

## L'engagement sensori-moteur : un récit sensé

Benoit Lesage

Intervention aux JA Thérapie Psychomotrice / 11-13 octobre 2018- Dijon

### **La raison des gestes**

Sensori-motricité : le concept envisage un couplage entre deux modalités qui ont naguère pu paraître bien distinctes. Un nerf était moteur ou sensoriel... Or en pratique il est difficile de séparer l'un de l'autre. On sait par exemple que le faisceau pyramidal, la voie royale de la motricité volontaire, est composé de deux contingents, l'un issu des aires motrices (quatre et six), l'autre des aires pariétales, sensibles, qui s'articule avec les neurones de la corne postérieure de la moelle, c'est-à-dire dans sa partie sensitive. Le contrôle des motoneurones, c'est-à-dire de la contraction musculaire, intègre donc les informations sensibles<sup>1</sup>. Autre exemple, le principal nerf de la jambe, le tibial, est trois fois plus riche en fibres sensibles qu'en fibres motrices<sup>2</sup>.

Bouger, organiser le geste, c'est donc aussi intégrer les sensations qu'il procure : sensations *externes*, défilement des images sur la rétine, sons produits et reçus de l'environnement, caresse de l'air sur la peau, glissement des habits... et sensations proprioceptives, *internes*, en particulier jeu musculaire, sensation d'effort, jeu articulaire, mouvements de la peau, perceptions vestibulaires, modulations végétatives (organiques, thermiques...). Chaque geste, chaque mouvement se perçoit comme un pattern neuromoteur associé à un cortège de perceptions, et je rejoins Bullinger lorsqu'il situe la proprioception à l'interface entre les perceptions internes et externes.

On peut questionner le motif : qu'est ce qui pousse à bouger ? La racine commune des mots *motricité* et *motivation* invite à penser le mouvement comme une action orientée vers quelque chose ou quelqu'un, vers un but, conscient ou non. Je me souviens d'un jeune IMC athétosique qui évoquait dans un poème ses *gestes sans raison*. Quelle est cette *raison* de nos gestes ?

Ce qui semblait affecter ce jeune handicapé, c'est que ses gestes étaient *insensés* plus que déraisonnables. Ils n'avaient aucun sens, aucune direction.

Il se percevait bougeant sans contrôle, *pour rien*, et ces gestes ne s'adressaient à rien ni personne.

A l'opposé, dans les pratiques corporelles *somatiques*, on s'efforce de sentir son geste en enrichissant la proprioception. Cette finesse sensorielle peut rebuter, ennuyer, déranger; sans doute parce qu'un tel travail questionne notre corporalité plus profondément qu'il n'y paraît. Se pencher sur le vécu du mouvement, son phrasé, oblige à contacter l'affect, à nommer des états corporels qui sont aussi des émotions, des mémoires, notre façon d'être là, de percevoir l'alentours, autrui, de nous présenter.

Quant à la sensorialité, les phénoménologues –Merleau-Ponty, Levinas, Chirpaz...- ont montré à quel point elle est en elle-même un acte. Pour voir, nous accommodons, nous

---

<sup>1</sup> GODAUX E. & CHERON G. (1989), Le mouvement, Paris, Medsi/McGraw-Hill (p.72).

<sup>2</sup> SCHLEIP R. Plasticité fasciale, une nouvelle explication neurobiologique, repéré sur le net <http://www.olivierallain.com/wp-content/uploads/2017/09/Recepteurs-proprioceptifs-Fascia-Plasticite-Robert-Schleip.pdf>

engageons une motricité intra et extra-oculaire, pour percevoir, apercevoir, nous nous posturons, nous nous orientons, nous tendons l'oreille, ouvrons plus ou moins le corps. C'est encore plus évident s'il s'agit de sensorialité tactile ou vestibulaire.

Historiquement la sensation n'a pas toujours été à l'honneur : Descartes voulait construire la connaissance comme une "longue chaîne de raisons" à la manière des géomètres. Le 18<sup>e</sup> siècle sera plus sceptique car empirique : "Il n'y a rien dans l'entendement qui n'ait d'abord été dans les sens" avait énoncé Locke, fondant le sensualisme. Les débats sur la connaissance par la sensation sont infinis : Le monde est-il comme je le pense parce que c'est comme ça ? Est-il inconnaissable ? Ma connaissance n'est-elle que représentation pure ? Les neurosciences apportent quelques éléments à la discussion : Berthoz insiste sur la faculté de notre cerveau à *simuler* c'est-à-dire à construire, et ce parfois au mépris de la perception sensorielle qui se trouve réinterprétée, voire occultée<sup>3</sup>. Les sciences mettent à mal l'évidence des sens et nous proposent parfois des théories contre-intuitives, qui échappent aux sens.

On peut considérer le travail de William James et plus près de nous la théorie des marqueurs somatiques de Damasio comme une voie d'échappement. En effet, le ressenti corporel, plus précisément des changements corporels (*sensational processes*), serait la base de travail du cerveau qui en construit des images (*mapping*), substrat essentiel au "sentiment de soi"<sup>4</sup>. La perception serait alors à la sensation ce que l'affect est à l'émotion, c'est-à-dire un processus associatif, une élaboration, qui intègre des chaînes de signifiants.

### **Double sens**

La plaquette de ce colloque joue sur la polysémie du mot *sens*. Explorons-la quelques instants<sup>5</sup>. Deux racines se mêlent ici : la première, latine, *sensu*, désigne de façon large l'action de percevoir, de sentir. Relevons au passage qu'il s'agit donc d'un état actif, une façon de se relier par les sens, ce qui avait conduit Kant à faire de la sensation un mode de connaissance. Il y aura donc des modalités de sentir, plus ou moins quantitatives et qualitatives (pressentir, ressentir...). On pourra cultiver le sentir, voire en faire un chemin de vie, une spiritualité, comme le fait Luis Anza à partir de ses initiations chamaniques et soufi<sup>6</sup>. On pourra aussi le négliger, le réduire, ne pas en tenir compte...

De modalité de connaissance, le *sens* est rapidement devenu aussi faculté de juger, la raison, la sagesse, connotation qui perdure dans le "bon sens", "l'insensé" ou "perdre les sens".

C'est aussi une dimension cognitive : le sens comme *signifiant* d'un contenu intellectuel, d'un signe, d'un symbole. On voit ressurgir ici le lien entre jugement et sensation qui sont deux grands domaines de la vie psychique, liés par un même mot, comme s'il allait de soi que l'un ne va pas sans l'autre. Un jugement déconnecté de la sensation pourrait vite perdre toute assise et basculer dans le délire.

L'autre racine, *\*sinno*, est germanique, et renvoie à la notion de direction et même de "bonne direction". Le sens acquiert ici une valeur spatiale dominante qui nous amène au sens de circulation, au sens interdit et bien sûr au double sens.

<sup>3</sup> BERTHOZ A. (1997) Le sens du mouvement, Paris, Ed Odile Jacob.

<sup>4</sup> LIVET P. (2008); La théorie des émotions de James et de Damasio, IN William James, psychologie et cognition, Paris, Ed Petra pp.105-133.

<sup>5</sup> REY A. (1998) Dictionnaire historique de la langue française, tomes 1-2-3 Paris, Le Robert

<sup>6</sup> cf ANZA L. (2015); La voie du sentir, Paris, Ed du Relié,

La sensorialité condense ces notions : connaissance (connais-sens !), jugement, évaluation, sagesse, direction.

Parler de sensori-motricité c'est donc envisager une activité psychocorporelle complexe qui nous emporte bien au delà de l'organisation du geste, sauf à considérer que le geste est en soi une histoire, une épopée de soi, une *geste*, qui donne à sentir soi, l'autre, le monde, qui nous relie de façon sensible.

### ***Clinique : une construction sensori-motrice***

C'est avec des populations IMC et/ou polyhandicapées que la notion de construction sensori-motrice est la plus évidente. Je me réfère donc ici à mon expérience clinique en institution.

Il s'agit d'un dialogue corporel qui vise à être structurant, ce qui vaut tant pour nos patients que pour nous mêmes. En effet, nous devons nous aussi construire notre posture, ajuster notre tonicité, organiser nos gestes pour répondre, contenir, orienter le désordre que nous présentent beaucoup de patients.

En tant que professionnels, nous devons entrer dans une lecture informée du corps de nos partenaires. Cela se fait bien entendu par la vue, car nous voyons en général nos patients avant de les contacter physiquement. Le premier indice est en général celui du *flux de mouvement*, la façon dont le mouvement s'écoule dans le corps. Il peut être fluide, haché, retenu, saccadé... Souvent le patient semble s'épuiser en luttant contre lui-même. Des tensions parasites viennent contredire les projets moteurs, lesquels se mêlent à des gestes involontaires. Un indice fiable est la qualité de dépose sur le sol. Certains semblent à peine le toucher, tant les tensions sont envahissantes, d'autres s'y vautrent littéralement. Les efforts pour orienter le corps, la main, le regard, donnent lieu à des gestes parfois contre-productifs. L'intégration sensorielle pose problème : réactions de sursaut, saturation, difficulté à gérer différentes sources sensorielles simultanées, ce qui entraîne des désorganisations posturales, des pertes d'ancrage, et de l'excitation.

Face à ces tableaux, nous devons nous mêmes faire preuve de cohérence, à commencer par notre cohérence posturale. Le soignant a intérêt à "se poser dans ses appuis", à poser sa respiration, à mesurer ses gestes. Une attention toute particulière est donnée à la contenance et aux ancrages. Pour cela coussins, tissus, couvertures peuvent être utiles. Le plus souvent les tensions postérieures dominant, associées à des tensions dans les chaînes antéro-latérales, c'est-à-dire des attitudes ou des réponses en hyper-extension et en fermeture, notamment des hanches<sup>7</sup>.

Il faut alors tenter d'inviter la personne à s'enrouler, ce qui se fait *a minima* par exemple en glissant un rouleau sous les genoux et un coussin sous l'occiput. Une main sur le sternum renforce ce vécu, invitant à son arrimage au pubis par les chaînes antéro-médianes (grands droits).

Autre point important, le jeu par rapport au flux gravitaire, qui est un flux sensoriel au sens où Bullinger l'entendait. Un patient sur le dos qui présente des hyper-extensions (nuque cassée, bras en chandelier, arquebatement dorsal...) n'a aucune disponibilité pour une interaction. Son regard est généralement avalé vers le haut. Mis sur le côté, on observe souvent une baisse spectaculaire des tensions postérieures, l'épaule se libère et autorise des jeux moteurs, le regard s'apaise, ce qui permet une mise en relation. Il est intéressant de faire

---

<sup>7</sup> Je me réfère ici à la systématique des chaînes musculaires de Struyf cf Lesage B. (2012), Jalons pour une pratique psychocorporelle / Structure, Etayage, Mouvement et Relation, Ed Eres

vivre à ces personnes les modulations du flux gravitaire, en leur proposant de passer d'un côté l'autre, et même sur le ventre. Cette dernière situation nécessite une préparation pour éviter les spasmes en flexion-rotation interne. Avec un peu de patience et une préparation proprioceptive adéquate, on est surpris de les voir assumer ces postures qui semblent *a priori* impossibles pour eux, et à partir de là organiser des relever de tête, voire des épaules à partir d'un repousser du sol.

Cette mise en posture ne se conçoit que dans une qualité de soutien et de gestes du soignant, et dans un contexte d'enrichissement proprioceptif cohérent. Il ne s'agit pas tant de *stimuler sensoriellement* la personne que de lui donner à sentir son corps et ses réactions. Généralement, les perceptions sont brouillées, brouillonnes, voire incohérentes. Il faut mettre de l'ordre dans ce foisonnement de sensations. Lorsque l'excitation est calmée, on a vu plus haut l'importance des appuis, des soutiens, d'une incitation à l'enroulement, on peut proposer des interactions focalisées.

### *Les systèmes*

Je commence souvent par l'os, garant de notre solidité et de notre directionnalité. Les techniques sont diverses : pressions, vibrations, percussions, tapotements, utilisation d'un diapason médical, d'un tambour, de la voix... Je propose notamment des percussions dans les diverses orientations par rapport à la gravité. J'insiste également sur la sensation d'ancrage, par exemple en pressant sur les épines iliaques, sur la cage thoracique, sur les os des membres. La parole peut accompagner ce travail, pour nommer les sensations, et surtout pour accompagner de façon trans-modale les propositions. Je suis alors attentif à ma prosodie, au rythme, à la tonalité du discours, plus qu'à son contenu manifeste. Parfois, une mélodie, une comptine font l'affaire.

La notion de *système corporel* est une clé importante. J'entends par là les grands systèmes qui structurent le corps, squelette (os et articulations), peau, muscle, organes, liquides, système nerveux... Ils constituent une table des matières que nous pouvons aborder à partir de la question : à quel type d'expérience tel système donne-t-il accès ? Pour l'os, ce sont des notions de solidité, directionnalité, de cohérence vibratoire. Les articulations donnent à vivre un corps différencié et mobile où chaque partie doit trouver sa juste place dans l'ensemble. La peau renvoie à des notions de limite, de contenance, de protection, de relation... On peut en somme élargir le concept bien connu de moi-peau aux autres systèmes et *penser* un moi-os, un moi-muscle, un moi-liquide. On joue là sur les images du corps, les éprouvés corporels, chaque système donnant à vivre une expérience spécifique du corps, une qualité de mouvement et de relation. Aborder un patient à travers des percussions, des mobilisations articulaires, des flux tactiles, sollicite chaque fois des modalités différentes. C'est un nuancier qui nous invite à une lecture du corps et des propositions spécifiques<sup>8</sup>. On m'a souvent présenté des patients IMC ou polyhandicapés (autistes aussi...) soi-disant *intouchables*<sup>9</sup>, m'assurant que tout contact les fait passer à l'acte, sur un versant hétéro ou auto-agressif, ou même érotique. J'ai surtout rencontré des personnes *mal* touchées, contactées sans respect ni conscience, ni technique. Dans ce contexte elles n'avaient pas tort de se défendre. Toucher un patient s'apprend, suppose un cadre éthique, une attitude d'écoute et de respect<sup>10</sup>. Dans la majorité des cas, l'abord par le toucher osseux permet

<sup>8</sup> cf LESAGE B. (2006); La danse dans le processus thérapeutique", Ed eres, p.30 sq

<sup>9</sup> C'est le point commun entre les institutions françaises et l'Inde, il y a des castes...

<sup>10</sup> LESAGE B. (2006); Toucher : du tabou au cadre, Thérapie Psychomotrice Thérapie Psychomotrice et recherches, 2006,148,48-55

d'établir le contact. On peut le comprendre comme une sorte de mise en sécurité, un prise de refuge dans un espace personnel solide et fiable. Une fois ce contact établi, on peut porter la rencontre dans les autres modalités proprioceptives : mobilisations articulaires, flux tactiles (tissu, souffle, manœuvres sur les parties découvertes...), vestibulaire, organes, engagements musculaires...

Dans ce travail, on enrichit la proprioception en ciblant des catégories bien précises. On repère alors que certaines propositions facilitent le mouvement, suscitent des coordinations, et nuancent la qualité de la rencontre.

#### *Contenance et voie d'abord*

Les gestes contenant s'imposent chaque fois que des spasmes ou des sursauts viennent désorganiser la personne. Ce peut être un contact du sacrum ou de l'occiput, les deux zones parasympathiques. J'utilise là ce que j'ai appris auprès d'ostéopathes, de fasciathérapeutes, d'eutonistes... L'enveloppement dans un tissu, le portage, peuvent ici être utiles.

Un point important est notre modulation de l'angle d'abord de la personne, et avec quelle partie du corps nous nous présentons. Il faut explorer et varier. Au cours d'une rencontre, nous sommes tantôt à la tête, tantôt aux pieds, derrière, devant, au dessus, de la personne. Nous lui présentons notre visage, nos mains, parfois notre dos, nos pieds. Nous pouvons être à distance, en contact, en appui, en repousser. Chaque proposition induit une réponse : la personne se tourne vers nous, se détourne, s'ouvre ou se ferme, se tend ou se rétracte, esquisse un geste, soupire, vocalise, sourit, s'effraye... Chaque réponse nous invite à développer davantage, à revenir en arrière, à stabiliser notre proposition, et c'est un constant aller-retour qui implique nos sensori-motricités respectives.

#### *Modulation tonique et posturale*

Dans cette rencontre, nous sommes constamment attentifs aux modulations toniques et posturales. Un soupir, un bâillement, un borborygme, un sourire, sont des indicateurs de modulation tonique. C'est parfois une spasticité qui cède. J'observe particulièrement la qualité du rapport au sol, comment la personne s'y dépose peu à peu. Souvent durant les premières minutes, elle semble crispée, cramponnée à elle-même, et c'est le haut du corps qui est privilégié. J'essaie de lui faire percevoir ses appuis particulièrement au niveau du bassin. Le cheminement peut être très indirect, commencer par le pied, l'épaule ou la main. Il faut parfois dix, vingt minutes, voire plus, pour arriver à contacter un iliaque ou un sacrum, donner à sentir cette zone-clé. En effet, le bassin est un centre de gravité, d'avidité et de gravidité, siège de mémoires parfois traumatiques. L'investissement de cette zone est souvent associé à un enroulement, qu'il ne faut pas confondre avec l'effondrement au centre qui correspond à un tonus passif. Ce temps d'enroulement et de retour au centre est une ressource à laquelle beaucoup de personnes IMC n'ont pas accès en raison de leur limitation psychomotrice et souvent de leur appareillage (corset, coque, orthèses rachidiennes...). Même lorsqu'il n'il y a apparemment aucune mobilité, on peut toujours mobiliser, ne serait-ce que les extrémités, et *nourrir* une perception du centre, du bassin, du poids et des appuis. On peut toujours construire un vécu de postures différenciées, quitte à s'aider avec des coussins, des supports pour tenir sur le côté, le ventre, pour s'asseoir. Tous ces remaniements posturaux se font au minimum de façon passive ou activo-passive. L'idéal est bien entendu d'entrer dans une interaction qui valorise les initiatives. Il faut donc guetter les intentions de mouvements, d'orientation, qui ne se manifestent parfois que par un regard, un geste de la main, une vocalisation. Toutes nos propositions sont constamment

évaluées par un feed-back qui engage notre propre proprioception. Nous devons être formés à détecter les variations toniques, la fluidité du geste ou sa crispation, écouter la respiration du partenaire.

### *L'organisation du mouvement*

Notre motricité se fonde sur une organisation dite pré-câblée, à partir des circuits neuromoteurs qui constituent les réflexes archaïques<sup>11</sup> et des réponses plus complexes, c'est-à-dire intégrées plus haut dans le système nerveux, que Bobath avait caractérisées en réponses d'équilibration et de redressement. Temple Fay, un neurochirurgien, a publié dans les années cinquante des études du développement neuromoteur, décrivant une série de *patterns* qui rappellent les formes motrices observées dans le monde animal : organisation spinale, coordinations homologues, homolatérales, controlatérales, ramper, quatre pattes, marche bipède.<sup>12</sup> Notre liberté motrice est conditionnée par cet héritage phylogénétique que nous réactualisons lors de notre développement psychomoteur. Irmgard Bartenieff a proposé une méthodologie de travail de ces schèmes, dans un souci d'intégration sensible et orientée, c'est-à-dire avec une grande attention spatiale et relationnelle. D'autres praticiens du monde des approches somatiques ont eux aussi développé un savoir-faire subtil<sup>13</sup>. Cette dernière remarque exclue le volontarisme de la méthode Doman qui tient davantage du dressage (*drill*) que de l'accompagnement et du soin. La connaissance des réflexes archaïques et des schèmes de mouvement enrichit notre rencontre et nous permet d'orienter parfois nos propositions vers une forme particulière ou de saisir au vol une opportunité pour stabiliser ou éveiller un geste. Ce peut être un soutien sous un talon pour engager un ramper homolatéral, un effleurement de la commissure des lèvres pour orienter la tête (réflexe des points cardinaux), une pression sur les paumes de main ou les plantes de pied pour induire un repousser...

Ces mouvements peuvent être accompagnés de renforcement proprioceptif, des percussions, des flux tactiles, un tissu au sol ou un fil de laine qui induisent une direction, une musique vers laquelle on se dirige.

### *Rencontre sensori-motrice*

J'ai commencé cette intervention en situant le geste comme intention, et même comme *intentionnalité* : il va vers quelque chose ou quelqu'un, il répond ou sollicite, il relie. Notre engagement sensori-moteur auprès de nos partenaires, quelque soit le handicap, n'a pas vocation rééducative mais instaurative. En structurant le corps, la tonicité, la posture, le geste, la proprioception, c'est bien l'expressivité et la relation qui sont visées. En effet, relation et expressivité ne sont pas des abstractions. Elles s'ancrent dans un vécu concret, sensori-moteur, s'incarnent dans des structures anatomiques et fonctionnelles.

L'intersubjectivité s'actualise par un corps qui a ses lois, qui peut s'abîmer, ne pas s'instaurer. Par corps j'entends non seulement les structures anatomiques et leur organisation, mais aussi leur intégration dans le mouvement et la relation ainsi que la connaissance et la conscience que chacun en construit. Il s'agit donc d'un corps mouvant, relié, expressif, support d'une identité, abordé et travaillé dans le cadre global de l'étayage

---

<sup>11</sup> Circuits qui ne disparaissent pas avec la maturation, mais sont intégrés dans une motricité intentionnelle et modulable

<sup>12</sup> Fay T. The origin of human movement American Journal of Psychiatry, march 1955, 3, 644-652

<sup>13</sup> Feldenkrais, Bonnie Bainbridge Cohen... Pour une présentation des schèmes cf Lesage B. (2012) op cit.

mutuel corps-psychisme. La sensori-motricité dont il est question ici est donc un cadre global de rencontre –mouvante et sensible- qui vise une relation, c'est-à-dire une reliance et une histoire à construire avec nos partenaires.