amnésie, une aphasie, une apraxie et une agnosie. Cette maladie est souvent accompagnée de troubles du comportement comme les troubles productifs (individu excessif, agressif) et les troubles négatifs (individu désinhibé et régressé).

Dans le dictionnaire Larousse⁷⁹ on peut retrouver les définitions suivantes :

- ❖ *Amnésie* : « Diminution ou perte de la mémoire. »
- ❖ *Aphasie* : « Affection neurologique caractérisée par une perturbation de l'expression ou de la compréhension du langage parlé et écrit, à la suite d'une lésion du cortex cérébral. »
- ❖ *Apraxie* : « Trouble de la réalisation de gestes concrets (manipulation d'objets) ou symboliques (signe de croix) indépendant de toute atteinte des fonctions motrices et sensitives et de tout trouble de la compréhension. »
- ❖ *Agnosie* : « Trouble de la reconnaissance des informations sensorielles, dû à une lésion localisée du cortex cérébral, sans atteinte des perceptions élémentaires. »

Il y a une capacité d'accueil de cent quarante-trois résidents dont douze dans une unité d'hébergement renforcée. La devise de la résidence est de « rester en lien avec le monde ». Une grande liberté est permise au sein de l'établissement. Les résidents peuvent se déplacer dans les différents étages, et dans le jardin. Les toilettes sont réalisées tout au long de la journée et même la nuit. Le bien-être du patient est mis au premier plan. L'établissement met en place de nombreuses activités pendant la semaine et le weekend pour les résidents et leur famille. Il y a une animatrice qui coordonne les animations. Il y a une salle snoezelen, une balnéothérapie, de nombreux animaux. Les prises en charges paramédicales sont réalisées dans le sens d'un accompagnement et d'un maintien de l'autonomie du patient.

⁷⁹ Source : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>.

On retrouve comme professionnels du soin:

- Une équipe médicale : avec des infirmières, des aides-soignants, deux médecins.
- Une équipe paramédicale: une ergothérapeute, une psychomotricienne, un kinésithérapeute, une orthophoniste.
- Une unité psychologique: deux psychologues, des aides médico-psychologiques.

La place de la psychomotricité

La psychomotricienne a ici un travail autour des équipes de soin pour aider les soignants à trouver des solutions pour les difficultés possiblement rencontrées au quotidien lors des toilettes, pour l'alimentation et le confort du résident. Elle peut aider les soignants face aux troubles du comportement. Elle les forme également à utiliser la balnéothérapie ou la salle snoezelen dans le but de donner d'autres solutions pour détendre les résidents.

Il y a de nombreux groupes réalisés en co-thérapie. La psychomotricienne n'a pas de salle de psychomotricité, elle partage son bureau avec l'ergothérapeute. Les séances sont donc réalisées dans les lieux de vie, les chambres, la salle snoezelen, ou encore dans la salle de balnéothérapie. Les bilans cognitifs sont principalement réalisés par les psychologues. L'évaluation de la motricité globale et fine est réalisée par l'ergothérapeute. La psychomotricienne est parfois amenée à réaliser ces évaluations. L'ergothérapeute et la psychomotricienne participent aux toilettes évaluatives.

Son approche permet une écoute verbale et corporelle des patients pouvant être en difficultés pour se faire comprendre face aux conséquences de la maladie d'Alzheimer (manque du mot, angoisse, désorientation,...). La stimulation sensorielle, la relaxation, le toucher thérapeutique, la médiation animale et la stimulation cognitive sont les principaux moyens mis en place pour l'accompagnement des résidents.

2. Le toucher thérapeutique

a) IEM : Lili

Qui est Lili?

Lili est une jeune fille de 6ans. Elle est née à terme et la grossesse ainsi que la naissance se sont bien déroulés. Les parents sont en cours de divorce et l'échange entre eux est compliqué. À l'âge de 6 mois, une fœtopathie par cytomégalovirus a été diagnostiquée. C'est une infection virale des Herpès virus qui touche le fœtus. Lili a une quadriparésie spastique et fait régulièrement des crises d'épilepsie malgré un traitement anti épileptique.

- ❖ « *La quadriparésie est la parésie des quatre membres, c'est-à-dire une paralysie légère, incomplète, avec diminution plus ou moins importante de la force musculaire⁸⁰.* »
- ❖ « *La spasticité est une exagération permanente et involontaire du tonus musculaire d'une partie du corps⁸¹.* »
- ❖ *L'épilepsie est une : « Affection caractérisée par la répétition chronique de décharges (activations brutales) des cellules nerveuses du cortex cérébral⁸².* »

Elle a un retard de croissance et est nourrie par gastrostomie. Cela correspond au fait de mettre une sonde qui est reliée à son estomac pour la nourrir. La zone orale est de ce fait peu stimulée et ne remplit plus sa fonction d'alimentation. On note un strabisme convergent et une hypermétropie : le cristallin ne s'accommode pas, la vision de près est alors compliquée. Sa vue est corrigée par le port de lunettes. Elle est très encombrée au niveau de voies aériennes supérieures.

Lili est prise en charge depuis l'âge de quinze mois en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) pour un retard psychomoteur et est arrivée à l'âge de deux ans et quatre mois à l'IEM. Elle a une prise en charge kinésithérapeutique et psychomotrice une fois par semaine. Elle ne suit pas de scolarité compte tenu de son faible niveau cognitif.

Son niveau de développement est faible. Actuellement, elle ne parle pas et elle contrôle peu sa motricité. Elle peut orienter son regard et sa tête lorsqu'elle est soutenue. Si l'on

⁸⁰ www.dictionnaire-medical.net/term/19798,1,xhtml#ixzz5BtFpHltL.

⁸¹ douleurs-musculaires.ooreka.fr/astuce/voir/522199/spasticite.

⁸² www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9pilepsie/30424?q=%C3%A9pilepsie#30340.

reprend le tableau en annexe 1⁸³, Lili peut prendre au contact de l'objet, ce qui correspond à un nourrisson de trois mois pour la préhension. Au niveau de la motricité elle est capable de se redresser quelques instants, elle a un niveau moteur entre un et deux mois. Pour la compréhension, elle a un niveau de deux mois puisqu'elle a le sourire social. Et enfin en ce qui concerne le langage, Lili rit aux éclats mais les sons produits correspondent plus à des vocalises qu'à des gazouillis. Elle a un niveau de langage qui se situe entre deux et quatre mois. Son niveau de compréhension est difficile à évaluer, elle n'est pas en capacité de faire un choix simple (« oui ou non »).

Lili est en fauteuil roulant, elle a un corset qui la maintient jusqu'à son cou, en prévention de scoliose puisqu'elle a une hypotonie axiale massive. Elle ne tient pas sa tête. Ses jambes sont elles aussi hypotoniques et elle ne les mobilise pas, elles sont en abduction. Elle bouge ses membres supérieurs, cependant ses mouvements sont des réactions tonico-émotionnelles; elle ne semble pas toujours contrôler ses bras. Elle a une grande rigidité spastique : ses coudes sont en flexion, ses poignets et ses mains sont en pronation. Elle a donc une grande hypotonie axiale et une hypertonie périphérique des membres supérieurs. Dans le développement de l'enfant, on retrouve une maturation qui suit la Loi proximo distale et céphalo-caudale⁸⁴. On retrouve ici un état tonique proche du nourrisson avec une meilleure maîtrise du haut du buste et de la tête.

Elle ne parle pas, elle produit peu de sons hormis le rire. Cependant il est difficile de percevoir si son rire est une réaction tonique due à un stimulus, une réaction tonico-émotionnelle, ou si cela est du à son épilepsie. Il arrive que son rire soit en relation avec quelque chose pouvant sembler amusant sur l'instant mais parfois il s'étend sur le temps sans raison apparente. Elle peut bien fixer les objets dans l'espace, cependant son attention est fluctuante. Elle éprouve une difficulté à maintenir son attention dès lors que plusieurs canaux sensoriels sont stimulés. Il est notamment difficile de maintenir son attention lorsque le canal auditif est stimulé, celui-ci octroie toute son attention. Lili est une jeune fille qui a souvent le sourire mais elle peut pleurer lorsqu'il faut lui remettre son corset ou lors de sensations désagréables.

⁸³ Annexe 1, p82-83.

⁸⁴ Ces lois ont été définies à la page 20.

La question de sa place dans l'institution est en réflexion quant à son polyhandicap, puisque l'établissement ne répond plus à ses besoins actuels. Cependant, ses parents sont encore dans l'espoir de voir leur fille progresser d'un point de vue fonctionnel.

Je vois Lili depuis le 26 Octobre 2017, en prise en charge groupale avec un autre enfant et une psychomotricienne pendant 40 mn. Au début des prises en charge nous avons voulu créer une relation de groupe à quatre, avec des pratiques autour de la préhension d'objets tout en utilisant des médiateurs multiples et variés (sable, eau, balles,..). Cependant Lili restait très peu de temps attentive à son corps et son attention se focalisait sur l'autre enfant. Nous avons alors progressivement séparé la prise en charge en deux parties : une en relation duelle avec l'enfant et un retour à quatre en fin de séance. Dans cet écrit je ne m'attarderai pas à décrire la deuxième partie de la séance qui concerne le groupe.

Compte tenu de son profil cognitif et de ses capacités motrices il m'est apparu plus judicieux d'axer la prise en charge sur la sensorialité plutôt que sur un aspect de rééducation fonctionnelle. J'ai donc décidé d'axer mes prises en charge sur le toucher thérapeutique afin d'apporter un soutien à la perception de son corps et une détente. Cette petite fille ne parle pas. En utilisant le toucher thérapeutique, j'utilise le premier moyen de relation : la communication infra verbale.

Lili a une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique des membres supérieurs. Elle n'a pas pu expérimenter les niveaux d'évolution motrice tels que les retournements. Elle n'a donc pas pu traverser d'elle-même les variations de postures. Ses variations toniques sont limitées et elle a un faible contrôle sur son état tonique. Le toucher est donc un bon médiateur pour pouvoir lui donner des sensations sensorielles et toniques à travers un dialogue infra verbal : le dialogue tonique.

Je vais retracer le parcours de certaines séances autour de cette médiation ainsi que les interrogations que cela a soulevé puisque cette prise en charge est faite autour de suppositions, de ressentis personnels sur ce que le corps de cette petite fille semble me dire, sachant qu'il est possible que neurologiquement certaines connexions sensorielles ne soient plus fonctionnelles.

La prise en charge psychomotrice de Lili

Lors de la première séance de toucher thérapeutique, je réalise un massage des mains à Lili puisque symboliquement les mains sont souvent les premières parties du corps pour entrer en relation. Les mains sont également porteuses de significations : elles servent à porter, contenir l'enfant lors des interactions précoces au travers du *holding* et du *handling* décrites par D.W.Winnicott.

Lili lors de cette première séance, est installée dans son fauteuil. Elle a du mal à rester longtemps en relation, elle tourne la tête vers les autres stimuli auditifs. Ses mains sont très froides; j'essaie de les réchauffer en exerçant des pressions douces et des frottements sur la paume et le dessus de la main. Elle peut rire sans raison objective et sans me regarder. J'exerce ce massage sur l'ensemble de ses bras.

À la fin de la séance, Lili part dans un fou rire et elle se raidit en retropulsion plusieurs fois, avec un grand sourire (que je ne vois pas habituellement) puis elle se met à pleurer. Ma maître de stage et moi ne comprenons pas ce qui se passe. Au retour dans le service, nous apprenons que son traitement contre l'épilepsie est en train d'être modifié et qu'elle a fait plusieurs crises comme tel depuis quelques jours. La première séance de toucher thérapeutique a donc été marquée par un ressenti probablement perturbant pour Lili compte tenu de sa crise d'épilepsie.

Je vais retracer comment à partir de cette première séance, la pratique de toucher thérapeutique a évolué. Il est à noter qu'il fallait adapter la pratique en fonction des appareillages qu'elle pouvait porter.

Séances dans son fauteuil

Au début de la prise en charge j'ai d'abord laissé Lili dans son fauteuil pour apprendre à la connaître. De plus, pour la mettre au sol, il faut maîtriser les manipulations, retirer le corset et l'ensemble de son corps serait soumis au poids de la pesanteur une fois allongée. J'ai donc privilégié le fait de créer, de prime abord, une relation et un lien de confiance avec elle dans son fauteuil.

A chaque séance dans son fauteuil, j'utilise la même rythmicité dans le toucher, avec d'abord un toucher tactile sur l'ensemble de son corps pour recréer le lien, puis j'utilise une balle qui vibre.

Lorsque j'effectue des massages et des pressions, celle-ci est peu attentive au toucher et continue de s'orienter privilégiement vers le stimulus auditif. Cependant lorsque j'utilise la balle qui vibre Lili oriente son regard et sa tête vers le stimulus. Je dois masquer le bruit de la balle pour que le bruit ne la désorganise pas et je nomme seulement les parties du corps touchées mais je ne parle pas plus pour la même raison. J'exerce alors des mouvements circulaires sur l'ensemble de son corps. Cependant, puisqu'elle est dans son fauteuil, je ne peux pas accéder aux parties du corps qui sont contre le fauteuil.

Lors de ces contacts avec le côté gauche du corps, son visage est comme « en suspens » alors qu'habituellement son visage semble être en hyper vigilance. La spasticité diminue lorsque la balle est en contact avec ses bras cependant ils se raidissent de nouveau à l'arrêt de la vibration. Lors de certaines séances, Lili déplace légèrement sa main gauche vers la balle. Elle semble alors plus en relation puisqu'elle me regarde, moi ou la balle et ses muscles se détendent. Lorsque ce contact vibratoire concerne la partie droite de son corps, son attention est plus fluctuante et son tonus reste plus élevé. Nous pouvons supposer que les corpuscules de Pacini⁸⁵ sont bien fonctionnels chez celle-ci. Elle semble plus sensible à la vibration qu'au tact. Mais on peut se demander si la posture assise dans une coque moulée ne nuit pas au tact.

Lili utilise beaucoup sa vue et elle a quelques mimiques au niveau de la bouche. J'ai donc voulu essayer de détendre la peau de son visage qui semble assez réactive, presque en hypervigilance. J'ai senti un bien meilleur contact visuel, elle me regarde droit dans les yeux pendant que j'exerce des lissages sur le front, les joues, le menton. Il me faut être attentive à ne pas être trop proche de ses paupières sinon elle peut cligner des yeux de nombreuses fois. Ce clignement m'apparaît être dystimulant. Je me suis d'ailleurs interrogée quant au regard de Lili. Au quotidien, son regard me semble par moment être un moyen de s'accrocher tel un grasping visuel. Ses yeux sont la partie que Lili contrôle le mieux, je privilégie donc des contacts sur le visage mais sans gêner sa vue.

⁸⁵ Ces récepteurs sont définis à la page 9.

Lors de ce moment, son sourire est apparent et elle n'émet pas de bruit, elle est focalisée sur mon regard. Ce toucher thérapeutique sur le visage m'apparaît agréable pour elle et moi, mais elle ne peut le verbaliser. Cependant une détente tonique est notable. À la fin de chaque séance je verbalise le contenu de la séance à Lili.

Séances où Lili est allongée

Lilli est allongée sur le tapis sans son corset, avec un coussin en mousse assez rigide sous le haut de son dos et de la tête pour moins subir le poids de la pesanteur. Puisque Lili est plus sensible à la balle, j'utilise d'abord celle-ci avant de faire des mobilisations passives afin de la mettre en lien plus facilement avec ses sensations.

Je lui masse chaque partie du corps avec la balle vibrante d'abord à gauche puis à droite en prenant bien le temps (15mn). Je commence par le côté gauche puisque c'est le côté le plus fonctionnel. Elle tourne la tête du côté touché même lorsque ce sont les jambes alors qu'elle ne les voit pas. Son visage se détend progressivement, la mâchoire se relâche, les paupières se ferment et son sourire qui est constamment présent disparaît. Ensuite je réalise des mobilisations passives de chaque côté du corps en finissant par son visage. Ses bras qui sont constamment en flexion et ses mains en pronation se détendent progressivement pour être en position « physiologique. » Je nomme juste les parties touchées mais je ne parle pas plus puisque le canal auditif me semble sur-stimulant pour Lili. A la fin de la séance, Lili a les bras encore en extension et semble au bord du sommeil. Au fauteuil, la détente était temporaire alors que, allongée, cette détente se prolonge.

Elle semble pleinement détendue et surtout beaucoup plus en relation puisque le contact visuel est maintenu plus longtemps et elle peut orienter son regard vers moi quand je l'appelle. Elle semble également plus en lien avec son corps et ses sensations. Puisque lorsque je mobilise ou stimule une partie du corps, elle oriente la tête de ce côté. On peut supposer qu'en rencontrant un autre état tonique, Lili a pu sentir et percevoir son corps autrement.

Lors d'une autre séance, durant les mobilisations passives, Lili fait des mouvements et des bruits avec sa bouche et sa langue. Elle reproduit les mouvements de succion d'un nourrisson. Elle met alors la main gauche à la bouche quelques instants. La zone orale est peu stimulée puisque elle est nourrie par gastrostomie. Le fait qu'elle puisse revenir au contact de

cette zone est donc bénéfique et cela lui permet de se rassembler autour de son axe en réunissant l'espace de la main et l'espace de la bouche.

Ce temps de toucher l'a probablement fait régresser à un état de nourrisson jusqu'à un état de bien-être et de contenance. Ce moment m'évoque ce que D.W.Winnicott décrit comme le *holding*. C'est au travers des soins et des manipulations de la mère et du dialogue tonique que le bébé va pouvoir acquérir une conscience unifiée de son corps, avec un dedans et un dehors. Cela lui permet notamment de lutter contre les angoisses archaïques comme le morcellement. Lili, avec son hypotonie et sa spasticité éprouve surement une difficulté à percevoir les limites de son corps, son axe corporel. Le fait qu'elle puisse se rassembler en mettant sa main à la bouche peut montrer qu'elle fait un lien entre sa main et sa bouche. Son corps est sûrement moins morcelé qu'auparavant. Comme le rappelle A.Bullinger « l'espace oral permet la création d'une contenance⁸⁶. » Sa stimulation dans une activité non nutritive sera donc profitable pour la représentation que Lili a de son corps.

Lili est bien dans le regard et dans la relation lors de ces séances allongées. Lorsqu'il y a des bruits extérieurs, celle-ci regarde vers le stimulus auditif mais son regard se porte aussitôt de nouveau sur moi, ou vers la zone mobilisée. Son regard n'est plus en hyper-vigilance comme il peut l'être au quotidien, lorsqu'elle est en fauteuil. On peut supposer que la posture allongée libère sa motricité et permet au dos, à l'arrière fond de remplir sa fonction de base de sécurité.

Si l'on reprend les espaces décrits par A.Bullinger dans son ouvrage *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*⁸⁷, on peut remarquer que Lili va avoir du mal à maîtriser ces espaces. Ceux-ci sont décrits chronologiquement.

L'espace de la pesanteur impose une maîtrise musculaire et Lili peut légèrement se redresser mais elle ne peut pas changer de posture. Cet espace permet de créer la verticale. Lili ne peut ni s'enrouler pour se regrouper et s'apaiser, ni passer par les postures asymétriques pour aller vers l'objet.

L'espace oral est très peu stimulé. Comme nous l'avons vu, cet espace permet la création d'une contenance. Il est difficile de s'imaginer si Lili perçoit son corps avec des limites.

⁸⁶ André Bullinger, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, tome 2, édition érès, 2015, p28.

⁸⁷ Ibid, p21-36.

L'espace du buste permet de créer un arrière fond qui sécurise le bébé. La maîtrise de cet espace passe par la maîtrise de l'haubanage qui est très limité dans le temps pour Lili.

L'espace du torse et du *corps* demandent des coordinations entre les deux hémicorps et entre le bas et le haut du corps, ce qui n'est pas possible chez elle. L'élaboration d'un axe corporel et d'un corps doué de capacités instrumentales est donc entravé.

Retour sur la prise en charge

Au fur et à mesure des séances, Lili s'est montrée de plus en plus apaisée mais surtout plus en relation. Les séances au sol sans son corset lui étaient très profitables puisqu'elles permettaient une détente corporelle globale, de l'ensemble du corps.

Au cours des différentes séances, Lili a parfois montré une détente physique (tonique, musculaire) et parfois elle ne semblait pas autant présente et détendue. Le cadre est primordial et est garant d'une bonne gestion des stimulations autour d'elle afin qu'elle soit bien présente dans la relation. Il n'est pas possible de vérifier les effets de la médiation au travers d'une verbalisation de la part de Lili. Cependant, on peut supposer que ce toucher a pu lui donner une contenance, une globalité de son corps et une détente sur le temps de la pratique. De plus au fur et à mesure, Lili a pu mettre régulièrement sa main gauche à sa bouche. Elle regardait bien l'objet ainsi que sa main et elle avait une bien meilleure préhension au contact du côté de la main gauche. Il y a donc eu une évolution favorable d'un point de vue moteur. Ce progrès moteur témoigne d'une meilleure intégration des informations sensorielles et d'un meilleur lien entre les sensations et son corps.

b) EHPAD: Mme A

Qui est-elle ?

Mme A est une femme de quatre-vingt-deux ans. Celle-ci est née en Espagne de parents Français mais elle a vécu en France et parle donc français. Elle a enseigné l'anglais au collège puis au lycée, d'abord au Togo, au Congo puis en France. Elle est en retraite depuis treize ans et a apprécié cela. Mme A a été mariée à un homme vivant en Angleterre. Ils ont adopté deux enfants (une fille et un garçon) et une autre fille mais ce n'était pas officiel pour cette dernière. Ses enfants ont également eux des enfants, elle a donc huit petits-enfants et deux arrière petits-enfants. Mme A est croyante, elle est protestante.

Avant d'entrer au sein de l'EHPAD, elle était en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) à la suite d'un malaise lié à son diabète, puis elle a été transférée en SLD (Soin de Longue Durée). A ce moment-là, elle posait des questions de façon récurrente et elle ne reconnaissait plus certaines personnes. Un des fils de Mme A s'est également rendu compte qu'elle oubliait de faire ses déclarations d'impôts; cependant le médecin traitant a donné des explications concernant ces oublis, ne remettant pas en cause sa mémoire. Elle est alors retournée à son domicile avec des aides à domicile puis elle a développé le Syndrome de Diogène.

- ❖ « Le syndrome de Diogène est une forme de trouble comportemental associant une tendance à l'accumulation d'objets (la syllogomanie), une négligence de l'hygiène corporelle et domestique et, le plus souvent, un isolement social prononcé sans la moindre nécessité de se plaindre de cette situation⁸⁸. »

Sa maladie s'est aggravée et elle refusait les aides à domicile jusqu'à ne plus s'alimenter correctement. Mme A a donc fait un second malaise et a été de nouveau en SLD où la maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée. Depuis 2 ans, celle-ci est accueillie au sein de l'EHPAD à cause d'une perte d'autonomie, évaluée à GIR 2⁸⁹ à son admission. Le choix de cet EHPAD lui a permis de se rapprocher de son fils, qui est son tuteur. Mme A a une presbytie et porte des lunettes seulement pour voir de près. Elle n'a pas de problème auditif.

⁸⁸ <https://www.syndrome-diogene.fr/>.

⁸⁹ Annexe 2, p84.

Aujourd'hui Mme A a besoin d'aide pour s'alimenter et mange en mixé pour éviter les fausses routes. Elle a une aide complète pour la toilette qui est réalisée au lit, elle est en fauteuil coquille, elle est incontinente et porte donc une protection jour et nuit. Un fauteuil coquille est un fauteuil dans lequel la personne est contenue du haut de la tête jusqu'aux pieds. Ces fauteuils sont donnés lorsque la personne n'a plus de mobilité et afin de lui offrir une posture confortable au quotidien. Mme A est apathique, elle ne bouge presque plus et dort la plupart du temps. Son visage est souvent crispé et elle a un tonus assez élevé sur l'ensemble du corps. On observe notamment des paratonies de fond⁹⁰.

Apathie: « L'apathie se définit comme une absence ou un manque de sentiment, d'intérêt, de motivation persistant pendant au moins 4 semaines. Elle peut être secondaire à une maladie neurologique ou psychiatrique et parfois elle s'associe à certaines maladies générales⁹¹. »

⁹⁰ Les paratonies de fond sont définies à la p16.

⁹¹ www.jesuisautonome.fr/fiches/l-apathe.

Le toucher thérapeutique avec Mme A

Je n'ai vu qu'une seule fois Madame A. Cependant le jour où je l'ai vue, le bien être procuré par le toucher thérapeutique était bien visible. Je vais donc décrire ces quelques minutes passées avec Mme A et ma maître de stage. Nous avons choisi d'aller la voir compte tenu de son état de dépendance majeur. Mme A, ne pouvant plus se déplacer, ne participait plus aux activités quotidiennes. Son rapport au corps avait donc évolué, son corps devenant principalement objet de soins. Il était de moins en moins objet de relation, d'activité à cause de son apathie. Il semblait donc judicieux de réaliser un temps de toucher thérapeutique pour revenir donner des sensations corporelles et pour lui apporter un temps d'interaction.

La séance

Mme A est installée dans son fauteuil coquille, ma maître de stage et moi l'amenerons dans sa chambre pour être au calme. Elle semble très fatiguée et dormait dans la salle commune. Nous lui proposons de réaliser un massage des mains pendant quelques minutes pour profiter d'un moment de bien-être. Elle accepte en hochant la tête puisqu'elle ne parle presque plus. Le fait d'avoir une réponse de sa part est déjà positif.

Je commence par la main gauche en effectuant des mouvements de lissages, des pressions, allant de la paume et du dessus de la main jusqu'aux bouts des doigts. Je choisis de réaliser le massage sur les mains puisque c'est la partie qui est en contact pour se saluer et qui est source de relation (portage,...). Les bienfaits du massage se font déjà sentir sur son visage qui est reposé, détendu, la bouche mi-ouverte et les yeux qui se ferment progressivement.

Avant de passer à la main droite, je lui demande son accord et elle me répond « oui » verbalement cette fois. La détente est tout autant visible, nous la sentons contenue par notre présence.

Une fois le temps de toucher thérapeutique terminé, nous la prévenons de la fin de ce temps. Elle réalise alors des petits mouvements avec ses doigts sur la main de ma maître de stage alors qu'elle ne bouge presque plus. Elle est toujours aussi détendue et nous la ramènerons, avec son accord, dans la salle commune. Une heure après, l'ergothérapeute nous signale avoir vu Mme A et qu'elle semblait encore apaisée. Habituellement, celle-ci a un visage très anxieux.

Retour sur la prise en charge

Ce toucher thérapeutique avec Mme A avait pour but de la rendre sujet et afin de la stimuler, tout en lui laissant le choix d'accepter ou de refuser.

Nous avons pensé à cette médiation pour lui apporter une détente physique et psychique et pour lui donner un contact physique contenant puisqu'elle n'est plus beaucoup touchée, elle ne peut pas d'elle-même réaliser des automassages ou même se manipuler puisqu'elle est totalement dépendante au quotidien. On peut supposer que cela a été bénéfique pour l'image qu'elle a de son corps vieillissant, comme corps de nouveau en relation et lieu de détente. En agissant sur le corps on relance l'activité psychique. On peut rappeler cette phrase : « c'est sur le substrat sensoriel que le psychisme se développe⁹². »

Chez Mme A nous avons pu voir que celle-ci a exercé de légers mouvements avec ses doigts et qu'elle a pu répondre verbalement. Le fait qu'elle ait répondu montre bien que le corps et le psychisme agissent réciproquement. On peut supposer que ce temps de toucher thérapeutique a réintroduit du mouvement dans l'activité psychique.

Le toucher thérapeutique permet de faciliter l'interaction au travers d'un mode de communication infra verbal : le dialogue tonique. Son corps était donc de nouveau lieu d'interaction, de communication. La détente tonique et physique apportée montre les bienfaits psychologiques et physiques que cela lui a procuré.

Nous souhaitions réaliser une autre séance de toucher thérapeutique mais nous n'avons malheureusement pas pu puisque Mme A est décédée peu de temps après.

⁹² Rappel p17.

3. La médiation animale

a) IEM: Étienne

Qui est-il ?

Étienne est un jeune garçon de neuf ans. La grossesse ainsi que la naissance se sont réalisés sans problème. Progressivement les parents remarquent qu'il a un retard psychomoteur par rapport à leur première fille qui a maintenant vingt ans. Des examens sont alors réalisés et Étienne présente une leucodystrophie démyélinisante de type Pelizaeus-Merzbacher. Cette maladie est définie par le portail des maladies rares et des médicaments orphelins comme étant «[...] caractérisée par un nystagmus précoce, un retard de développement, une spasticité progressive, une ataxie et une leucodystrophie diffuse à l'IRM⁹³. »

- ❖ Un nystagmus est un : « Mouvement involontaire des deux globes oculaires caractérisé par une succession rythmée de mouvements changeant alternativement de sens⁹⁴. »
- ❖ Une ataxie est un « Trouble de la coordination des mouvements, lié non à une atteinte de la force musculaire mais à un défaut de coordination du jeu musculaire⁹⁵. »

L'IRM montre une démyélinisation caractéristique d'une leucodystrophie. Les parents réalisent des examens pour savoir s'ils sont porteurs du gène GJC2. La mère d'Etienne est malheureusement porteuse de ce gène. Étienne est accueilli en CAMSP. Puis il arrive au sein de l'IEM à l'âge de sept ans.

Étienne a une diplégie spastique avec une excentration de hanche à droite. Une diplégie est une « Paralysie bilatérale, touchant de façon symétrique des zones plus ou moins étendues de l'organisme⁹⁶. » Ses membres inférieurs sont spastiques. Il a une hypotonie axiale massive qui est également présente au niveau de ses membres supérieurs. Il peut tenir sa tête, mais ne tient pas assis sans aménagement. Il est en fauteuil électrique au sein de l'IEM et en fauteuil roulant manuel en dehors de l'établissement avec lequel il arrive à avancer doucement. Il est tenu avec un harnais ventral sur le fauteuil. Il porte des lunettes de correction à

⁹³ http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=280270.

⁹⁴ <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/nystagmus/14865>.

⁹⁵ <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/ataxie/11407>.

⁹⁶ <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/dipl%C3%A9gie/12543>.

cause de sa presbytie. Étienne présente une dysarthrie, il a la bouche constamment ouverte et présente une incontinence salivaire. Une dysarthrie est un trouble de l'articulation. Il a une incontinence urinaire et fécale et porte des protections jour et nuit. Il peut manger seul (cela prend du temps) et il a besoin d'aide pour la toilette. Son hypotonie rend les mouvements plus lents et moins précis mais il est capable d'initier le geste.

Il a un niveau de développement évalué à quatorze mois à l'âge de huit ans. Étienne suit les ateliers scolaires adaptés. Il a une prise en charge orthophonique, kinésithérapeutique et il a eu un bilan neuro psychologique à son entrée. Il a une prise en charge psychomotrice avec la médiation animale et une prise en charge individuelle par semaine. Étienne est un jeune garçon qui est volontaire, assez joyeux. Les prises en charge psychomotrices ne sont pas réalisées avec la même psychomotricienne mais j'assiste aux deux types de séances, ce qui me permet de voir ses différences d'attitudes, de comportement. Il est à noter que sa dysarthrie est plus massive en séance individuelle que lors de la médiation animale. Le stress et le cadre majorent probablement cela. Il teste également plus le cadre lors de ces séances individuelles.

La médiation animale avec le cheval

Cette pratique a été réfléchi au préalable par rapport à sa pathologie. Le cheval symbolise⁹⁷ la force et les enfants s'identifient facilement aux animaux. Nous espérons donc qu'à travers cette médiation Étienne puisse s'y identifier et découvrir de nouvelles sensations (proprioceptives, vestibulaires, tactiles,...). Son hypotonie rend les limites de son corps moins perceptibles. Il y a donc tout un travail sensoriel mais aussi un travail sur le schéma corporel, l'image du corps, les coordinations, les dissociations et le tonus.

La thérapie avec le cheval prend du temps puisque il y a 30mn de trajet aller-retour, environ 30 mn de pansage et 20 mn à cheval par enfant. Ils sont quatre enfants et nous prenons à chaque fois deux chevaux. Nous sommes de ce fait cinq adultes lors de cette médiation. Lorsqu'il fait froid nous restons au sein de l'IEM afin de parler de l'aspect théorique du cheval. Nous avons deux groupes d'enfants différents par semaine. Étienne participe donc une fois tous les quinze jours à cette pratique.

Le temps du pansage

Avant de commencer à monter sur le cheval, il y a le temps du pansage. Cela permet de travailler la régulation tonique. Étienne doit adapter son tonus pour pouvoir tenir la brosse et réaliser le brossage. Il y a également un travail cognitif puisqu'il est amené à reconnaître les parties du corps et les brosses utilisées. Ce temps permet également de créer un premier contact avec l'animal avant d'être sur son dos. Étienne est au contact de nouvelles sensations, avec les poils, la chaleur, l'odeur de l'animal. Tout son système sensoriel est mis en jeu.

Les premières séances

Les premières séances sont réalisées à cru afin de renforcer le lien avec l'animal et pour que l'enfant ait un meilleur ressenti sensoriel (poil, chaleur, variations toniques, le balancement de l'animal). Étienne s'allonge sur le dos du cheval et est porté, bercé par celui-ci. Les sensations vestibulaires apportées à celui-ci lui permettent de sentir tout son corps porté par le cheval. Un dialogue tonique est également en jeu entre l'animal et Étienne puisque l'animal est lui aussi sensible aux variations toniques de celui-ci.

⁹⁷ Rappel p38.

Nous avons ensuite introduit la selle pour permettre à Étienne d'être plus stable (toniquement, posture) face aux variantes de trajectoire.

À dos de cheval

Avant de monter à cheval, Étienne vient prendre contact avec l'animal avec une carresse. Puis une fois sur la selle du cheval, il y a tout un rituel où il doit toucher les oreilles, le cou, la crinière et la queue du cheval. Cela lui permet de repérer les parties du corps du cheval et de créer un lien entre l'animal et lui. Sa motricité est au travail en coordonnant et en dissociant ses gestes. Ainsi je l'amène à croiser son axe pour aller toucher l'oreille avec la main du côté opposé. La latéralité n'est pas encore très bien installée chez Étienne. Cela lui permet également d'appréhender de manière ludique la structuration spatiale.

Une fois au pas, Étienne, à notre grande surprise tient assez bien sur le cheval malgré son hypotonie axiale. Il maîtrise bien le tonus de son axe. Bien sûr il a une personne de chaque côté qui l'aide à soutenir son buste mais il tente toujours de se redresser le plus possible et est de plus en plus droit. Il montre de la fierté en étant droit sur son cheval.

Progressivement, nous amenons des variantes de trajectoires et il s'y adapte toujours. Nous restons néanmoins à la même allure : le pas puisque le trot serait trop déséquilibrant du fait de son hypotonie. Nous effectuons alors des transitions de vitesse et de directions. Étienne anticipe progressivement les arrêts et les départs du cheval. Nous observons un bon recrutement tonique lors de ces transitions.

Une fois qu'Étienne nous apparaît assez stable sur le cheval, nous lui donnons les rênes. Cela le rend fier puisqu'il a une maîtrise sur la direction dans l'espace du cheval. Il doit adapter ses gestes pour orienter le cheval. Il réussit progressivement à bien l'orienter et est capable d'effectuer des transitions de rythmes en lui demandant de s'arrêter ou de marcher au pas. Malgré son hypotonie, Étienne réussit à avoir des gestes adaptés.

Séances théoriques

Durant les séances théoriques, Étienne investit bien aussi ce moment, d'une durée de trente-cinq minutes. Il repère bien les grandes parties du corps du cheval (tête, ventre, dos, queue, jambes). Étienne à cause de sa lenteur verbale n'est pas toujours entendu. Les autres enfants prennent la parole avant lui. Pendant ce temps de théorie il a une place de sujet, il fait partie du groupe et chacun a la parole à son tour. Il se montre parfois plus rapide que les autres à répondre ce qui est bénéfique pour l'estime qu'il a de lui-même. Il a alors un grand sourire lorsque cela arrive. Dans un souci de clarté quant au sujet de cet écrit je ne développerai pas les enjeux du groupe.

Retour sur la médiation animale

Étienne a bien investi la médiation animale, autant lors de la pratique que durant la théorie. Il est de plus en plus à l'aise avec l'animal. Son tonus postural est mieux régulé et il arrive à mieux se tenir droit sur le cheval malgré son hypotonie massive. Il s'est montré impliqué à chaque séance lors de cette médiation animale. On a donc noté des évolutions toniques, mais également motrices chez Étienne. Celui-ci a pu brosser de mieux en mieux l'animal et mieux repousser ses bras sur le dos du cheval. Au niveau moteur, il a pu effectuer des transitions de rythme et de trajectoires.

Les stimulations vestibulaires apportées par l'animal ont apporté de nouvelles sensations nécessaires à la constitution du schéma corporel. Etienne peut être dans l'opposition ou dans la frustration face à sa faiblesse musculaire. Le fait qu'il ait pu s'identifier au cheval et à la force qu'il symbolise a probablement influencé l'image de son corps. Il est notable, que du point de vue de son comportement, Étienne s'est montré moins en opposition lors de la médiation équine que lors des séances individuelles. Il a exprimé plusieurs fois avoir été fier de lui.

Son enveloppe corporelle semble lui être apparue plus solide et mieux différenciée avec un espace interne et externe. Lors des prises en charge individuelles avec une autre psychomotricienne, un travail autour de la contenance avec « le sable magique » s'est amorcé au même moment. On peut supposer qu'un travail psychique a été amorcé au travers de la médiation animale et des stimulations sensorielles que cela lui a apporté.

b) EHPAD : Mme B

Qui est Mme B ?

Mme B est une dame de quatre-vingt-deux ans. Elle fait partie d'une fratrie de huit enfants et a été peu scolarisée. Elle n'a pas de certificat d'étude. Elle a travaillé dans le milieu viticole puis en tant que blanchisseuse. Elle est mariée et a eu une fille de cet union. Cependant les rapports avec sa fille sont très mauvais. Celle-ci est la tutelle de son père mais Mme B a une tutelle externe. Mme B a présenté une dépression il y a plus de trente ans, elle a un traitement médicamenteux mais elle n'a pas de suivi psychiatrique. C'est une dame qui crie beaucoup. Cela a épuisé son mari avec qui elle vivait. Ces cris s'apparentent à des tics verbaux.

Elle a été hospitalisée en 2013 pour réaliser un bilan face à ces cris incessants mais les différentes thérapeutiques et les solutions non médicamenteuses qui ont été mises en place n'ont pas été efficaces. Elle a été transférée en géro-psycho-geriatrie.

Mme B est alors arrivée au sein l'EHPAD il y a cinq ans. Elle est institutionnalisée sans son mari et n'a presque pas de visites. Mme B était consciente de son entrée en institution. A son entrée elle était de GIR 2⁹⁸. Mme B présente une démence de type Alzheimer de stade évolué et une pathologie psychiatrique non étiquetée avec des troubles du comportement. Elle n'a pas d'hallucinations ni d'éléments psychotiques mais elle présente une désorientation temporelle. Mme B a des troubles du schéma corporel avec un délitement de la représentation corporelle et des troubles praxiques. Celle-ci évoquait auparavant une angoisse de mort et de chute. Il est probable que ses troubles du schéma corporel et ses angoisses majeurent ou entraînent ces cris.

Aujourd'hui, Mme B est en fauteuil coquille et elle a peu de relations avec les autres résidents qui sont pour certains exaspérés de ses cris. Les soignants aussi semblent assez démunis face à cette dame. Elle peut parler et être en relation mais ses cris sont accompagnés d'une contraction de l'ensemble du visage et une fermeture des yeux ce qui nuit à la relation. Elle ne semble pas être consciente de ses cris.

⁹⁸ Annexe 2, p84.

Mme B lors de la médiation animale avec un chat

Lorsque je vois Mme B pour la première fois, je n'ai pas eu connaissance de son dossier. Je suis assez surprise puisque qu'elle crie beaucoup et elle semble mettre à bout de nerfs les soignants. Elle me semble assez désorientée d'un premier abord. Ma maître de stage et moi réunissons les résidents présents à cet étage, avec leur accord, autour de la table où se trouve le chat. Nous avons choisi de réaliser cette médiation en groupe face à la tension existant à cet étage entre Mme B, les soignants et les résidents.

La première fois que nous venons avec le chat, celui-ci a du mal à rester en place et semble apeuré par les cris de Mme B. Progressivement, de semaine en semaine, le cadre se crée; nous venons à la même heure, avec les mêmes résidents et quelque chose s'installe dans le groupe. Le chat arrive également à se poser sur la table. La présence du chat permet de donner un support à la relation de groupe. Chacun peut investir l'animal pour créer une relation de groupe autour d'un médiateur: l'animal.

Lors d'une séance, Mme B n'était pas dans la salle commune. J'installe donc chaque résident autour de la table pendant que la psychomotricienne va chercher Mme B. Le chat n'arrive à rester calme qu'une fois celle-ci est arrivée. Je lui verbalise ce fait et elle cherche alors à être en relation avec le chat. L'animal s'avère être stimulant pour Mme B qui se remet en mouvement pour interagir avec celui-ci alors que la plupart du temps elle est apathique.

Au fur et à mesure des séances, elle se redresse de plus en plus de son fauteuil pour aller vers la table et attirer le chat vers elle. Nous amenons progressivement du matériel pour que les résidents puissent interagir avec l'animal. Mme B utilise une balle pour la faire rouler sur la table. Celle-ci doit adapter ses gestes pour envoyer et recevoir la balle. Nous avons donc pu effectuer un travail autour des praxies et des fonctions exécutives⁹⁹.

Le chat en venant sur ses genoux, amène de nouvelles stimulations sensorielles chez cette dame qui ne se mobilise plus et qui est dépendante au quotidien. En apportant de nouvelles sensations à Mme B, nous essayons d'agir sur son schéma corporel qui est délité.

Au fur et à mesure des séances, Mme B arrive à réduire le niveau sonore de ses cris soit naturellement soit avec un étayage verbal. On peut supposer que si ses cris sont en lien avec son angoisse, alors la médiation animale est apaisante pour celle-ci. Le chat vient plus prêt de Mme B et il accepte ses contacts. Cela est stimulant pour Mme B puisqu'elle bouge

⁹⁹ Se reporter à la page 36.

peu et au travers de cette médiation elle montre l'envie d'aller vers le chat. Elle est également beaucoup plus en relation. Elle est alerte sur ce qui l'entoure (visuellement, auditivement) et le verbalise.

L'animal permet de casser les barrières sociales et celui-ci va aller au contact de cette dame qui est repoussée par les résidents. Cela est gratifiant pour elle. Cette dame qui me semblait assez désorientée m'apparaît finalement encore bien présente à ce qui l'entoure et dans une compréhension des autres. Le chat permet de créer un lien dans le groupe en donnant un support à la relation. Cela s'avère tout aussi apaisant pour les résidents que pour les soignants.

Retour sur la médiation animale

Mme B s'est investie dans cette médiation animale en groupe. Elle a montré une volonté de participer à chaque fois. Cela lui a permis d'être un membre à part entière du groupe sachant qu'habituellement elle est souvent rejetée par les autres résidents.

Les stimulations sensorielles apportées par l'animal ont probablement été bénéfiques quant à son schéma corporel et à son image du corps. Nous avons constaté que ses troubles concernant ses cris se sont apaisés avec la présence de l'animal. Elle s'est également montrée plus présente et a tenté de se mobiliser à chaque fois pour aller vers l'animal.

DISCUSSION

De nombreuses interrogations m'ont traversée durant cette année. Je vais m'arrêter sur deux en particuliers.

Dans un premier temps, je me suis interrogée sur le phénomène de régression puisque j'ai été surprise d'observer des comportements régressifs lors de ces prises en charge sensorielles. Je me suis donc demandé ce qu'était ce phénomène et si notre travail en tant que psychomotricien était d'y amener le patient.

Le fait que l'ensemble de la partie clinique soit fondé sur des observations m'a interpellé. Le fait d'observer est à la fois un acte anodin mais il est, pour moi, aussi une grande partie du travail du psychomotricien. Cependant est-il possible que cette observation soit totalement objective et qu'elle puisse transcrire de manière fiable une évolution ?

1. Les médiations sensorielles et la régression

Nous avons pu remarquer que les médiations sensorielles peuvent amener à un comportement archaïque. C'est ainsi que Lili s'est remise à faire des bruits de bouche similaires aux bruits de succion et qu'elle a remis sa main à la bouche. Celle-ci le faisait quelques années auparavant. Nous avons également constaté qu'au sein de la médiation animale et du toucher thérapeutique sont rejoués les processus de holding et de handling décrits par D.W.Winnicott. Les expériences passées ont donc une valeur particulière au sein de ces médiations.

Nous devons ainsi nous demander ce qu'est la régression avant de savoir si nous pouvons parler de phénomène de régression, lors des prises en charge psychomotrices.

a) Définition de la régression et apports de S.Freud

Dans l'ouvrage *Pour le psychomotricien, Lexique*¹⁰⁰, ce terme est défini de la manière suivante : « La régression, comme retour inconscient et défensif à un discours, à un fantasme et parfois à un comportement significatif, antérieurement vécus, joue un rôle important dans le dynamisme de la cure analytique où elle répond au mouvement de transfert à lui-même. La régression est donc considérée comme un phénomène non pas simplement temporel ou génétique, alias phénomène d'histoire ou de développement, mais comme phénomène topique ou structural. »

La régression est donc explicitement étudiée par la psychanalyse. Mais qu'en est-il en psychomotricité ? De plus, cette définition met en avant que ce phénomène serait une défense. Lors de mes prises en charge psychomotrices avec Lili, celle-ci montrait une détente et une meilleure attention du point de vue de la relation. Pouvons-nous parler de mécanisme de défense de sa part lorsqu'elle a eu recours à un comportement antérieur ? Nous nous attarderons plus particulièrement sur la clinique de Lili puisque c'est chez celle-ci qu'il y a eu le plus de comportements régressifs observables

Afin d'éclaircir ces questionnements, nous allons essayer de comprendre ce que recouvre la notion de régression. Au travers de l'ouvrage *La régression thérapeutique*¹⁰¹

¹⁰⁰J.-C. Carric, B.Soufir, *Lexique, pour le psychomotricien*, édition ERA, 2014, p 210.

¹⁰¹ Marc, Edmond, *La régression thérapeutique, Gestalt*, édition Société française de Gestalt vol. n° 23, no. 2, 2002, pp. 29-50.

d'Edmond Marc éclaircit et retrace l'histoire du processus de régression. Il reprend la définition donnée par J.Laplanche et J.B Pontalis dans leur ouvrage *Vocabulaire de la psychanalyse*, afin de donner une définition générale. On y lit : « Dans un processus psychique comportant un sens de parcours ou de développement, on désigne par régression un retour en sens inverse à partir d'un point déjà atteint jusqu'à un point situé avant lui. » A partir, de cette définition, E.Marc reprend les trois sens que S.Freud donnait à la régression. Pour ce dernier, trois régressions peuvent être décrites comme tels :

- *la régression topique* : cette régression est présente dans le rêve. Elle correspond au passage d'un système conscient au système inconscient, lieu de l'hallucination. Les représentations psychiques se font alors sur un mode perceptif et non plus moteur, puisque la motricité est inhibée lors du sommeil.
- *la régression temporelle* : cette régression s'active lorsque des difficultés ou des traumatismes ne peuvent être surmontés. L'individu revient alors à des étapes de son développement antérieur.
- *la régression formelle* : « elle marque le passage à des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité, de la structuration et de la différenciation (comme la régression des processus secondaires aux processus primaires de figuration dans le rêve ; ou bien la régression du langage verbal à l'expression émotionnelle...) ¹⁰². »

Pour S.Freud, ces trois formes de régression sont souvent liées. En psychomotricité, nous ne faisons cependant pas de travail d'analyse des rêves. Nous nous intéressons au concret, présent dans la régression formelle et temporelle.

Si nous revenons à la prise en charge de Lili¹⁰³, nous pouvons remarquer que celle-ci a eu recours à un comportement antérieur: la succion; comportement qu'elle réalisait auparavant. La définition donnée par J.Laplanche et J.B Pontalis coïncide donc avec ce qu'il s'est déroulé durant les séances de toucher thérapeutique puisque Lili est revenue à un comportement qu'elle avait déjà eu.

Dans les trois types de régressions définies par S.Freud, il est apparent que le comportement de régression se produit lorsqu'une difficulté ne peut être surmontée. Lili, ne semblait

¹⁰²Ibid, p 29-50.

¹⁰³ Partie clinique, IEM: Lili, p 46.

pas être mise en difficulté lorsque j'ai réalisé des mobilisations passives et utilisé la balle vibrante. Le toucher thérapeutique avait été réfléchi dans le sens d'un accompagnement pour ressentir son corps.

On peut donc formuler deux hypothèses : les stimulations ont pu la déstabiliser puisque son enveloppe psychocorporelle n'est probablement pas structurée ou bien les stimulations ont pu lui permettre de se rassembler autour de son axe au travers de la succion. Dans un cas, Lili a pu être mise en difficulté, dans l'autre elle a pu être de nouveau attentive à son corps en étant traversée par de nouvelles stimulations structurantes. La deuxième hypothèse me paraît être la plus probable puisque je n'ai pas observé d'anxiété, or Lili sait se manifester lorsque quelque chose lui déplaît, elle peut alors pleurer. Ici il n'y avait rien de tel, au contraire elle apparaissait plus apaisée, plus dans le regard et parfois au bord du sommeil.

Si nous omettons le fait que ce comportement apparaît face à une difficulté, nous pouvons rejoindre S.Freud sur ce que génère la régression temporelle et formelle.

Dans le cas de la régression temporelle, l'individu revient à une étape antérieure. S'il on reprend les espaces décrits par A.Bullinger¹⁰⁴ : on peut supposer que Lili a pu intégrer l'espace oral puisque, étant plus jeune, elle a pu explorer, capturer les objets et les mettre à la bouche. Aujourd'hui, elle ne le fait plus, hormis durant le toucher thérapeutique, mais elle est capable de se redresser, à minima à cause de son hypotonie axiale. On peut supposer qu'elle essaye de maîtriser l'espace du buste. Durant la pratique elle revient donc à une étape antérieure, l'étape de la maîtrise de l'espace oral.

En ce qui concerne la régression formelle, Lili est habituellement dans un rire presque stéréotypé, elle est peu en relation duelle et elle regarde beaucoup autour d'elle. Durant ce temps de toucher thérapeutique, celle-ci ne fait plus de bruit mais elle est bien dans le regard. Lors des interactions précoces, le regard joue un rôle primordial pour l'attachement, ici elle revient alors au premier type de communication infra verbal.

Revenons à S.Freud, celui-ci a utilisé l'hypnose pour travailler sur la régression et permettre la reviviscence des traumatismes. Dans le cadre de ma clinique psychomotrice, je n'utilise pas cette méthode et l'intention dans ma clinique n'a pas pour visée de faire revivre les traumatismes. Mon intention était, pour Lili, de pouvoir lui permettre de vivre son corps comme étant unifié, là où elle ne peut pas d'elle-même se mobiliser ni faire varier son tonus.

¹⁰⁴ Ces espaces ont été décrits à la page 52.

Pour permettre cela, j'ai dû passer par des mobilisations et des contacts sur l'ensemble du corps, comme ce que celle-ci a pu vivre pendant le holding (soutien) et le handling (soins) maternel. La relation d'objet est donc en jeu puisque durant le toucher thérapeutique, le thérapeute peut être lieu d'identification projective, tel l'objet de la bonne mère.

Nous nous éloignons donc sur certains points de la notion de régression proposée par S.Freud. Celle-ci a cependant évolué.

b) Évolution du concept avec Michael Balint

E.Marc met en avant ce que Michael Balint a pu avancer concernant la régression. Pour ce dernier, « la relation d'objet est toujours une interaction [...] et le plus souvent les moyens non verbaux interviennent également pour créer et la maintenir¹⁰⁵. » Les canaux corporels et émotionnels sont donc privilégiés au langage verbal.

Au travers de cette citation, on peut voir que dans la régression il y a une place particulière pour le corps et le langage infra verbal. Les médiations sensorielles, décrites auparavant demandent une attention particulière à la communication infra verbale et aux sensations. Un lien se tisse alors entre ces médiations sensorielles et la régression du fait d'un langage commun.

M.Balint évoque également les premières relations entre la mère et le nourrisson. Pour celui-ci, lorsqu'il y a un écart trop grand entre les besoins du nourrisson et les soins maternels, cela peut générer un état pathologique dû à un traumatisme affectif précoce. Le thérapeute, par le biais de la régression, va permettre d'apporter une réponse nouvelle face à cette carence. En donnant des stimulations appropriées au travers d'une interaction adaptée, le thérapeute tente alors de donner de la matière (physique et psychique) au patient face à une carence précoce. Pour lui, le principe est de « régresser pour progresser¹⁰⁶. » On peut parler de processus de réparation. M.Balint propose une démarche thérapeutique novatrice.

Revenons à Lili, celle-ci n'a pas eu de carences par rapport aux soins et aux interactions précoces du fait d'une mère adaptée. Celle-ci a eu, semble-t-il, de bonnes interactions précoces avec sa mère mais sa maladie a entravé son développement, ses sensations et les

¹⁰⁵ Marc, Edmond, La régression thérapeutique, Gestalt, édition Société française de Gestalt vol. no 23, no. 2, 2002, p29-50.

¹⁰⁶ Ibid, p29-50.

bienfaits du holding et du handling. Elle reste néanmoins carencée du point de vue des sensations, des perceptions, mais le point de départ de cette carence est biologique. Nous pouvons rejoindre M.Balint sur le but de la régression durant la pratique avec Lili, puisque j'ai voulu apporter une réponse nouvelle face à une carence. Pour ce faire, j'ai apporté des stimulations sur l'ensemble de son corps tout en restant bien en lien avec elle et en mettant du sens sur les mobilisations et les stimulations.

M.Balint met en garde sur la régression maligne dans la thérapie. Pour celui-ci, il faut être attentif à rester dans une posture d'identification pour le patient afin qu'il puisse revivre les interactions précoces. Mais il ne faut pas mettre le patient dans un état d'assuétude où la régression viserait à une gratitude externe. Il est donc nécessaire de rester dans une régression dite bénigne qui permet le processus «régression-progression¹⁰⁷. » Le thérapeute doit rester seulement un objet d'investissement de «l'amour primaire» mais il ne doit pas prétendre donner l'amour primaire. Pour cela, il faut créer un environnement «tranquille, paisible, sûr et discret. »

Avec Lili, au fur et à mesure des prises en charge, j'ai toujours débuté la séance par un moment de mobilisation passive et de stimulation vibratoire par le biais de la balle vibrante. Durant ce temps, elle a retrouvé un comportement archaïque avec l'apparition de la succion. J'ai donc apporté une réponse face à sa carence de stimulation due à sa maladie afin de lui permettre de vivre son corps comme unifié avant de l'engager dans une recherche et une capture de l'objet. Progressivement, elle a mis sa main gauche à la bouche et elle a tenté de tenir un objet. Nous avons alors pu travailler sur la capture et l'exploration de l'objet puisque qu'elle avait eu des stimulations adaptées et qu'elle était suffisamment sécurisée. Au fur et à mesure, le temps de toucher thérapeutique s'est restreint afin qu'elle puisse s'autonomiser. Nous avons pu constater une amélioration motrice et un meilleur lien dans la relation. La régression permise durant le toucher thérapeutique lui a alors apporté une base sécurisée pour pouvoir se détacher et aller vers l'objet. Nous retrouvons l'aspect de régression-progression développé par M.Balint.

¹⁰⁷ Ibid, p29-50.

c) L'apport de D.W.Winnicott sur la régression

E.Marc reprend également dans son ouvrage, ce que D.W.Winnicott a apporté sur le processus de régression. Celui-ci parle de « régression à la dépendance ». Il suit la même pensée que M.Balint mais y ajoute l'importance de restaurer le narcissisme primaire au travers du *holding* et du *handling*, qui sont rejoués dans la thérapie.

Lehmann Jean-Pierre dans son ouvrage *Un concept méconnu de la clinique de Winnicott: le narcissisme primaire*¹⁰⁸ explique ce qu'est le narcissisme primaire pour D.W.Winnicott. Cela correspond ainsi à la période de fusion entre le bébé et son environnement au travers du *holding*. Le corps propre devient alors l'unique objet d'amour. C'est au travers de cette période de dépendance primordiale que l'enfant va ensuite pouvoir consolider son *Self*. Il est de ce fait, après cette période, assez sûr pour résister aux frustrations et aux excitations. Le *Self* est à la fois le *Moi*, le *Ça* et une partie du *Surmoi*¹⁰⁹. Il donne l'identité propre de la personne. Pour D.W.Winnicott la régression en thérapie va permettre au patient, une fois qu'il sera assez sûr, d'aller vers l'indépendance.

Au travers de ma clinique avec Lili, nous avons pu retrouver cet aspect de progression vers une indépendance. Bien sûr, il est difficile de parler d'indépendance pour celle-ci puisque son handicap l'en empêche. Cependant, le toucher thérapeutique a eu pour but de solidifier son *Soi* pour qu'elle puisse sentir son corps, ses limites corporelles et pour mieux vivre et être consciente de son corps afin d'agir malgré son handicap. Celle-ci est devenue beaucoup plus réactive lorsque je l'appelais et elle s'orientait bien mieux vers les objets ou vers le stimulus. De fait, cela lui a donné une place de sujet, où elle a pu être actrice. On peut supposer que sa propre subjectivité a été mise au travail et a renforcé son sentiment d'identité.

d) La régression en psychomotricité

Il me semble donc que nous pouvons parler du toucher thérapeutique comme médiation régressive dans le sens où D.W.Winnicott et M.Balint l'entendent. L'intention donnée à la médiation est primordiale puisque cette pratique rejoue la question du *holding* et du *handling*. Elle renvoie donc à des vécus archaïques qui doivent être accompagnés par le thérapeute afin que cela puisse être thérapeutique et constructif pour le patient. Le patient ne doit

¹⁰⁸ Lehmann Jean-Pierre, *Un concept méconnu de la clinique de Winnicott : le narcissisme primaire*, vol. 28, no. 2, 2007, pp. 39-53.

¹⁰⁹ Ces notions ont été définies dans « les fonctions du moi-peau de Didier Anzieu », p30-32.

pas rester fixé dans une régression. Le but est bien d'apporter un vécu archaïque pour redonner ou donner des bases de sécurité au patient, là où il a été carencé. Cela doit lui permettre ensuite de pouvoir s'autonomiser grâce à un *Self* devenu solide. La régression amorcée par le thérapeute doit donc être réfléchie par rapport au patient et par rapport au thérapeute lui-même, afin de ne pas être dans un contre transfert négatif, ni dans une illusion de gratification de la part du patient.

La psychomotricité semble bien en adéquation avec ce processus de régression puisque même si ce processus a été décrit par des psychanalystes, nous pouvons y voir l'importance du corps, du dialogue tonique, du langage infra verbal. Le psychomotricien n'est néanmoins pas en capacité de faire l'analyse des transferts du patient. La présence d'un psychologue pour réfléchir, en parallèle, à ce type de médiation paraît donc appropriée pour pouvoir échanger autour de cette pratique corporelle.

2. Comment peut-on évaluer les bienfaits de ces médiations ?

Lorsque j'ai commencé à écrire ce mémoire sur les médiations qui ont été décrites précédemment, je me suis demandée comment j'allais pouvoir transmettre les bienfaits que cela apportait, tout en restant objective. Ces médiations sont fondées sur une communication infra verbale avec: le dialogue tonique, les mimiques, le regard,... J'ai alors décrit les observations que j'ai réalisé durant les prises en charges. Cependant, cela demande de porter une grande attention au patient et également à ses propres interprétations.

N'y a-t-il pas de moyens plus objectivables pour témoigner des évolutions produites au travers de ces médiations ? Toutefois, la mise en place d'évaluations pour coter les progrès induit un aspect de réussite. Le fait d'attendre une réussite de la part du patient me pose question sur le lien thérapeutique. Dans ces médiations, le transfert est présent. Mais le contre transfert du thérapeute attendant une réussite de la part du patient serait alors probable. Le fait d'attendre à tout prix une réussite de leur part me paraît également nuisible pour l'alliance thérapeutique puisque cela peut être ressenti comme une pression pour le patient. Il me paraît donc plus adéquat de parler d'évolution dans le sens d'un processus ou d'un accompagnement plutôt que de parler de réussite. Cela évite de rentrer dans une dichotomie dans le sens d'une réussite-échec.

Ces médiations, je ne les ai pas décrites dans un esprit de rééducation fonctionnelle de prime abord. Le but était d'apporter un mieux-être et un meilleur lien entre la psyché et le soma là où parfois ces deux entités peuvent sembler dissociées à cause d'une pathologie. Cependant ce lien est très subjectif, il apparaît difficile de l'évaluer comme tel.

Nous pouvons alors nous demander : De quelle façon est-il possible d'avoir une trace objective de l'évolution (ou non) du patient ?

a) Première trame de réponse

Pour Christian Ballouard, psychomotricien et psychologue, « l'évaluation est nécessaire pour avoir un retour de ce [que] l'on donne de soi-même, mais il faut se faire à l'idée qu'il n'y a pas d'évaluation objective possible¹¹⁰. » Pour lui, seule « l'évaluation équitable » est alors envisageable, mais il ne la développe pas. C. Ballouard dit ainsi qu'il ne faut pas que le thérapeute fonctionne sur le principe de « contribution/rétribution¹¹¹ » où ce dernier attendrait un résultat du patient face à son travail.

Toujours d'après C. Ballouard : « la seule méthodologie qui permet un accès à cette « connaissabilité » est la subjectivité et le seul moyen de parvenir à celle-ci est la parole. » Il développe alors l'intérêt des entretiens. En effet, les temps de verbalisation sont primordiaux pour le bon développement de tout processus thérapeutique. Mais comment faire avec des patients comme Lili¹¹² qui n'a pas acquis le langage ? Ou avec des personnes comme Mme B¹¹³ et Mme A¹¹⁴ qui ont un syndrome démentiel et chez qui le langage peut être altéré sur son versant quantitatif et qualitatif ?

Dans le contexte de l'évaluation, se restreindre au langage verbal me paraît réducteur. De fait, au sein de ma clinique psychomotrice, nous avons pu voir l'importance du langage infra-verbal, qu'il passe par le dialogue tonique ou l'ensemble des micro-mouvements à peine perceptibles. C'est ainsi que Mme A au travers du toucher thérapeutique, s'est remise en mouvement. Mme B au travers de la thérapie par la médiation animale s'est également montrée moins apathique et plus alerte à son environnement et à l'animal. Elle s'orientait vers celui-ci et essayait d'entrer en relation avec celui-ci au travers du jeu. Étienne¹¹⁵, lors de l'équithérapie, a montré un bien meilleur tonus axial en essayant de repousser ses bras sur le dos du cheval.

Cela témoigne bien d'une réactivité et d'une vie psychique chez des patients apathiques ou affaiblis par leur pathologie et ne pouvant accéder facilement au langage verbal. La prise en charge de la personne dans sa globalité au travers de son corps, de ses mimiques, de son comportement, de sa voix, de tout ce qui la constitue me paraît nécessaire.

¹¹⁰ Christian Ballouard, *L'aide mémoire de psychomotricité*, 2^{ème} édition, édition dunod, 2011, p95.

¹¹¹ Ibid, p95.

¹¹² Partie clinique, Lili, p46-53.

¹¹³ Partie clinique, Mme B, p 63-65.

¹¹⁴ Partie clinique, Mme A, p54-57.

¹¹⁵ Partie clinique, Étienne, p58-62.

b) L'observation et les mises en gardes

C.Ballouard évoque une autre manière pour le psychomotricien d'advenir à une évaluation autre que la parole. Celui-ci parle de l'observation¹¹⁶. Cependant il met en garde sur le fait qu'observer c'est aussi sélectionner ce qu'il y a à regarder. Cette sélection entraîne une catégorisation qui est pour lui réductrice. L'observation est donc modifiée par ce que le thérapeute cherche à observer.

Pour lui, observer c'est sélectionner, cependant lors de mes prises en charges je n'attendais pas un comportement en particulier. Ces prises en charges se jouent dans l'instant présent. Lors du toucher thérapeutique, il n'est pas possible de savoir ce que l'autre va ressentir lorsqu'il va être touché. Le toucher est très subjectif. Lors de la thérapie par la médiation animale, il n'est pas possible d'anticiper le comportement de l'animal. De plus, comme nous l'avons vu, il casse les barrières sociales et ne va pas réagir comme les êtres humains. J'ai donc observé le déroulement des séances et j'ai écrit tout ce que j'ai pu observer sans trier afin de rendre compte d'un maximum d'éléments, pouvant être évocateurs plus tard.

C.Ballouard se questionne sur le fait d'avoir un observateur lors d'une séance. Pour celui-ci, cela modifie le comportement du thérapeute puisque le fait d'être observé entraîne des réactions de défenses sociales qui alternent entre anxiété et exhibitionnisme. Il insiste sur le fait que l'observation est réactive et qu'elle modifie ce qu'il y a à observer.

Cependant, pour moi, le fait d'avoir un tiers dans une prise en charge permet également d'avoir plus d'éléments d'observation. De fait, si nous revenons aux propos de C.Ballouard : dans l'observation nous sélectionnons (volontairement ou non) ce qu'il y a à regarder. Le fait d'être plusieurs permet également d'échanger sur des questionnements qu'un comportement a pu soulever.

Lors de la thérapie par la médiation animale, nous étions toujours plusieurs et il y avait des professionnels qui sont quotidiennement avec les patients. Leur présence m'a aidé à avoir une vision plus globale du patient. C'est ainsi que j'ai pu mieux mesurer les efforts toniques d'Etienne à dos de cheval, et les capacités d'interactions de Mme B. De plus lorsque l'animal bouge il est difficile d'être attentif à tout ce qu'il se passe. Le fait d'avoir été plusieurs pour observer le patient s'est donc révélé bénéfique.

¹¹⁶ Christian Ballouard, *L'aide mémoire de psychomotricité*, 2^{ème} édition, édition dunod, 2011, p109-111.

Nous avons retracé un ensemble de mise en garde quant à l'observation. Devons-nous alors abandonner ce moyen en tant qu'évaluation ? Existe-il d'autres méthodes d'évaluations objectives ?

c) Bilans psychomoteurs

Nous pouvons poser une nouvelle hypothèse: le fait de réaliser des bilans avant et après chaque prise en charge permettrait d'objectiver les changements que celle-ci a pu entraîner. En mettant en place un outil objectivé par des études cela devrait permettre de réduire l'aspect subjectif de l'observation du thérapeute.

Lors de ma pratique, il m'était difficile de réaliser des bilans psychomoteurs étalonnés par rapport à une norme.

Pour les enfants, compte tenu des bilans à disposition et de leur retard psychomoteur massif, les bilans correspondants à leur âge n'étaient pas réalisables, sans être adaptés. Le bilan n'aurait pas pu être coté comme tel. Pour Lili, il aurait pu être envisagé de réaliser un bilan d'observation, mais celui-ci aurait été restrictif. Bien sûr, mon observation reprend son niveau d'évolution psychomotrice mais l'observation que j'ai réalisé a nécessité que je mette ma propre subjectivité en jeu afin de retranscrire ce qui se passait dans la relation.

En ce qui concerne Étienne, il aurait été possible de réaliser des bilans psychomoteurs mais son hypotonie l'aurait mis en échec face à des épreuves de rapidité et celle-ci le rend également moins précis. Une évaluation aussi formelle que dans les bilans cotés m'apparaissait donc déstabilisant et ne révélant pas son réel potentiel. Celui-ci s'est d'ailleurs montré beaucoup plus performant d'un point de vue praxique et tonique lors de la thérapie par la médiation animale. L'observation régulière durant les prises en charge était donc plus judicieuse, de mon point de vue.

En ce qui concerne Mme A, je ne l'ai vue qu'une seule fois. Je n'ai donc pas pu réaliser de bilan et celle-ci avait un syndrome démentiel avec une apathie verbale et motrice telle qu'il ne lui aurait pas été possible de répondre aux questions ou de se mouvoir. Le fait de privilégier une observation sur le temps donné en lui apportant un bien être apparaissait alors être le plus adapté.

Mme B est capable de parler et de se mettre en mouvement. Cependant celle-ci ne peut se lever, la motricité globale n'aurait pas pu être évaluée. La motricité fine et les praxies auraient pu être évaluées si son syndrome démentiel n'était pas aussi important. Elle peut parler et interagir, cependant sa désorientation reste massive. Elle réagit par rapport à ce qui a lieu sur l'instant même. Un bilan psychomoteur ne nous aurait donc pas apporté d'informations supplémentaires par rapport aux dossiers médicaux et psychologiques. Il était donc plus judicieux d'observer son implication corporelle et psychique à chaque nouvelle séance de thérapie par la médiation animale.

Yves Roux nous met en garde sur les risques de réaliser une évaluation objective. Cela nous amènerait à « privilégier une vision qui réduirait l'humain à ses appareillages ; considérer le sujet dans son seul rapport à la norme et ainsi poser la norme comme l'étalon de mesure incontesté et incontestable¹¹⁷. » De plus, le risque d'utiliser des bilans est de n'avoir qu'une vision parcellaire du patient et de mettre de côté sa singularité pour une évaluation objective.

d) Apports de Catherine Potel sur l'observation

Catherine Potel dans son ouvrage « *être psychomotricien*¹¹⁸ » invite donc les psychomotriciens à se servir de leur sensibilité pour avoir une vision globale des patients. Elle nous invite à « [...] affiner nos modes d'observation et notre lecture spécifique d'un vécu psychomoteur qui est témoignage, non seulement des adaptations ou des failles mais aussi d'un certain état d'être au monde, fruit d'une construction psychocorporelle singulière et propre à chacun¹¹⁹. » Il faut donc mettre à profit notre propre subjectivité afin qu'elle soit « avertie et aiguisée¹²⁰. » L'observation semble donc être un élément de réponse pour rendre compte de l'évolution du patient au travers des prises en charges mais elle impose certaines mises en gardes comme nous avons pu le voir précédemment.

¹¹⁷ Catherine Potel, *Être psychomotricien*, édition érès, 2015, p233.

¹¹⁸ Ibid, p233.

¹¹⁹ Ibid p 235.

¹²⁰ Ibid,p235.

e) L'observation évaluative

L'observation apparaît être nécessaire pour pouvoir se représenter le patient dans sa globalité. Cependant, celle-ci demande une attention particulière afin de pouvoir être en mesure de repérer des signaux infra verbaux les plus minimes.

Le thérapeute doit avoir acquis un certain recul sur sa propre subjectivité pour qu'elle soit au service de l'observation. Le thérapeute doit connaître au mieux son propre rapport à son corps, à ses émotions. Bien sûr, se connaître est le travail d'une vie mais il est important de ne pas cliver l'observation du patient dans une objectivité superficielle par peur que notre subjectivité ne fausse l'observation. L'expérience et la pratique sont également nécessaires pour affiner notre observation.

Il apparaît intéressant de travailler en équipe afin de prendre du recul sur nos observations lors des prises en charge. Cela favorise également une vision plus globale du patient, au sein de différentes prises en charges.

CONCLUSION

Le fait de ressentir son propre corps peut être tout à fait anodin et même devenir inconscient. Il est pourtant bien le fruit d'une construction mêlant activité sensorielle, biologique et environnementale. Cette perception de nous-même, de notre corps, de notre activité psychique permet à la fois de nous orienter, d'agir et d'interagir avec et sur notre environnement. Les sens sont ainsi stimulés au quotidien.

Il peut arriver qu'un incident de vie altère de façon majeure cette perception du corps et entraîne alors une perte d'autonomie telle, que la présence indispensable d'un tiers au quotidien. La personne peut se retrouver démunie face à ce corps devenu presque étranger où face à un corps inconnu du fait d'une enveloppe psychocorporelle non élaborée.

Le retour à un travail sensoriel permet de revenir au cœur de la construction du schéma corporel, de l'image du corps et de l'identité de la personne. L'aspect relationnel présent au sein des médiations thérapeutiques comme le toucher thérapeutique ou la médiation animale est primordial puisque ces médiations rejouent les processus de *holding* et de *handling*. Le thérapeute ou l'animal deviennent donc objet d'identification.

Ces processus peuvent entraîner une régression. Cela doit alors être accompagné par le thérapeute afin que le patient ne reste pas figé dans celle-ci et qu'il puisse de nouveau évoluer. Il peut être difficile d'objectiver l'évolution de médiations fondées sur un langage infra verbal cependant un regard aguerri et expérimenté peut permettre de retracer celle-ci. Il faut cependant rester dans une attention particulière à ses propres ressentis et à ceux du patient.

ANNEXES

Annexe n°1¹²¹ : Le développement psychomoteur de l'enfant.

	Motricité	Préhension	Langage	Compréhension
Naissance 1 mois	Hypertonie des membres Hypotonie axiale Assis : cyphose dorsale V : position fœtale	Grasping	Attentif aux sons	
2 mois	Tenu tête quelques instants et vacille D : attitude asymétrique V : appui avant-bras, soulève tête à 45°	Grasping plus discret Mains souvent ouvertes	Vocalises	Sourire social
3 mois	Intérêt pour son corps : âge du « regard de la main » D : mouvement de flexion et d'extension des MI V : appui avant-bras, soulève tête de 45 à 90°	Préhension au contact	Cris de plaisir Gazouillis	
4 mois	Assis : tient sa tête D : roule dos-côté V : appui coude, tête 90°, extension MI	Mains au centre Essaie d'atteindre les objets avec les mains. Joue avec hochet mais le perd souvent	Rit aux éclats Gazouille beaucoup	Enlève serviette posée sur son visage
5 mois	D : pédalage V : appui avant-bras en hyperextension. Fait l'avion, essaie de se retourner ventre-dos	Préhension volontaire cubito-palmaire Objets à la bouche	Ton moqueur : « agueu »	Sourit à son image dans le miroir

¹²¹ www.chups.jussieu.fr/polypsPM/psychomot/devPSMenf/devPSMenf.pdf.

Annexe n°1: suite

	Motricité	Préhension	Langage	Compréhension
6 mois	Assis en trépied D : saisit ses pieds, se retourne dos-ventre V : appui mains Debout : stade du sauteur	Préhension volontaire globale bien acquise Tient 2 cubes	Lallations	Permanence de l'objet Tend les bras
7 mois	Assis : stade du parachutiste D : pieds à la bouche V : poids du corps sur une main pour saisir objet	Relâchement volontaire global Début de préhension en pince inférieure	Syllabes : ba, da, ka	Imite actes simples Répond à son prénom
8 mois	Tient assis seul D : peut s'asseoir seul en prenant appui sur un côté V : fait l'ours 1 ^{er} mode de locomotion : les retournements	Perfectionne pince inférieure Déliement de l'index	Imite des sons Combine des syllabes : dada-baba	Comprend le « non » Cherche jouets jetés
9 mois	Assis, pivote sur ses fesses V : rampe Se met debout en se tenant aux meubles	Préhension en pince supérieure	Syllabes redoublées : « papa-mama » non différencié	Notion d'outil Apprend à tendre un jouet Compare 2 cubes
10 mois	4 pattes Se met debout, « chevalier servant »	Pince supérieure plus fine	« papa-maman » bien différencié	Fait « au revoir », « bravo » Notion de contenant et de contenu
11-12 mois	Marche de l'ours Début des 1 ^{ers} pas Marche le long des meubles	Pointe son index	Langage global significatif Mots phrases 2 mots significatifs	Emboîte les objet Encastrement : met rond Envoie balle Comprend phrases simples
15 mois	Marche seul Monte escalier à 4 pattes Se met debout sans appui	Relâchement manuel fin et précis Tient sa cuillère, gribouille	Perfectionne son langage global significatif 4-6 mots significatifs	Demande objets en pointant du doigt Tour de 2 cubes
18 mois	Monte-descend escaliers en se tenant à la rampe Début course, saut 2 pieds Marche à reculons	Lance balle Mange seul Aime faire des gribouillis	Jargon mature 7-10 mots	Intérêt pour livres d'images, désigne 1-2 images Comprend 1-2 ordres Montre 2-3 parties du corps
2 ans	Monte-descend escaliers sans alterner les pieds Court vite Tape dans ballon	Souplesse du poignet Dévisse couvercle 2,6 ans : copie rond	Explosion du vocabulaire Phrases explicites Utilise « je-moi-tu »	Propreté de jour (18-24 ms) Aide pour se déshabiller Compte jusqu'à 3-4 Nomme 4-5 images
3 ans	Monte-descend escaliers en alterné Saute sur un pied Fait du tricycle	Bonhomme têtard Copie une croix Tour de cubes S'habille seul	Avalanche de questions : pourquoi ? Utilise correctement le temps des verbes	Connaît comptines Compte jusqu'à 10 Nomme 8 images et 8 parties du corps

Annexe n°2 : Grille AGGIR¹²²

Caractéristiques du demandeur en fonction du Gir auquel il est rattaché	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - Ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, - Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

¹²² www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229.

BIBLIOGRAPHIE

Livres:

- **Anzieu Didier**, *le Moi Peau*, édition Dunod, 2011.
- **Ballouard Christian**, *L'aide mémoire de psychomotricité*, 2ème édition, édition dunod, 2011, p95.
- **Beiger Françoise, Dibou Gaëlle**, *La zoothérapie auprès des personnes âgées, une pratique professionnelle*, édition DUNOD, 2017.
- **Bernard Michel**, *Le corps*, édition du Seuil, 1995.
- **Bonneton-Tabariés France, Lambert-Libert Anne**, *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 3eme édition actualisée, MED-LINE éditions, 2013.
- **Bullinger André**, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, tome 2, édition érès, 2017.
- **Carric J.C , Soufir.B**, *Lexique, pour le psychomotricien*, édition Robert Atlani, 2014.
- **Charpentier Emilie**, *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, édition de boeck solal, 2014.
- **Coeman Albert , Raulier Marie , H de Frahan**, *De la naissance à la marche, les étapes du développement psychomoteur*, édition, asbl Etoile d'herbe, 2014.
- **Dolto Françoise**, *L'image inconsciente du corps*, édition du Seuil, 1984.
- **Dormia Céline, Fève Sophie**, *Psychomotricité auprès de la personne âgée*, pour le psychomotricien, édition era, 2014.
- **Edmond Marc**, *La régression thérapeutique, Gestalt*, édition Société française de Gestalt vol. no 23, no. 2, 2002, pp. 29-50.
- **J-C.Carric et B.Soufir**, *Lexique, pour le psychomotricien*, éditions Robert Atlani, 2014

- **Marcelli Daniel , Lanchon Anne**, *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressources*, édition érès, 2017.
- **Meunier Lucie**, *Le bébé en mouvement*, édition DUNOD, 2015.
- **Montagu Ashley**, *La peau et le toucher*, éditions du seuil, 1979
- **Potel Catherine**, *Etre psychomotricien*, édition érès, 2015
- **Scialmom Philippe, Giromini Françoise, Albaret Jean-Michel**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 1, édition Boeck solal, 2011.
- **Scialom Philippe, Giromini Françoise, Albaret Jean-Michel**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 2, édition de Boeck Supérieur, 2015.

Mémoires :

- **Franzini Christelle** , « *TOU-CHEZ MOI* », le toucher au cœur des soins de la thérapie psychomotrice d'adulte polyhandicapés, 2013, référent de mémoire : Mme Bernard Claire.
- **Gagneux Annelise**, *L'enfant polyhandicapé: vécu corporel et représentation du corps*, 2014, référent de mémoire: Bry Céline.

Articles :

- **Isabelle Aubard**, *Mais en quoi le cheval peut devenir un médiateur thérapeutique*, source : http://ancien.serpsy.org/piste_recherche/mediations/cheval_isa.html

Sitographie :

- **Dr Rose**, Membre de la Société Française des Neurosciences, CHU Amiens, Site pédagogique: source : <http://neurobranches.chez-alice.fr>.
- Cité des sciences et de l'industrie, Département Education, Processus cognitifs complexes Les fonctions exécutives, 2015, p3.
source: www.cite-sciences.fr/fileadmin/fileadmin_CSI/fichiers/vousetes/enseignant/Documents-pedagogiques/_documents/Expositions-permanentes/Cerveau/cerveau-dossierenseignant-fonctionexe.pdf
- <http://www.dysmoi.fr/les-fonctions-executives-mieux-les-comprendre>

Résumé :

Se représenter son corps, n'est pas un fait inné. Cela résulte d'une construction active dès le plus jeune âge où les stimulations sensorielles, présentes au quotidien, vont prendre sens au travers de la relation avec autrui. Cette représentation évolue tout au long de la vie et donne une identité propre à chacun.

Le toucher thérapeutique et la thérapie par la médiation animale sont deux pratiques qui mêlent stimulation sensorielle et relation. Ces médiations mettent en jeu le *holding* et le *handling* décrit par D.W.Winnicott et peuvent amener à un comportement régressif. Elles imposent une attention particulière autour du langage infra verbal. Une observation aguerrie est primordiale.

Mots clés : **Sensorialité, relation, identité, toucher thérapeutique, thérapie par la médiation animale, régression, observation.**

Abstract :

To be mindful of your own body is not innate. This result of active construction from a young age when everyday sensorial simulations is only meaningful when faced with other individuals.

Therapeutic touch and animal mediation therapy are two methods which link both relationship and sensory stimulation. The holding and handling described by D.W.Winnicott are involved by those mediations and could cause a regressive behavior. A thorough observation and a particular attention about the "infra-verbal language" are then primordial.

Key words: **Sensitivity, relationship, identity, therapeutic touch, animal mediation therapy, regression, observation.**