



Université Toulouse III – Paul Sabatier, Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
Institut de Formation en Psychomotricité de Toulouse

L'agentivité en psychomotricité

*Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de
psychomotricienne*

Domitille PASCAL - Septembre 2018

Sommaire

Remerciements.....	3
Introduction	3
Partie 1 – Théorie de l’agentivité.....	4
I – L’apparition du concept d’agentivité	4
A – L’individu en constante évolution	4
B – L’agent.....	4
II – Théorie générale de l’agentivité.....	5
A – L’intentionnalité.....	6
B – La pensée anticipatrice	7
C – L’auto – réactivité	7
1) L’auto – observation.....	7
2) L’auto – guidance	8
3) « L’auto-réaction corrective ».....	9
D – L’auto – réflexion	9
1) L’évaluation de nos cognitions	10
2) La gestion de notre motivation.....	10
3) Le jugement de nos croyances.....	10
4) La croyance d’efficacité	11
5) Le sentiment d’auto – efficacité	11
E – Les modalités de l’agentivité	14
F – L’attribution de la cause de l’action	14
III – Modèle de compréhension du sentiment de l’agentivité	15
A – Sens du corps, sentiment de propriété et sentiment de l’agentivité	15
B – Sens de l’effort	16
C – Modèle de contrôle de l’action	17
Partie 2 – L’agentivité dans la pratique psychomotrice	20
I – L’apport de l’approche agentique	20
A – Construire sa prise en charge : l’intention et la planification	20
B – Être attentif à son comportement et l’adapter : l’auto – observation et l’auto – réaction	22
C – Prendre conscience de ses pensées et de ses croyances : l’auto – réflexion, les jugements d’attribution et le sentiment d’efficacité personnelle	23
II – Le sentiment d’agentivité en prise en charge.....	26
A – Mon corps m’appartient, je suis mon corps : sens de propriété et sens du corps	26

B – Mon action me demande un effort : sens de l’effort	26
C – J’anticipe les résultats de mon action : état désiré, état prédit et état réel.....	27
Partie 3 – Études de cas.....	29
I - Étude de cas 1 : Anne, agente de sa prise en charge	29
II - Étude de cas 2 : Mélina, distante de son suivi	33
III – Discussion.....	38
Conclusion :	42
Bibliographie.....	43
Résumé	46
Abstract.....	46

Remerciements

[...]

Introduction

En débutant mon stage de troisième année de psychomotricité en psychiatrie adulte en milieu hospitalier, j'étais déjà très intéressée par les troubles psychiatriques. Ces troubles perturbent le rapport de l'individu avec la réalité et l'environnement, et également le rapport de l'individu avec lui-même et son propre corps dans de nombreux cas. C'est dans ce domaine que s'est situé mon intérêt pour l'anorexie et la schizophrénie par exemple. Au cours de discussions avec mon maître de stage est apparue la notion de « trouble de l'agentivité » chez les personnes atteintes de schizophrénie : certains malades pouvaient avoir une conscience très faible de leur rôle dans leurs propres actions, les attribuer à autrui, se sentir contrôlé, etc.

La façon de concevoir l'humain a largement évolué au cours du dernier siècle. D'abord considéré comme un simple système réagissant à son environnement par un certain comportement par les behavioristes, l'homme s'est par la suite vu comparé aux systèmes informatiques, qui appliquent à une situation des réponses possibles. L'hypothèse qui stipule que l'homme peut être initiateur de ses propres comportements n'a été que tardive. Le concept d'agentivité m'a rapidement interpellée et au cours de mes recherches sur ce sujet, il m'est apparu que cette théorie n'était pas fréquemment abordée. J'ai donc souhaité faire un point théorique sur cette notion, ce qui m'a amené à une autre réflexion : le principe d'agentivité s'appliquait à tous les aspects de notre vie, et par extension à celui d'une prise en charge médicale et paramédicale, comme en psychomotricité. Le fait d'être agent (c'est-à-dire auteur et acteur) de sa prise en charge apporte des avantages non négligeables à sa bonne évolution, une question m'est donc venue : comment favoriser la position d'agent du patient au début et pendant toute la durée d'une prise en charge en psychomotricité ?

C'est à cette question que je tenterai de répondre dans ce mémoire. Je présenterai en premier lieu le développement de la théorie de l'agentivité et sa définition, principalement proposée par le psychologue A. Bandura. Puis je proposerai plusieurs pistes de réflexion sur les moyens possibles de rendre son patient pleinement actif dans sa prise en charge, pour finir par deux études de cas qui illustreront l'approche agentique de la psychomotricité.

Partie 1 – Théorie de l’agentivité

I – L’apparition du concept d’agentivité

A – L’individu en constante évolution

La neuropsychologie a introduit dans l’étude du comportement humain l’idée d’un cerveau évolutif : en plus des compétences innées, présentes dans le cerveau sous forme de réseaux interconnectés de régions cérébrales, s’ajoutent l’expérience personnelle, en termes de sensations, de comportements et de socialisation. Ces expériences rendraient chaque individu neurologiquement différent d’un autre, et ses réactions ou comportements auto-générés seraient donc différents également (P. Carré, 2004). Apparaît alors l’importance du concept d’apprentissage : toute expérience vécue par l’individu entraîne chez lui un changement comportemental (et anatomique), aussi minime soit-il. Et un comportement, s’il est répété, peut être automatisé, intériorisé par l’individu.

Contrairement à la vision des behavioristes, l’individu n’est plus simplement « spectateur ni exécuteur des comportements, il en est aussi l’auteur » (Harré et Gillet, 1994). C’est ainsi que commence à émerger le concept d’agent vers la fin des années 1980.

B – L’agent

Le concept d’agent vient enrichir les théories sur l’apprentissage. Le fait d’être agent de son comportement, c’est-à-dire de l’avoir construit en prenant en compte les résultats attendus, la connaissance de nos propres capacités et le regard de notre milieu social, aurait selon plusieurs études un « impact sur la structure neuronale et fonctionnelle du cerveau » (Kolb et Wishaw, 1998). L’apprentissage forge les interconnexions entre réseaux neuronaux, mais « ce n’est pas uniquement le fait d’être exposé à une stimulation qui est déterminant, mais l’action agentique dans l’exploration, la manipulation et l’intervention sur l’environnement » (Carré, 2009).

L’expérience ne suffit donc pas à l’intégration d’un apprentissage, il faut être à la fois auteur (en terme d’intention et de planification), et acteur (action directe sur son milieu, et régulation de l’action en cours) de son comportement pour permettre cette intégration de façon efficace. En prévoyant et gérant ses actions, l’individu participe à des expériences qui constituent « le substrat neurobiologique fonctionnel » de ses compétences cognitives, psychomotrices et sociales. Le type d’expérience qu’il vit dépend naturellement de l’environnement qui l’entoure, physique et social.

(Kolb et Wishaw, 1998) L'individu se construit dans un milieu social particulier, il se construit donc dans l'interaction avec autrui.

II – Théorie générale de l'agentivité

Les concepts naissant d'agent et d'agentivité ont été grandement développés par Albert Bandura au travers de sa théorie sociale cognitive. Il s'oppose au behaviorisme (pour lequel l'individu est essentiellement réactif à son milieu direct) en déclarant que « l'esprit humain est générateur, créateur, proactif et réflexif, pas seulement réactif », rejetant la simple équation stimulus → réponse. Il s'oppose également à l'éliminativisme : ce courant philosophique conçoit l'intelligence, l'esprit, comme un concept qui ne peut être étudié ni mesuré puisqu'il n'aurait aucune base physique et échapperait totalement à l'entendement humain. Pour Bandura, la pensée ne réside pas dans une « boîte noire » (inatteignable et inexplicable) ; selon lui « les processus cognitifs sont des activités cérébrales ». Il tend donc à réfuter la dichotomie corps – esprit présente dans de nombreuses écoles de pensée en psychologie.

Bandura souligne l'impact de l'environnement (s'opposant donc à l'innéisme), notamment social, d'un individu dans la construction de son identité et de son système de croyance, et par ce biais, des actes dont il se sait capable et dans lesquels il va s'investir et être agent. Il proposera un modèle au principe d'agentivité, ainsi que les modalités par lesquelles il agit sur tous les domaines de la vie d'un individu.

Pour Bandura, l'agentivité est « la capacité des individus à être des agents actifs de leur propre vie, c'est-à-dire à exercer un contrôle et une régulation de leurs actes. », ou comme la « capacité humaine à influencer intentionnellement sur le cours de sa vie et de ses actions ». C'est donc le fait qu'un individu soit à la fois auteur et acteur de ses actions. Cette capacité découle du système de croyance de l'individu, théorisé par Bandura. Sur la base de ses expériences motrices, cognitives et sociales, l'individu intériorise :

- les règles de vie en société, les contraintes socio-culturelles propres à son environnement social ;
- les possibles conséquences de divers événements et de ses comportements, sur son milieu physique et social ;
- ses limites et capacités cognitives, physiques et psychomotrices.

Ce système personnel de croyance est la « base pour permettre à chacun de produire des résultats souhaités et éviter ce qui ne le sont pas ». En analysant la situation, la personne peut envisager des comportements dont il se sent capable, prévoir les réactions du milieu à son action, tout en prenant en compte les comportements autorisés ou non par son environnement social. Cet apprentissage se fait tout au long de l'existence de l'individu grâce aux expériences qu'il vit. Bandura décrit ensuite les traits fondamentaux de l'agentivité.

A – L'intentionnalité

Il s'agit de la condition de base pour parler d'agent : l'action doit être volontaire pour que l'individu se considère (et soit considéré) comme auteur d'une action. Un acte accidentel, comme une chute, ne peut pas être étudié dans le cadre de l'agentivité : l'individu qui tombe ne sera pas considéré comme agent de son comportement.

L'intentionnalité est le fait d'agir selon une intention, c'est-à-dire « une représentation d'une action future non encore réalisée ». Ce n'est pas la prévision ou l'attente d'un comportement, mais un « engagement proactif » de l'individu dans une action pour tendre à sa réalisation. L'intentionnalité, ou l'engagement proactif d'une personne dans la réalisation d'une action dirigée, est très fortement influencé par un concept essentiel à la notion d'agentivité : la motivation. C'est en effet la motivation d'un individu à aboutir à cette action dirigée qui détermine son implication dans l'action qu'il prévoit de faire, ou qu'il est en train de faire.

L'intention intervient au cours de :

- la planification de l'action : il s'agit de l'établissement des étapes d'exécution du comportement et ses éventuelles conséquences,
- et la réalisation de l'action : elle sert à guider et encourager à poursuivre l'action. L'intention initiale est complétée, ajustée, affirmée, ou à l'inverse reconsidérée grâce aux nouvelles informations reçues au cours de l'exécution de l'action. Bratman (1999) parle des « capacités d'auto – régulateur de l'agentivité » : en fonction des informations que l'individu reçoit au cours de son comportement, sa motivation à l'achever peut varier et modifier l'action en question.

B – La pensée anticipatrice

L'agentivité ne se limite pas à la réalisation d'une action simple, d'un comportement bref : elle concerne, rappelons – le, le fait d'être actif dans sa propre vie de façon générale. Ce concept englobe donc les perspectives d'avenir, le parcours de vie d'un individu. Chaque personne choisit des actions en fonction de son système de croyance pour aboutir aux résultats qu'elle vise et éviter les résultats dommageables (Locke et Latham, 1990). La dimension sociale est essentielle dans ces choix : il est logique de choisir un comportement qui permet d'obtenir rapidement ce que l'on vise, mais si ce comportement peut parfois causer du désagrément à autrui. La personne doit donc choisir entre un bénéfice à court – terme (l'obtention rapide de ce qu'elle désire, mais en négligeant autrui) et un bénéfice à moyen voire long terme (l'obtention différée de ce qu'elle désire, mais en prenant l'autre en considération ; autre qui pourra être enclin à l'aider plus tard).

L'individu a un impact sur son environnement physique et social en le modifiant selon ce qu'il souhaite, ce qui aura un effet à long terme sur son parcours de vie. Il peut s'agir par exemple, de changer de quartier d'habitation, ce qui modifiera les personnes présentes dans le voisinage (et donc potentiellement les fréquentations de la personne), les activités et loisirs disponibles, les écoles et lieux de formations accessibles... Et ces modifications influenceront le type d'expériences futur de l'individu, et donc son système de croyance, ses compétences réelles, etc. C'est par ce processus que Albert Bandura définit la capacité de l'individu à agir sur sa propre vie, et Philippe Carré (2008) « le pouvoir d'être à l'origine d'actes visant des buts donnés. »

C – L'auto – réactivité

L'auto – réactivité est le fait pour un individu de pouvoir modifier son comportement au cours de son exécution. Elle fait intervenir 3 sous – composantes, 3 « processus auto-régulateurs reliant la pensée à l'action » (Carré, 2008) :

1) L'auto – observation

Il s'agit d'être attentif à son propre comportement. Par définition, on ne peut pas modifier intentionnellement son comportement si l'on a pas conscience qu'on est en train de le réaliser, et des étapes qu'il implique. L'auto – observation consiste en un effort conscient d'attention dynamique orienté vers son comportement et le contexte cognitif et environnemental dans lequel il est exécuté. Cette prise de conscience du déroulement de l'action pendant sa réalisation dans un contexte précis

est essentiel à son amélioration. On pourra en modifier les schémas moteurs, les représentations mentales que l'on a de nos mouvements (c'est-à-dire adapter l'organisation motrice des parties du corps impliquées dans le mouvement pour qu'il soit plus efficace), influencer l'environnement pour qu'il soit plus favorable à sa réalisation...

2) L'auto – guidance

Elle repose sur les buts de l'action, leurs objectifs. Un but personnel par exemple, augmente l'engagement de la personne dans l'exécution des actions qui y mènent. L'auto – guidance est la régulation de l'action par la motivation, et celle-ci est influencée par différents facteurs :

- le degré de spécificité du but : poursuit-on un objectif précis ou simplement une ligne directrice ? Un objectif clair pousse à une plus grande rigueur, à plus d'implication dans les actions concernées.
- Le niveau de compétence engagé : la motivation est un phénomène émotionnel, par conséquent elle est influencée par les émotions ressenties au cours de l'action. Une action trop simple pour la personne entraînera chez elle de la lassitude et par ce biais une diminution son engagement dans l'action. A l'inverse, une activité trop complexe pour elle lui causera de la frustration, associée souvent à de la dévalorisation, et donc un abandon (cognitif et/ou comportemental) face à l'action à réaliser. On parle ici « d'expérience optimale » (ou *experience flow*, Csikzentmihalyi 1975) : l'activité parfaitement adaptée au niveau de compétence de l'individu le stimulera idéalement pour maintenir sa motivation tout au long de l'action.
- La proximité temporelle : plus l'objectif est proche dans le temps, plus le comportement sera dirigé, guidé. S'il est distant, il agira plus en tant que ligne directrice qu'en réel motivateur de l'action.
- La hiérarchisation des actions : plus l'individu place d'importance et d'urgence dans un objectif, plus les actions qu'il implique seront réalisées avec engagement.

3) « L'auto-réaction correctrice »

L'implication d'une personne dans une action dépend nettement des valeurs de l'individu, et de son système moral. En effet, l'action va être guidée et motivée par les envies et les objectifs personnels de la personne, mais également sa perception du bien-fondé et de l'acceptabilité de cette action. On parle ici « d'agentivité morale » (Bandura) : le système de croyance et plus précisément les normes socio-culturelles que la personne a intégré influence ses choix. Elles sont inhibitrices ou pro-actives dans le choix, la planification et l'exécution des actes de l'individu, en fonction de ce que la société considère comme « bon » ou « mauvais », et de comment la personne se place par rapport à ces jugements de valeur. Si elle est anti-conformiste par exemple, les actions considérées comme mauvaises par les autres auront un autre attrait pour elle.

Un autre phénomène est à noter dans cette notion d'agentivité morale : le désengagement moral. Si l'individu considère que les décisions ne lui reviennent pas, et que par conséquent leurs conséquences (bonnes ou mauvaises) ne sont pas de son fait, il y a une forte diminution de l'agentivité personnelle. L'individu ne s'engage pas dans l'action (cognitivement et émotionnellement parlant), et se contente de l'exécuter. On peut citer l'expérience de Milgram (1963), qui cherchait à créer des problèmes de conscience au sujet, à savoir jusqu'à quel point il pouvait infliger de la souffrance à autrui en situation de déresponsabilisation.

L'individu évalue constamment ses performances et la moralité des actes qu'il réalise. Cette évaluation va permettre une réaction face à la satisfaction ou l'insatisfaction que crée le résultat de ses actes sur lui. Si la performance est conforme ou supérieure à celle attendue par la personne, celle-ci est satisfaite et une réaction, sinon de joie (auto-sanction positive), n'est pas nécessaire. Si le résultat de l'action est insatisfaisant pour la personne, ou si elle considère son action comme immorale (allant à l'encontre de son système de valeur) celle-ci peut réagir et s'auto-sanctionner négativement. Ces sanctions influenceront l'individu dans ses actions futures en tendant vers un alignement des comportements à ses standards personnels.

D – L'auto – réflexion

Il s'agit d'une disposition de l'individu à la méta-cognition, c'est-à-dire la capacité à réfléchir sur soi-même, ses pensées et ses actions. Elle concerne plusieurs domaines :

1) L'évaluation de nos cognitions

Notre aptitude à pouvoir réfléchir sur nos propres idées nous permet de jauger notre motivation, nos valeurs et le sens que l'on donne à nos actes.

On peut ainsi avoir une idée de notre degré de motivation pour telles ou telles actions. En prenant conscience de ce niveau, on peut réfléchir sur les raisons ou sur l'absence de raisons que nous avons de poursuivre un comportement. Il nous est possible de classer nos buts en fonction de l'implication que l'on se sent d'y investir.

L'humain est capable d'accéder à ses valeurs, aux éléments socio-culturels qui le construisent, le mobilisent ou l'empêchent d'agir. En prendre conscience nous permet de les moduler si nécessaire, ou simplement de comprendre les raisons de nos réactions face à une situation particulière.

Cette conscience de nos sources de motivations et de notre système moral est un élément clé pour la compréhension de la raison de nos comportements, et du sens que l'on y met. Elle permet de répondre à la question essentielle : « pourquoi j'agis de cette façon ? Pourquoi je fais cela ? »

2) La gestion de notre motivation

Réaliser la motivation qui nous anime est un pré-requis à la régulation de cette motivation. Elle permet, pour une action, d'évaluer plus ou moins consciemment la balance entre les efforts qu'elle demande (son coût) et ses conséquences, les bénéfices qu'elle peut nous apporter. C'est cette balance motivationnelle qui va aider l'individu à déterminer s'il va s'investir dans une activité, et à quel degré.

3) Le jugement de nos croyances

Nous sommes en capacité de mesurer l'exactitude de ce qu'on pense et ce qu'on prévoit, en fonction du résultat de nos actions sur l'environnement physique, et de la réaction d'autrui. Le développement de l'individu dans un milieu lui donne les moyens d'anticiper la réaction de l'environnement à ses comportements. Mais nous sommes également capables d'observer ces croyances à la lumière de nos nouvelles expériences, et de juger si elles sont exactes ou erronées, si elles doivent être réactualisées.

4) La croyance d'efficacité

Il s'agit de la croyance personnelle qu'on peut contrôler son propre fonctionnement et l'environnement qui nous entoure. C'est le fondement du modèle de l'agentivité puisqu'elle correspond à la croyance que l'on peut produire des effets par nos actions. Pourquoi réaliser une action si l'on pense qu'elle n'aura aucun effet sur soi, sur les autres, ou sur notre milieu matériel ? Se sentir capable de modifier son environnement ou soi-même est l'origine de la motivation, et donc de l'action.

Cette croyance se forge dès les premières années de vie : l'enfant, par des expériences au départ réflexes, puis volontaires ou accidentelles, réalise et intègre qu'il est capable d'avoir un effet sur ses parents (sourire, plaintes...), sur lui-même (manger calme la faim, pleurer soulage la pression émotionnelle...) et sur son milieu matériel (pousser un objet le déplace, jeter un verre le brise...). Si bien que la croyance d'efficacité est peu remise en question en elle-même chez un individu adulte. C'est plus le niveau d'efficacité personnel qui est remis en question et sujet aux modifications, aussi appelé sentiment d'auto-efficacité. Comme vu avec la pensée anticipatrice, en choisissant, organisant leur environnement, les individus participent activement à leur devenir, au niveau scolaire, professionnel, social, et sanitaire (peut orienter les choix de traitement, de curie...).

5) Le sentiment d'auto – efficacité

L'auto – efficacité est elle – aussi un concept théorisé par Bandura dans les années 1980. Elle correspond à l'aptitude d'un individu à mobiliser, à adapter ses compétences dans une situation donnée, et détermine donc les choix des conduites à tenir et des situations à éviter en prenant en compte nos propres compétences et de la situation elle-même, c'est-à-dire les conditions du milieu qui sollicitent ces capacités (Bandura, 1982).

L'auto – efficacité est une capacité objective, à laquelle se rattache un ressenti subjectif : le sentiment d'efficacité personnel (SEP), qui consiste en la croyance qu'on porte sur nos capacités, notre aptitude à nous adapter à la situation et à réaliser une performance particulière (Guillou, 2013). Ce sentiment oriente :

- nos choix d'activités. La tendance naturelle est de se diriger vers des activités et des milieux qu'on a la sensation de maîtriser.

- notre investissement dans une activité en termes de motivation et de persistance de l'effort. Nous en revenons au principe d'expérience optimale : une activité perçue comme ajustée à notre perception de nos capacités augmente notre implication physique et cognitive dans cette activité ; à l'inverse, une demande trop importante ou minime nous désengage de cette activité.
- et notre réaction émotionnelle face à un obstacle. En fonction de notre perception de nos capacités à surmonter une épreuve, la réaction émotionnelle peut aller de l'optimisme au pessimisme, et la réaction comportementale de l'engagement à l'évitement de la situation.

Le SEP trouve sa source dans 4 facteurs, d'importance variable (Rondier, 2004) :

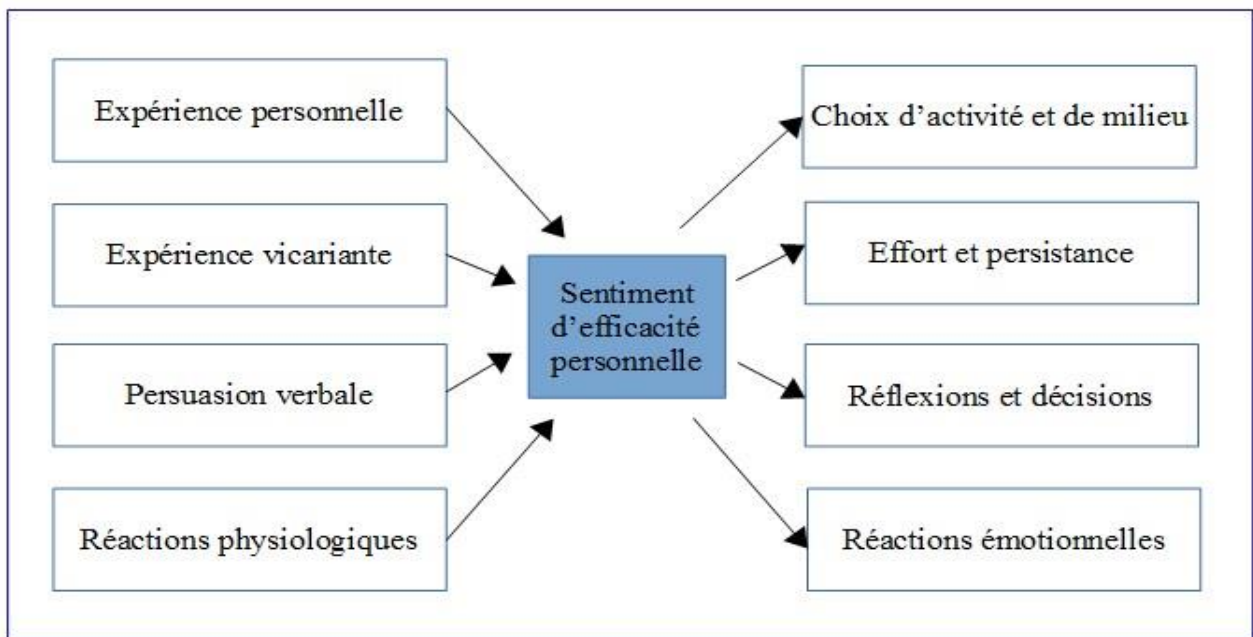


Illustration 1: Sources et effets du SEP (Reeve, 2017)

- L'expérience active donne à l'individu des informations directes sur ses capacités. Il intériorise ses précédentes performances, ce qui lui offre une idée de son efficacité personnelle pour de futurs comportements semblables.
- L'expérience vicariante influence le sentiment de capacité de l'individu à réaliser une action par l'observation d'une personne auquel il peut s'identifier, réalisant avec succès l'action en question.
- La persuasion verbale : la confiance d'un individu en ses capacités peut être influencée par un discours positif et motivant, et peut augmenter l'implication de la personne dans une activité. Ce facteur est délicat : il peut ne pas avoir d'effet sur l'individu, ou perdre sa crédibilité si les résultats sont négatifs malgré les encouragements.

- L'expression physiologique des émotions : les signes physiques de l'anxiété par exemple, renseigne la personne sur son impression de possible réussite ou d'échec dans une action. La perception de ces signes peut décourager l'individu à tenter l'expérience, tandis que leur absence maintienne sa motivation à le faire.

Une fois qu'elles sont construites, les croyances d'auto-efficacité vont contribuer à l'exercice d'une activité (Reeve, 2017). Elles auront un impact sur :

- le choix des activités à entreprendre et des environnements dans lesquels évoluer : en fonction du SEP, la personne va approcher une action ou au contraire l'éviter. Il y a une tendance général à éviter les situations qui, selon notre perception, dépasse nos capacités, et à se lancer dans les activités qu'on sent à notre portée.
- La mobilisation de l'effort et sa persistance : la confiance en la réussite d'une performance va déterminer la motivation de la personne à investir et maintenir ses efforts dans une activité.
- « La qualité de la réflexion et de la prise de décision au cours de la performance » (Reeve, 2017). Le fait d'être en confiance dans une activité libère des ressources cognitives, puisque la personne est libérée de la préoccupation liée à sa performance. Ces ressources peuvent être investies dans les pensées et la réflexion qui accompagne la réalisation de l'action.
- Les réactions émotionnelles, notamment d'anxiété : la difficulté d'une activité n'est pas liée à la tâche en elle-même, mais de la relation entre la personne et l'action ciblée (Folkman & Lazarus, 1985). La croyance que nos capacités ne sont pas à la hauteur de la tâche crée un sentiment d'anxiété, alors qu'un bon SEP tiendra ce sentiment à distance. Il est bon de noter qu'un haut SEP se traduit également par de meilleures capacités de *coping* (adaptation et gestion du stress) au quotidien.

C'est la perception de nos capacités, plus ou moins consciente, qui nous pousse à rechercher des expériences optimales, adaptées à nos compétences. Le sentiment d'auto-efficacité joue un rôle dans la trajectoire de vie : il oriente le choix du type d'activité, celui de l'environnement de vie (physique et social)... Par ce biais, il contribue à un développement de la personne et de ses compétences, ses valeurs, ses centres d'intérêt sur le long terme.

E – Les modalités de l’agentivité

Dans la théorie sociale cognitive de Bandura, celui-ci définit trois modalités à l'agentivité:

- l'agentivité personnelle: l'individu est à lui-seul auteur et exécuteur de l'action. Les objectifs sont atteints de façon directe, par son intervention sans intermédiaire
- l'agentivité par procuration ("by proxy", Bandura, 2001): dans la vie quotidienne, l'individu n'a ni le temps, ni les ressources ni les compétences pour assurer le bon fonctionnement de tous les domaines de sa vie. Il va donc déléguer à d'autres personnes les tâches ciblées, par exemple: l'ouvrier en bâtiment, l'électricien... pour concevoir son habitation, le conseiller financier, le tuteur (tutelle, curatelle)... Il y a ici la notion de relation de confiance.
- l'agentivité collective: c'est le groupe qui, en mutualisant des valeurs, des connaissances et des compétences, et en partageant des buts communs, tend à aboutir à un résultat, grâce à l'interaction et la coaction de ses membres. L'agentivité d'un groupe présente les mêmes caractéristiques que l'agentivité personnelle, elle s'étend simplement à un ensemble d'individus.

F – L’attribution de la cause de l’action

Le fait de se sentir auteur et acteur d'une action implique nécessairement la capacité à attribuer le résultat de cette action à soi ou à autrui. Le développement de l'attribution de la cause et des résultats d'une action se fait parallèlement du développement de l'auto-efficacité chez une personne. En agissant sur son milieu physique et social, l'enfant découvre qu'il peut l'influencer, et tend à s'attribuer ou non les changements de l'environnement (Heider, 1944).

Le jugement d’attribution peut être influencé par deux facteurs :

- le facteur émotionnel et social : en raison de l’environnement social essentiel dans lequel le sujet grandit, le jugement d’attribution est parfois biaisé, il n’est plus rationnel mais orienté par la valence positive ou négative du résultat de l’action perçue par l’individu. En effet, de manière générale les personnes ont tendance à s’attribuer le mérite d’un résultat positif (on parle de locus de contrôle interne) et à faire porter la responsabilité de résultats négatifs à autrui ou à toute condition extérieure à lui (locus de contrôle externe). Ce biais répondrait au besoin de l’individu à être en position de valorisation dans la société.

- Le facteur sensori-moteur : il est essentiel à la perception que nous sommes bien à l'origine de notre action. Les retours sensoriels reçus continuellement au cours de l'exécution de l'action, s'ils vont dans le sens du résultat désiré et des sensations attendues, augmentent le sentiment d'agentivité et l'attribution à soi des causes de l'action. Le fait d'émettre l'intention de prendre un objet, associé aux sensations tactiles, visuelles et kinesthésiques qui surviennent pendant le mouvement et la saisie de l'objet, confirme à l'individu qu'il est bien l'auteur et l'acteur de son action (Jeannerod, 2003).

Lafargue (2008) précise que « toutes nos actions ne sont pas à tout moment accompagnées de l'expérience consciente d'exercer un certain effort » (exemple des mouvements automatiques) « mais, dans des conditions normales, un sujet valide peut toujours focaliser son attention sur l'effort qu'il est en train de fournir, s'il le souhaite. »

III – Modèle de compréhension du sentiment de l'agentivité

Plus qu'à la notion d'agentivité de la théorie sociale de Bandura, comprenant socialisation et pensée anticipatrice, on s'intéressera dans cette partie à l'agentivité dans sa dimension corporelle, dans ce qu'elle apporte au contrôle moteur.

A – Sens du corps, sentiment de propriété et sentiment de l'agentivité

Ces termes, s'ils sont souvent confondus, ne désignent pas les mêmes notions en termes d'appropriation du corps et de ses actions.

Le sens du corps est la « conscience de son propre corps en tant qu'entité organisée, continue et stable, qui participe à la perception que nous avons de nous-mêmes » (Farrer, 2009). Ce sens se construit grâce à l'intégration de différentes perceptions venant de mêmes segments du corps (proprioception, vision, tact). L'intégration de ces informations, c'est-à-dire leur traitement combiné, crée une perception continue et unie de notre corps. Ce sens peut être mis à mal dans le cadre par exemple des angoisses et sentiments de morcellement : la stabilité du corps est remise en question. Andrieu (2010) décrit « la sensation qu'éprouve le sujet de ne plus sentir son corps ». Sa perception du corps se désorganise, devient parcellaire et/ou même tronquée.

Le sentiment de propriété à l'égard du corps est le sentiment d'être propriétaire de son corps et d'en disposer. Merleau-Ponty précise le concept de propriété en parlant du « corps propre » : le corps n'est plus une simple possession, un simple outil qui nous permet d'agir ; il est une partie de nous, il est nous. Nous sommes notre corps, en opposition à la dichotomie corps – esprit de Descartes. On passe donc à une notion de « c'est mon corps qui bouge » à « c'est moi qui bouge ».

Le sentiment d'agentivité, en extension de la théorie générale de l'agentivité, est le sentiment d'être auteur et acteur de ses actes. « Lorsque nous agissons, nous avons le sentiment que nous contrôlons nos propres actions et que nous pouvons ainsi agir sur l'environnement extérieur. » (Le Goff, 2016) On peut l'illustrer par « c'est moi qui cause mon mouvement. »

B – Sens de l'effort

Dès le XIXe siècle, il est suggéré que l'impression, le sentiment de pratiquer un effort est à la base du vécu subjectif d'un acte volontaire. C'est parce qu'il s'implique dans une action, parce que cette action lui demande de fournir un effort mental et physique, et parce qu'elle découle d'une intention, que l'individu s'attribue l'initiation et le contrôle d'une action qu'il exécute. On citera comme contre-exemple les mouvements réflexes, comme le réflexe myotatique, qui ne demande aucun effort à l'individu et peut parfois donner la sensation de subir le mouvement de notre corps.

Ce sentiment d'exercer un effort et la capacité à le mesurer ou de le prévoir, serait internalisé. L'observation par Lafargue d'une patiente privée de proprioception et de toucher montre qu'elle était capable de mouvements adaptés, contrôlés, et de transferts de force corrects, et ce, sans réafférence sensorielle. Cela induit nécessairement un « sens interne de l'effort », c'est-à-dire qu'il naît chez la personne et par la personne, sans stimulus externe ou moteur. Elle n'avait jamais fait l'expérience d'un effort musculaire, étant dépossédée de réafférences musculaires, mais elle pouvait situer la force mise dans son acte par l'intensité de sa volonté d'agir, donc en portant sa conscience sur son effort de volonté. Selon Lafargue, « un agent se reconnaît comme l'initiateur de ses propres actes avant tout dans la mesure où il est capable d'appréhender consciemment l'effort qu'il fournit lorsqu'il agit. »

C – Modèle de contrôle de l'action

C. Frith propose en 2000 un modèle de contrôle de l'action en partant des troubles de l'agentivité qu'il a pu observé en psychiatrie : dans le syndrome d'influence, les psychotiques se sentent dépossédés de leur corps et de ses actions. Ils attribuent l'origine de leurs actes à une source extérieure (entité maléfique, société gouvernementale, un proche qui le contrôleraient à distance) du fait qu'ils ne sentent pas à l'origine. Frith a tenté de donner une explication à ce trouble en présentant le modèle suivant :

Il existe des mécanismes neurophysiologiques qui constituent un système de contrôle de l'action. En partant d'une intention, le modèle établit la commande motrice et anticipe les conséquences possibles de l'action à réaliser, les résultats estimés. Cette anticipation est à l'origine de la « copie d'efférence », c'est-à-dire une copie interne du mouvement et de ses conséquences anticipées (en termes de sensations, de réactions de l'environnement). Aussi appelée « décharge corollaire », elle avait déjà été décrite dès 1950 par plusieurs auteurs (Holst, Mittelstaedt et Sperry). Elle permet une comparaison en cours d'action et à la fin de l'action entre les conséquences attendues et les conséquences réelles. Lafargue reprend cette idée en 2008 : « le cerveau calcule par anticipation, sur la base des copies d'efférences, des estimations des conséquences des ordres moteurs, cela afin d'optimiser l'efficacité de la commande motrice ». Cela permet de détecter et de corriger des erreurs de planification rapidement, avant et au cours de l'exécution du mouvement.

Frith tente d'expliquer le sentiment d'agentivité au moyen de deux mécanismes dans son modèle :

- le modèle « forward » : il repose sur la comparaison entre l'état désiré (le résultat auquel on souhaite aboutir par notre action, l'intention de base) et l'état prédit (le résultat auquel on s'attend, par le biais de l'anticipation et de la copie d'efférence). Plus ces deux états entrent en adéquation, plus la personne se sentira agente de son comportement. Il intervient principalement en cours d'action pour permettre de corriger le comportement en fonction de ce à quoi on souhaite aboutir.
- le modèle « inverse » : celui-là repose sur la comparaison entre l'état prédit et l'état réel, c'est-à-dire le résultat auquel on parvient dans les faits. Plus ce résultat coïncide avec ce que la personne avait anticipé (les conséquences de son action sur le milieu et sur ses propres sensations), plus elle s'en ressent à l'origine.

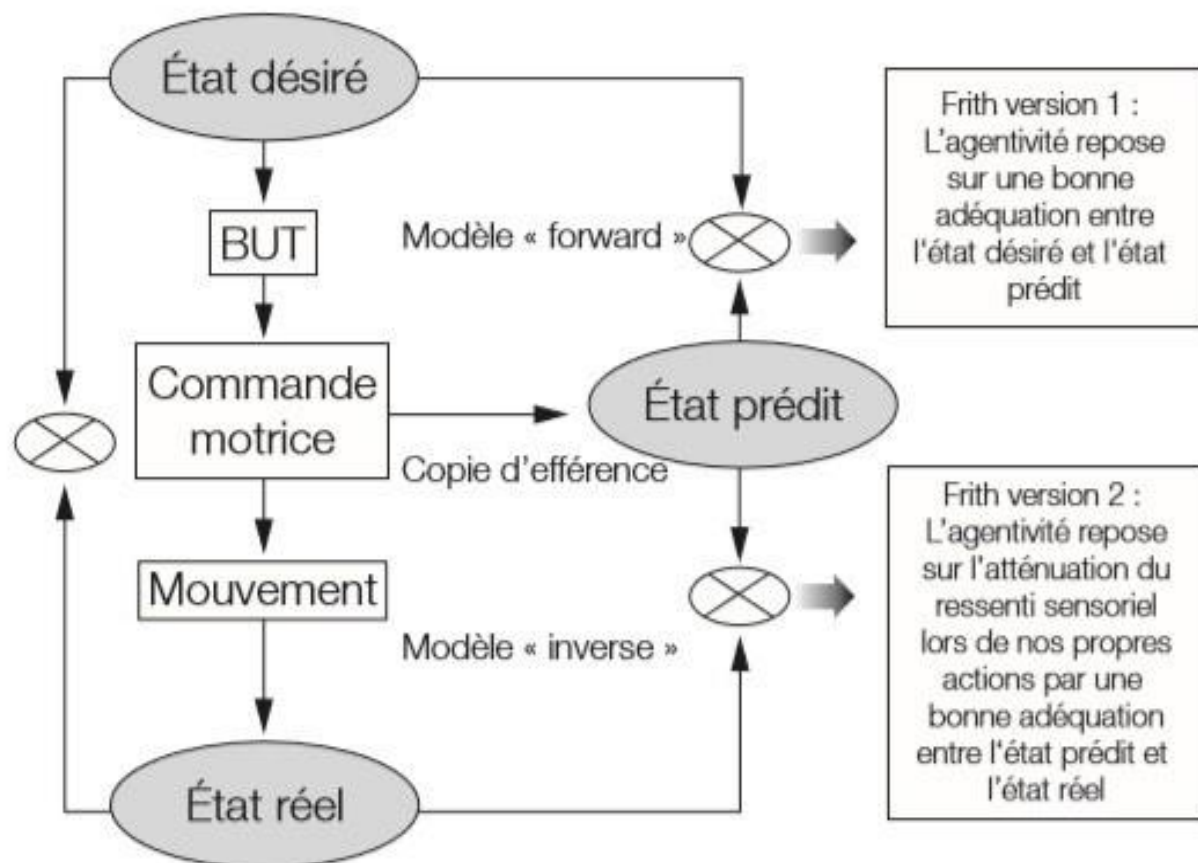


Illustration 2: Modèle de Frith (Frith & Done, 1989 ; Blackemor, Frith & Wolpert, 2000)

Pour Frith, c'est ce système qui est perturbé dans la schizophrénie : la copie d'efférence serait absente, ce qui donnerait l'illusion au sujet qu'il n'est pas à l'origine de son action puisqu'il n'a pas conscience de l'intention et des conséquences attendues de l'action. Cela s'exprime à différents niveaux :

- Selon Frith (1999), la correction du mouvement au cours de l'action est lente voire absente.
- Les conséquences (notamment sensorielles) de la commande motrice sont peu perçues : prenons l'exemple d'une stimulation à la main. S'il s'agit d'une auto-stimulation, le cerveau anticipe les conséquences sensorielles de cette stimulation et va augmenter le seuil de stimulation des cellules sensorielles. A l'inverse, une stimulation externe est non-anticipée, et les cellules sensibles seront plus intensément stimulées. Il y a donc une différence de sensation en fonction du caractère volontaire ou subi de l'acte. Cela serait lié au sens de l'effort : s'il n'y a pas d'effort de volonté impliqué dans une action, il n'y a pas création de copie d'efférence et, par conséquent, pas de d'atténuation du feedback sensoriel et donc sensation équivalente aux sensations causées par quelqu'un d'autre. Le schizophrène présentant un défaut dans ce modèle de contrôle de l'action sera autant stimulé par une

autostimulation que par une stimulation extérieure du fait du défaut d'anticipation, ce qui participe à l'illusion qu'il n'est pas à l'origine du mouvement qui le stimule.

- L'attribution de la cause de l'action peut être faussée. Le sujet schizophrène a tendance à attribuer l'origine de son mouvement à une source extérieure à sa volonté (Frith, 1999 ; Farrer, 2008). « Sans une conscience de l'intention, ils attribuent mal leurs propres actions et les interprètent par défaut comme le résultat d'une source externe. » (De Vignemont, 2002). Cette erreur d'attribution est aussi la conséquence d'un sens de l'effort perturbé dans cette pathologie. (Lafargue, 2009).

« Le schizophrène, tout en reconnaissant son corps comme le sien, met en doute son rôle d'auteur des actions qui s'y déroulent. » (Jeannerod, 2010). Le défaut de sentiment d'agentivité alimenterait le délire l'influence, au même titre que les hallucinations psycho-sensorielles (morcellement, pensées automatiques, échos intra-psychiques...).

Mais selon une étude réalisée à la même période par De Vignemont (2004), les schizophrènes présenteraient « une capacité relativement préservée à surveiller leurs propres actions, à prédire leurs conséquences sensorielles et à comparer leurs prédictions avec l'état prévu et le retour sensoriel. » Ces résultats tendraient à remettre en question le rôle du modèle de contrôle de l'action dans les troubles de l'agentivité chez le schizophrène.

Pour conclure, le sentiment d'agentivité est lié au sentiment de propriété, et émergerait de l'interaction des processus sensorimoteurs (à la base du sens du corps) et un « modèle interne prédictif qui permettrait d'anticiper, par le biais d'une copie d'efférence, les réafférences attendues consécutives à la commande motrice envoyée aux muscles lorsqu'une action motrice est envisagée » (Saitour & Albaret, 2017). Notons que ces différents sens interagissent et s'enrichissent entre eux. Par exemple comme l'a écrit Jeannerod, « le fait de se sentir l'auteur de ses actions et de se les attribuer renforce le sens de la possession du corps. »

Partie 2 – L’agentivité dans la pratique psychomotrice

Le concept d’agentivité, c’est-à-dire la manière dont on peut appréhender l’individu en temps qu’agent de sa vie, est grandement applicable au domaine de la psychomotricité. Le but sera de la rendre actif dans sa prise en charge et d’optimiser sa participation à sa propre rééducation.

I – L’apport de l’approche agentique

A – Construire sa prise en charge : l’intention et la planification

La mise en place d’un suivi en psychomotricité débute par un bilan psychomoteur, qui doit faire état des compétences et des limites de l’individu, sur la base d’une observation clinique, qu’elle soit libre ou dirigée, d’une évaluation para-clinique par le biais d’examen standardisés, ainsi que d’un entretien avec le patient et/ou son entourage.

S’en suit la décision des objectifs thérapeutiques à court, moyen et long termes. Si cette décision est parfois faite sans la consultation explicite du patient, notamment en raison de l’âge et des capacités de compréhension de ce dernier, l’approche agentique vise à poser le patient en temps qu’auteur et acteur de sa prise en charge et ce, dès l’étape de décision des objectifs de travail. Il peut s’agir d’impliquer l’enfant en lui demandant les objectifs moteurs qu’il souhaiterait atteindre (comme réussir à faire du vélo ou à nouer ses lacets seul) comme dans l’approche CO-OP. Dans mon lieu de stage, les patients étant des sujets adultes et présentant des capacités d’expression et de compréhension relativement préservées, nous proposons un entretien en fin de bilan psychomoteur, dans lequel nous présentons les résultats et éléments que nous avons pu observer. Ensuite nous soulignons les domaines dans lesquels le patient semble en difficulté et sur lesquels nous pouvons lui proposer une prise en charge. Mais c’est au cours de la discussion qui suit que le patient est amené à discuter des résultats, de la dimension invalidante ou non des difficultés que nous avons relevées, d’autres problèmes qui n’ont pas été mis en évidence par l’évaluation, et finalement à décider des objectifs de la prise en charge.

Dans ce cas, c'est donc au patient que revient la décision des buts du suivi psychomoteur. Dans le cas où une demande particulière a été faite par le corps médical, mais qui n'est pas une demande du patient lui-même, nous avons pu réagir de différentes façons. Lors de l'entretien, nous présentons l'objectif proposé par les médecins et observons la réaction du patient : s'il est accueilli positivement par le patient, nous l'intégrons ensemble dans les objectifs de suivi ; s'il le refuse ou nie son utilité, l'objectif est laissé de côté pendant un premier temps, puis rediscuté plus tard dans la prise en charge.

Cet accord commun du thérapeute et du patient sur les objectifs de prise en charge a plusieurs buts . D'abord, il augmente la sensation chez le patient d'être à l'origine de cette prise en charge, de pouvoir la contrôler et l'orienter selon ses besoins et ses envies. Et par conséquent, cela aura également pour effet de solliciter le maximum d'engagement et de motivation chez le patient, autre élément essentiel de l'agentivité. Plus le patient sera impliqué émotionnellement, intellectuellement et corporellement dans une activité, plus ce qu'il en retirera sera important. En effet, « la motivation est reliée à diverses conséquences telle la curiosité, la persévérance, l'apprentissage et la performance. » (Deci & Ryan, 1985, cités par Vallerand & al, 1989 page 1). Ces éléments sont primordiaux dans une rééducation et la motivation est un facteur non négligeable pour y aboutir.

R. Viau (2000) parle plus de « dynamique motivationnelle », dans le sens qu'elle est en perpétuelle renouvellement, puisque dépendant directement des intentions du sujet, de sa position de décideur, des avantages et inconvénients à s'engager dans une action au profit d'une autre, de la réponse du milieu à l'action qu'on réalise... Carré (2008) décrit « un véritable travail », qui nécessite de l'énergie et des ressources, impliquant donc que la personne « ait suffisamment de raisons de s'impliquer dans une activité [...] d'y entrer et de la mener à bien. » Ce travail serait très impliqué dans deux aspects fondamentaux dans l'apprentissage, c'est-à-dire « les processus cognitifs (en particulier les processus réflexifs) et les processus psychosociaux (interactions sociales) ». Cette balance motivationnelle dynamique, si elle ne peut pas être négligée en psychomotricité, est délicate à aborder avec le patient. Elle dépendra autant, voire plus, du travail du patient avec le psychologue, notamment sur mon lieu de stage.

Une autre composante de la motivation concernera directement le type d'activité que l'on proposera au patient. Marquet-Doléac (Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R., & Albaret, J. M., 2005) parle de « motivation initiale », nécessaire à la mise en route de l'activité, et la « motivation générale » qui permet le maintien de l'activité jusqu'à son terme. La motivation initiale sera principalement liée à la nouveauté et à l'attractivité de l'activité aux yeux du patient. On s'axera donc sur des matériaux

et médiations qui intéressent personnellement la personne, et on proposera « une gamme variée et stimulante de situations plus ou moins ludiques. »

B – Être attentif à son comportement et l’adapter : l’auto – observation et l’auto – réaction

Un pré-requis essentiel à la reconnaissance d’une action comme étant la nôtre, et à notre identification en temps qu’acteur de nos comportements est la capacité à prendre conscience et à réfléchir sur l’action qu’on réalise. Cette auto-observation permet d’accéder à l’intention de base, les étapes de réalisation et le résultat souhaité d’une action envisagée. Cette prise de conscience n’est pas systématique (mouvements automatiques, actions rituelles...), mais dans une prise en charge en psychomotricité axée sur l’augmentation de l’agentivité du patient, elle est nécessaire.

Dans cette démarche, il est intéressant d’expliquer les étapes du suivi envisagées et les techniques de prise en charge proposées, pour que le patient puisse s’en faire une représentation sur le court, moyen et long terme, pour comprendre l’intérêt et les principes d’action des différentes techniques. Tout cela dans le but qu’il comprenne les actions qui sera amener à réaliser, les exercices qu’on lui proposera. Le patient pourra réfléchir à leur utilité et à leur fonctionnement, ce qui pourra également aider à consolider ses acquis en séance. Prenons l’exemple de la relaxation musculaire progressive de Jacobson : expliquer au patient que, dans cette méthode, le couple contraction – relaxation participe à atteindre un état de relaxation, et que l’on cherche à détendre toutes les différentes parties du corps, peut l’aider à se souvenir des différents mouvements composant cette méthode et des sensations qu’il pourrait ressentir, pour qu’il puisse l’utiliser de façon autonome.

Le fait d’être capable de réaliser une auto-observation est une composante de l’auto-réaction. Comme vu plus tôt, il s’agit de la capacité à modifier son comportement et son action en cours de réalisation. Une fois que nous avons conscience de notre but, des étapes de notre action et ses probables conséquences sur le milieu physique et social, il est possible de modifier notre comportement ou même de stopper notre action, si ses conséquences ne nous satisfont pas ou qu’elle est inefficace. La capacité du patient à pouvoir intervenir dans sa prise en charge en manifestant son insatisfaction, ses doutes, ses difficultés à réaliser l’exercice n’est pas toujours spontanée. Si certains patients n’hésitent pas à exprimer ces sentiments, d’autres doivent être stimulés et mis en confiance afin qu’ils acceptent de parler de leurs doutes. Cela représente un pas important du patient dans l’implication active dans son propre suivi.

Il est à noter que cette prise de conscience n'est pas exclusive à nos pensées mais s'applique également dans les exercices moteurs. Elle peut être un axe de travail dans la rééducation de la motricité par exemple. Auprès d'un enfant présentant un TDC, on guidera le patient pour qu'il prenne conscience des étapes de son comportement, de son geste pour en déterminer les défauts, et à terme l'améliorer. Hors du domaine de la pathologie, se centrer sur l'auto-observation de son comportement est également essentiel dans les sports par exemple, en vue d'améliorer sa performance.

C – Prendre conscience de ses pensées et de ses croyances : l'auto – réflexion, les jugements d'attribution et le sentiment d'efficacité personnelle

Si la prise de conscience par le patient de ses comportements est importante dans la perspective agentique d'une prise en charge en psychomotricité, il ne faut pas négliger l'aspect cognitif et émotionnel de ces comportements. En effet, ces derniers sont la plupart du temps secondaires au système de croyance théorisé par Bandura (2001). Sans nécessairement en avoir conscience, les actions entreprises ou non par les individus découlent des valeurs et règles qu'ils ont apprises, des buts qu'ils se fixent, des conséquences possibles de leurs actes, et de leurs limites et capacités. Le système de croyance est tellement intériorisé qu'il n'est bien souvent pas conscientisé. Or, avoir conscience des raisons qui nous poussent à réaliser une action peut contribuer à augmenter notre position d'agent.

L'auto-réflexion est donc la capacité à réfléchir sur soi-même et, dans ce qui nous intéresse ici, à prendre conscience de nos croyances sur nous-même et ce qui nous entoure. Le fait de prendre pleinement conscience des raisons qui nous poussent à présenter tel ou tel comportement peut nous permettre d'identifier des comportements sans réelle raison, ou qui trouvent leur source dans la maladie... et cela peut aider l'individu à s'en défaire, à avoir la motivation nécessaire au changement de comportement. Par exemple, un patient anorexique qui s'est isolé de son milieu familial, notamment aux moments des repas, peut comprendre que cela est secondaire à son sentiment d'être jugé par sa famille et celui de ne pas pouvoir contrôler ce qu'il mange pendant ces moments-là. Le fait d'en avoir conscience peut aider le malade à prendre des dispositions avec sa famille et passer outre ce comportement. Par ce fait, l'individu n'est plus victime d'un comportement qu'il subit et parfois n'explique pas, mais redevient agent de ses comportements. Cette situation est très

schématique, et les comportements, dans le cadre d'une maladie psychique ou non, sont plus complexes à modifier et demandent un travail de long court.

L'auto-réflexion, si elle est stimulée et guidée, peut aussi permettre de dévoiler des biais d'attribution. Les individus présentent deux types d'attribution de la responsabilité des événements qui les entourent : le locus de contrôle (ou LOC) interne ou externe. Ce concept de LOC a été développé dès 1966 par Rotter et en distingue donc deux types :

- si les événements sont perçus comme « résultat de la chance, du hasard, du destin, ou comme le fait d'autres toutes-puissances » (Cité par Dubois, 1987) ou par l'action d'autres individus, on parle de croyance en un contrôle externe. Par exemple, pour s'expliquer un mauvais résultat à un examen, la personne pourra dire « le sujet n'avait rien à voir avec le cours, ils ne nous ont jamais fait étudier cela, la question était mal formulée et on ne comprenait pas ce qu'ils nous demandaient », etc.
- En revanche, si l'individu « considère que l'événement dépend de son propre comportement ou de ses caractéristiques personnelles relativement stables », on parle de croyance en un contrôle interne. Pour la même situation, la personne pourra dire « je ne connaissais pas suffisamment le cours, je n'ai pas suffisamment travaillé, je pense savoir où j'ai commis une erreur », etc.

Ces types de croyance représentent des tendances de chaque individu à s'attribuer ou non l'origine d'un événement. Une personne n'attribue pas en permanence, pour tout événement, la responsabilité à autrui, cela dépend des situations, mais on peut repérer une tendance chez les individus à tendre généralement vers l'une ou l'autre des croyances. Or, « Le trouble du sens de l'agentivité repose sur une attribution erronée de ses propres actions à autrui, ou des actions d'autrui à soi. Le sujet ne se trouve plus être l'instigateur du mouvement, ou alors, son comportement est adapté comme si les mouvements d'un autre étaient les siens. » (Malet, 2017) Pour favoriser une position d'agent dans la prise en charge, il faut que le patient tende vers un locus de contrôle interne, qui présente en lui-même de nombreux avantages.

Selon une étude de Peylet (1992), les personnes présentant un LOC interne seraient plus persévérants dans la résolution de tâches et sauraient tirer le meilleur parti des résultats de leurs expériences, ce qui expliquerait qu'ils réussissent mieux leur parcours scolaire et professionnel, et mènent plus souvent leurs projets à terme. Du fait d'une plus grande confiance en eux, ils seraient également moins influençables ou sujets à la pression sociale et à l'anxiété, avec de plus grandes capacités d'adaptation.

En effet, le fait de savoir qu'ils sont « responsables de ce qui leur arrive », ils pourraient prendre conscience de leurs erreurs ou intégrer ce qui vaut leur succès, et donc réutiliser efficacement cette expérience et s'adapter aux nouvelles situations. Privilégier le LOC interne en prise en charge pourrait donc aider les patients à intérioriser le résultat des exercices et médiations proposés par le thérapeute pour le généraliser par exemple. Il est également intéressant de noter que les internes sont moins sensibles aux troubles de la personnalité que les externes (Castro, 1995), et que par conséquent, le LOC externe est particulièrement représenté dans les troubles psychiatriques, ce qui implique de travailler dessus plus régulièrement qu'en milieu non psychiatrique.

La capacité à réfléchir sur soi-même peut également permettre de conscientiser le sentiment d'efficacité personnelle. Comme vu plus haut, ce sentiment est le résultat de nos croyances quant à nos propres capacités. Face à une situation donnée, nous aurons plus ou moins le sentiment de pouvoir accomplir la tâche proposée selon nos expériences antérieures. Il influence donc plus ou moins directement nos chances de succès dans une activité. En prise en charge, il aura donc un impact important sur la perception des médiations proposées : si l'individu se considère comme stressé au quotidien et incapable de se détendre, il partira défaitiste sur des activités de relaxation et de méditation par exemple. Le fait d'insister (dans la mesure du raisonnable) peut alors avoir deux effets : une réussite subjective de détente surprenante pour le sujet et par conséquent une possible envie de renouveler l'expérience ; ou à l'inverse un échec subjectif qui le renforcera dans son sentiment de faible efficacité personnelle dans ce domaine. Dans ce dernier cas, si la détente et le lâcher-prise sont importantes dans le suivi de ce patient, il faudra proposer des activités qui relèvent moins de l'idée générale que les individus ont de la relaxation (éviter les protocoles de relaxation et médiations connues, proposer par exemple des courts exercices de pleine conscience ou de guidage en aveugle...).

Il est essentiel, dans ce travail en lien avec le sentiment d'efficacité personnel, de proposer de nombreuses expériences différentes au patient afin qu'il enrichisse son système de croyance ou modifie quelques croyances négatives qu'il a de ses compétences. Ce travail peut se faire soit (comme vu plus haut) par des exercices détournés qui l'amèneront à une prise de conscience de ses capacités réelles, soit ouvertement, de façon directement ciblée sur une croyance qui handicape le patient.

II – Le sentiment d’agentivité en prise en charge

A – Mon corps m’appartient, je suis mon corps : sens de propriété et sens du corps

Si le sens du corps et le sentiment de la propriété du corps sont distincts du concept d’agentivité, ils participent à la sensation que les actions réalisées sont bien les nôtres, que nous en sommes les auteurs et les acteurs. Le fait de percevoir son propre corps comme une entité solide et organisée, et à celui de se sentir propriétaire de son corps, sont essentiels pour entreprendre des actions sans avoir peur de « se briser » (crainte parfois manifestée par les patients en psychiatrie, qui voient leur corps comme fragile et parcellaire), et pour avoir conscience que personne d’autre à part nous ne contrôle les mouvements de notre corps au quotidien.

Cette appropriation du corps peut être travaillée avec les patients pour lesquels ce concept paraît problématique. L’objectif sera d’augmenter la perception que l’individu a de son corps et sa cohérence. On pourra par exemple proposer des auto-massages avec différents matériaux, des touchers thérapeutiques enveloppants, des mobilisations passives... Ces médiations viseront à se faire concentrer le patient sur ses sensations corporelles et viser une perception globale du corps. On préférera donc travailler sur toutes les parties du corps au cours d’une même séance pour ces patients plutôt que de se focaliser sur les différentes parties du corps progressivement sur plusieurs séances. Il est également essentiel de donner une liberté totale d’expression au patient au cours de ces temps, de lui donner explicitement la possibilité de s’exprimer ou non sur ses ressentis pendant et après les médiations.

La perception augmentée de son corps peut conduire naturellement l’individu à le considérer comme sien, notamment par le biais des auto-massages, puisqu’en plus de se concentrer sur ses sensations, c’est lui qui s’applique volontairement des stimulations. Cela enrichit chez lui le lien « je fais quelque chose, je ressens quelque chose » : ses sensations sont donc le résultat de son action volontaire.

B – Mon action me demande un effort : sens de l’effort

Comme vu dans la partie théorique, le sens de l’effort est l’impression de pratiquer un effort (mental et physique), ce qui fonde la sensation d’agir volontairement. Chez certains patients, schizophrènes par exemple, la sensation d’effort n’est pas ressentie, ce qui peut leur causer

l'impression de ne pas être à l'origine de leur action, et donc d'être contrôlé par autrui ou une force supérieure.

Dans un suivi psychomoteur pour un patient où le sens de l'effort fait défaut, on pourra proposer des exercices physiques inspirés du Tai-Chi ou du Qi Gong, qui proposent des mouvements lents et contrôlés, pouvant s'accompagner d'un contrôle de la respiration. Ces médiations permettent de réaliser des mouvements tout en se concentrant sur les sensations corporelles qu'elles créent. Par exemple, la répétition d'un mouvement d'accroupissement et de relevage (squat) demande de plus en plus d'effort physique (et mental pour maintenir l'action), ce qui rend conscient pour tous la sensation d'effort. Certains autres exercices, comme de lancer un poids le plus loin possible, peuvent aussi permettre de mettre en évidence avec le patient l'effort physique, mais, étant des mouvements balistiques (et donc très rapides), la perception de cet effort peut être trop brève pour faire l'objet d'une « analyse » par le patient.

Dans la vie quotidienne, les efforts fournis par l'individu ne sont, heureusement, pas tous conscients. L'objectif ici n'est donc pas de permettre au patient d'être conscient de tous les efforts qu'il produit, mais de pouvoir en avoir conscience dès qu'il le souhaite, en se concentrant sur son action en cours. Et s'il sait qu'il réalise un effort, il est plus enclin à s'attribuer son mouvement.

C – J'anticipe les résultats de mon action : état désiré, état prédit et état réel

Dans la continuité du travail sur le sens de l'effort, on peut proposer un travail de conscientisation des étapes d'une action. De la même façon que la méthode CO-OP pratiqué avec les enfants (notamment TDC), on se concentre avec le patient sur l'objectif visé, les étapes possibles pour y parvenir, et sur la comparaison entre le résultat obtenu et l'objectif de base. Le but est de rendre, initialement, les étapes explicites pour que le patient est conscience qu'à tout moment de son action, c'est lui qui a le contrôle. Il est à la base de l'action : c'est lui qui en fixe l'objectif, les possibles moyens d'y parvenir et détermine s'il est satisfait du résultat.

Le fait que l'état attendu et l'état réel (résultat obtenu) soient cohérents augmente le sentiment d'agentivité : « je souhaitais aboutir à cela, j'ai réalisé tel action, et je suis arrivé au résultat que j'avais souhaité. Cette action est donc bien la mienne. » Ce rapport de cause à effet est naturellement intériorisé dans l'enfance grâce à l'expérience motrice, mais peut être remis en question dans plusieurs pathologies psychiatriques. On peut trouver une forme de passivité chez ces patients, qui n'ont pas la

sensation d'avoir le contrôle sur ce qui les entoure et sur ce qu'eux-même font. Ce travail a donc pour objectif de replacer les patients dans leur rôle d'agent, de les rendre conscients de leur responsabilité dans les actions qu'ils réalisent.

Partie 3 – Études de cas

I - Étude de cas 1 : Anne, agente de sa prise en charge

[...]

□ **Représentation des capacités (sentiment d'efficacité) :** *Évaluation des représentations des capacités psychomotrices : sur 4 épreuves différentes, la patiente énonce quel niveau de difficulté (10 au total) elle pense pouvoir atteindre, puis réalise l'épreuve avec 3 essais.*

- **Agilité (saut en longueur) :** Anne parvient au 8^e degré de difficulté. Surprise de ses propres capacités, elle pense d'abord à un coup de chance avant de constater les résultats suivants qui confirment ses capacités. Elle dit que la maladie l'avait autrefois grandement affaiblie, et qu'elle est à la fois étonnée et contente de sentir qu'elle a retrouvé de la force musculaire.
- **Adresse (lancer de précision) :** La frustration est ici manifeste suite à la non-atteinte de l'objectif fixé. Anne exprime des pensées d'autodépréciation et d'auto-culpabilisation, associées à des exigences personnelles de perfection : « j'aurais dû faire 10/10 ». Cette imposition d'objectifs est en contradiction avec ses compétences, qu'elle estime médiocres dans ce domaine.
- **Équilibre (extension unipodale) :** Anne est très à l'aise. Elle est concentrée, dans la performance et la prévision.
- **Force (lancer d'une haltère) :** Elle n'atteint pas le degré de difficulté élevé qu'elle s'était imposé, ce qui crée de nouveau beaucoup de frustration voire de colère chez elle, qu'elle n'hésite pas à exprimer verbalement.
- **Flexibilité motrice :** *Évaluation de la créativité et de la flexibilité motrice, avec recherche d'un maximum de gestes différents de lancer de ballon.*

Anne atteint 10 lancers seule, puis 16 gestes différents avec étayage (moyenne de 20 – 25). Elle reste très concentrée, ne propose pas de mouvement non conventionnel ou ludique. Elle explore corporellement peu les possibilités de mouvements, et ne propose pas certaines idées par crainte d'échouer le lancer (alors que la réussite du lancer est complètement accessoire dans cette évaluation).

- **Tonus :** *Évaluation des ajustements posturaux anticipés et du tonus de repos.*

Les ajustements posturaux sont de bonne qualité. Anne est capable de se relâcher rapidement, à son grand étonnement : elle se dit tonique au quotidien, avec de grandes difficultés à «se laisser faire ». Ce lâcher-prise difficile au quotidien sera souvent évoqué au cours de la prise en charge.

- **Gestion émotionnelle :**

- **Identification d'expressions faciales** : bonne reconnaissance des figures et bonne capacité d'analyse (nez froncé pour le dégoût, bouche serrée pour la colère...). Anne dit réussir facilement à identifier les émotions de ses proches et à exprimer les siennes. Chez elle, si la tristesse était plus présente auparavant, la colère prend aujourd'hui davantage le dessus.

- **Focus respiratoire** : Elle est à l'aise, maintient ses yeux fermés et compte ses cycles respiratoires sans difficulté. Cette épreuve ne crée pas d'anxiété chez elle.

- **Proprioception spatiale** (*positionnement articulaire statique*) : bien réussi, Anne se dit sûre d'elle.

- **Image du corps :**

- **Auto-description corporelle** : cet exercice est perçu comme difficile, Anne dit avoir une vision assez floue de certaines parties de son corps (notamment les jambes). Elle donne une description d'elle plutôt courte, centrée sur des détails, sans vision globale de son corps. Elle donne des éléments morphologiques, mais aussi expressifs et sociaux. Le « je » est absent : elle donne une liste de ses traits physiques, sans s'impliquer personnellement dans cette description.

- Dessin de soi :

- **corps actuel** : il est exécuté rapidement, elle ne semble pas vouloir s'attarder sur cet exercice. La silhouette est très maigre, avec les articulations saillantes et les membres fins, excepté ses cuisses (élargissement net mais ne se touchent pas). Le visage n'est pas dessiné, et il manque le haut du crâne ainsi que les pieds.

- **Corps idéal** : celui-ci est exécuté sans hésitation. La silhouette est plus courbée, avec notamment une augmentation du volume de la poitrine et des hanches ; les cuisses se touchent. Les pieds et le crâne restent absents.

- **Silhouette de Mouchès** : Anne se situe actuellement à la silhouette 2 (IMC = 17), pour un IMC réel très proche (16,5). Son corps idéal correspondrait à la silhouette 4 (IMC = 19,3). On ne retrouve pas ici de dysmorphophobie.

La limite de cette évaluation de l'image du corps est qu'elle peut être manipulée par le patient : Anne a déjà été hospitalisée plusieurs fois pour anorexie mentale et sait le genre de réponses qu'attendent les médecins dans ce genre d'évaluation. Je ne mets pas en cause sa sincérité lors de cette épreuve, je précise simplement que ces résultats ne peuvent pas être considérés comme parfaitement révélateurs de la présence ou absence de dysmorphophobie chez le patient anorexique. Il ne s'agit que d'un indicateur.

Lors de l'entretien de restitution de bilan, nous laissons Anne s'exprimer en premier sur ce qu'elle a pu ressentir ou observer chez elle pendant son évaluation. Elle parle de la présence d'un grand miroir dans une des salles utilisées en psychomotricité, qui l'a beaucoup perturbé. Elle éprouve principalement des difficultés à se confronter à l'image de son corps et à se l'approprier (chose révélée également dans l'évaluation de l'image du corps). Elle présente également une problématique obsessionnelle qui mêle exigence de perfection et crainte de l'échec, qui limitent l'expérimentation sensorimotrice et l'expression des capacités. Elle décrit notamment un sentiment intense de frustration et de colère envers elle-même quand elle ne parvient pas, au quotidien aussi bien que dans l'évaluation, à atteindre un objectif qu'elle s'est fixé ou la meilleure performance possible. Si elle tente de réaliser une action et que celle-ci n'est pas parfaite, ou seulement réussie au deuxième essai, elle le considère comme un échec, même dans des domaines qu'elle n'a jamais ou peu expérimentés. La question de la dysmorphophobie étant mineure selon elle en ce début de suivi, nous décidons ensemble de travailler sur cette exigence excessive et son manque de flexibilité sur le sujet de la performance, ainsi que sa difficulté ressentie à « lâcher prise », ne pas avoir de contrôle permanent sur son environnement.

Le début du suivi est principalement centré sur une exploration des capacités psychomotrices par l'intermédiaire de défis moteurs, gradués en difficulté (très facile/adapté aux capacités/trop difficile), notamment par des exercices de jonglerie et d'adresse pour travailler sur le perfectionnisme d'Anne et la frustration qu'il génère.

Anne adhère rapidement au principe de l'exercice. Elle nous demande en général de proposer un défi en premier, mais se montre très à l'aise pour proposer sa propre idée, en utilisant du matériel varié et des épreuves originales. Elle trouve facilement des défis faciles, mais a plus de difficulté à distinguer les niveaux adaptés des niveaux trop difficiles. Anne explique avoir été surprise pour certaines épreuves dont elle avait sous-estimé la difficulté, et qui ont induit une frustration de ne pas réussir. De la même manière, se retrouver moins à l'aise que nous sur une épreuve entraîne chez elle un sentiment d'incapacité, avec une difficulté pour prendre en compte l'impact de notre propre entraînement, absent chez elle. Pour d'autres épreuves, Anne peut se rendre compte que ses capacités peuvent être rapidement améliorées au fil des essais : tandis qu'elle aurait pu se sentir incapable au premier essai, les suivants montrent des possibilités accrues. Elle se prend au jeu d'essayer, réessayer, expérimenter, pour progressivement mieux connaître et délimiter ses possibilités corporelles.

Anne est très rapidement envahie par un sentiment de frustration très important, suscité par des échecs répétés à une activité considérée comme facile. Avec de l'étayage, elle peut prendre conscience de l'impact négatif de son émotion sur ses performances, et de l'intérêt de s'extraire de la situation pour faire diminuer sa colère. Anne parle d'un sentiment de colère envers elle-même « qui monte très vite », mais qui s'apaise également rapidement quand elle se retire de l'activité et en discute, avant de reprendre. La régulation respiratoire aide aussi de façon efficace. Elle dit être mise en difficulté par son sentiment de frustration mais apprécie le travail fait autour de ce sentiment car il lui semble nécessaire. Elle fait notamment des liens avec sa vie quotidienne, où son exigence de perfection et d'immédiateté l'handicape beaucoup.

Anne verbalise de nouveau la contradiction consistant à vouloir réussir du « premier coup » des activités qu'elle n'a jamais pratiquées, et qui lui semblent au premier abord « impossibles ». Elle affirme avoir conscience de cette pensée dysfonctionnelle et souhaiterait travailler dessus. Elle exprime avec satisfaction qu'elle est plus à l'écoute de ce que lui disent les autres, au sujet de l'apport de l'expérience dans la réussite d'une activité. Elle dit en effet que d'habitude, elle ne veut pas entendre les arguments comme « c'est parce que je pratique beaucoup », chose qu'elle dit mieux acceptée aujourd'hui. Si elle peut encore ressentir un important sentiment de frustration, par exemple face à ses résultats scolaires, elle peut parfois prendre ses distances avec ce pic émotionnel.

Nous avons ensuite aborder ensemble le thème du lâcher-prise par le biais de mobilisations passives, de guidage en aveugle... des médiations dans lesquelles le but est pour Anne de se « laisser faire », se laisser guider. De façon assez surprenante, ces exercices ne sont ni difficiles ni anxiogènes

pour elle. Au contraire, ils sont très relaxants selon elle. Anne nous explique que, contrairement à dans son quotidien, il lui est très facile en séance de nous « confier les rênes ». Elle est en position de faire le choix de ne pas choisir. Dans son quotidien, quand plusieurs événements sont prévus dans un après-midi, il faut impérativement selon elle qu'ils soient réalisés rapidement et en rencontrant le moins d'imprévu possible. Le moindre changement de programme est pour elle extrêmement stressant et peut même la mettre en colère. A la fin de ce suivi, elle nous dit que, même si elle est toujours rigoureuse sur ce qu'elle a prévu de faire, elle est à présent capable de se dégager des moments où rien n'est prévu, où tout peut arriver. Là encore, il s'agit de moment où elle choisit de ne pas choisir, ce qui reflète toujours une certaine inflexibilité. Mais cela représente un changement encourageant.

Le travail sur l'image du corps entamé par la suite avec Anne est très riche du fait de ses verbalisations spontanées et fournies sur son vécu en séance et hors du suivi psychomoteur. Ses difficultés se centrent sur une dysmorphophobie ciblant les cuisses, et l'appropriation de son nouveau corps, proche d'un IMC normal. Par appropriation, j'entends le fait d'identifier son corps comme étant le sien, immobile ou en mouvement. Anne peut elle-même dire de ce « nouveau corps » : « ce n'est pas moi, ce n'est pas mon corps ». Nous lui avons principalement proposer le théâtre d'ombre associé à la photographie comme médiation : elle permet de se concentrer uniquement sur la silhouette, donc la forme globale du corps, en excluant tout les distracteurs comme les traits du visage. Nous faisons plusieurs propositions de postures, de mouvements ou de saynètes en rapport avec un thème choisi, que nous prenons en photos. Nous visualisons ensuite ces photos au cours de la séance ou au cours de séances récapitulatives.

Là encore, Anne est libre de proposer des thèmes, des positions et des mîmes, mais elle est également parfaitement libre de refuser la médiation. Ce travail sur l'image du corps étant coûteux pour elle, elle peut parfois demander de recevoir des mobilisations passives de type Wintrebert en fin de séance. Et si son état émotionnel initial est fragile, elle peut demander spontanément de faire tout une séance centrée sur le mieux-être et le lâcher-prise par ces mobilisations. Dans le fond ou dans la forme, Anne ne subit pas ce travail sur l'image du corps : elle en est demandeuse et actrice. Notre suivi s'est terminé d'un commun accord sur la thématique de l'image du corps : Anne a quitté l'Hôpital psychiatrique au moment de la fin de mon stage.

II - Étude de cas 2 : Méлина, distante de son suivi

[...].

Un bilan psychomoteur est demandé, principalement pour évaluer les symptômes de dysmorphophobie et l'anxiété chez Mélina. Elle n'en a pas fait la demande personnellement. Pendant l'entretien, Mélina est très discrète, plutôt immobile et dans une posture enroulée, épaules fermées et tête inclinée vers le bas. L'expression corporelle est très réduite, y compris au niveau du visage, où l'on retrouve un léger et constant sourire de gêne ou de timidité. Le regard peut être soutenu quelques secondes mais tend systématiquement à dévier sur le côté lorsqu'il dure plus longtemps. Mélina s'exprime très peu verbalement, à l'aide de phrases courtes et simples, souvent hésitantes. Sa voix est monocorde et de faible volume. Mélina peut très difficilement parler de l'hospitalisation, de son parcours de soin et de son vécu de l'anorexie. Les vécus de dysmorphophobie, ou les vécus corporels en général, ne peuvent pas être abordés, peut-être autant par manque d'élaboration que par gêne à ce sujet.

□ **Représentation des capacités (sentiment d'efficacité)** : *Évaluation des représentations des capacités psychomotrices : la patiente énonce quel niveau de difficulté (10 au total) elle pense pouvoir atteindre, puis réalise l'épreuve avec 3 essais.*

- **Agilité** (*saut en longueur*) : Mélina est ici en difficulté d'un point de vue moteur, avec un manque de coordination global. Le saut ne peut être fait pieds joints, et l'élan est presque absent au niveau du buste et des bras. La réception elle-même ne peut être assurée qu'un pied après l'autre.

Mélina vise la difficulté 5 et n'atteint que la 4, aux 3 essais. Cependant, lorsque je lui propose de viser le degré 8, ou même 9, elle réussit tout juste à les atteindre du premier coup. Sa performance semble donc très dépendante de l'objectif fixé, et peut être largement supérieure à ce qui est prévu.

- **Équilibre** (*extension unipodale*) : Mélina estime très justement ses capacités, du moins atteint exactement l'objectif fixé. Là encore, l'effort fourni reste léger, et laisse entrevoir des compétences potentiellement supérieures.
- **Force** (*lancer d'un haltère*) : là aussi, dans une moindre mesure, on retrouve le décalage entre l'estimation initiale et la réalisation : Mélina n'atteint que le degré 5 lorsqu'elle le vise, mais peut aller jusqu'au 6 lorsque je le lui propose. La coordination est correcte, mais l'effort est certainement inférieur aux possibilités réelles de Mélina, qui ne semble pas oser forcer davantage.

- **Adresse** (*lancer de précision*) : cette épreuve met en évidence une sous-estimation des capacités : Mélina vise la difficulté 6 et atteint finalement la numéro 9. Elle fait preuve d'une grande aisance et d'une grande régularité dans son geste de lancer.
- **Flexibilité motrice** : *Évaluation de la créativité et de la flexibilité motrice, avec recherche d'un maximum de gestes différents de lancer de ballon.*

Mélina commence assez rapidement avec quelques gestes différents avec les mains, mais se retrouve très vite bloquée. Avec mes encouragements et quelques indices, et en prenant le temps de chercher sans malaise manifeste, elle peut proposer 9 gestes distincts. Si les mains sont bien utilisées, les autres parties du corps sont très peu investies (tête et pied seulement), et uniquement suite à mon rappel de cette possibilité. La posture reste toujours la même, debout de face.

- **Gestion émotionnelle**
 - **Identification d'expressions faciales (figures d'Ekman)** : Mélina est souvent hésitante et met plusieurs secondes avant de se prononcer sur une des expressions. La peur et la colère sont peu identifiées, tandis que la joie, la tristesse, la surprise et le dégoût sont plus facilement repérés. Cependant, au vu de la lenteur et du besoin d'aide pour les expressions d'intensité élevée, celles d'intensité faible ne sont pas proposées pour éviter la mise en échec.
 - **Focus respiratoire** : Mélina peut garder ses yeux fermés pendant une minute (avec persistance de mouvements palpébraux importants), et semble rester concentrée sur sa respiration, qu'elle maintient à un rythme plus lent que d'habitude et plutôt régulier. Cependant, compter le nombre de cycles respiratoires paraît impossible. Cet exercice est décrit comme plus apaisant qu'angoissant par Mélina.
- **Proprioception spatiale** (*positionnement articulaire statique*) : cette épreuve est très difficile pour Mélina. On retrouve d'importants décalages dans la restitution de la position articulaire proposée, avec des déviations plutôt distales, au niveau du coude et du poignet. La position est parfois totalement oubliée, ce qui questionne la mémoire de travail et les perceptions proprioceptives.

Par ailleurs, Mélina se montre très rigide face à la mobilisation passive. Ces crispations sont accompagnées de tremblements très perceptibles sur les mains.

- **Mobilité et expressivité faciale** : Mélina peut très difficilement mobiliser les différentes parties de son visage, tant de façon dissociée que globale, tant sur la partie haute que basse. Elle essaye néanmoins à chaque fois, mais son visage semble bloqué, figé dans un sourire timide habituel. Elle ne souhaite pas utiliser le miroir proposé.
- **Image du corps**
 - **Dessin de soi** : L'épreuve n'est pas réalisable au premier abord. Au moment de commencer le dessin, après quelques secondes d'hésitation, Mélina saigne subitement et abondamment du nez, mais de façon très brève. Je la raccompagne alors à l'infirmierie. Ces saignements sont très rares, absents depuis plusieurs mois. Plus tard, lors d'une autre séance, l'épreuve est réalisée cette fois sans encombre.
 - Corps actuel : le dessin, hésitant au début, est réalisé avec soin et simplicité. Mélina représente son ventre de manière arrondie, et ses jambes de façon élargie. Des boutons sont ajoutés à la fin sur le torse pour signifier les vêtements. Les cheveux sont bouclés, correspondant ainsi à un marqueur permettant de l'identifier, et donnant au dessin son caractère personnalisé.
 - Corps idéal : le dessin est également soigné, bien qu'exécuté plus rapidement. La différence est nette avec le dessin précédent, avec une silhouette rectiligne, sans courbes, et affinée au niveau du ventre et des jambes. Mélina peut décrire cette différence : « c'est plus mince ».
 - Silhouettes de Mouchès

Le corps actuel correspond à la silhouette 6 (IMC = 21,6) pour un IMC réel de 14, tandis que le corps idéal correspond à la silhouette 3 (IMC = 18). La dysmorphophobie est ici manifeste et très importante.

Méline présente [...] On repère des difficultés dans la motricité globale ; la motricité fine, l'équilibre et les coordinations oculo-manuelles sont préservés. Méline présente une importante dysmorphophobie, des difficultés de perception proprioceptive, ainsi qu'une faible flexibilité motrice. Lors de restitution de bilan, Méline s'exprime très peu sur l'évaluation, bien que nous lui laissions le temps de le faire. Devant sa difficulté à parler d'elle-même, nous passons sur un format d'entretien plus dirigé, au départ avec des questions ouvertes (« qu'est-ce que vous avez ressenti pendant cet

exercice ? » par exemple), mais elle est de nouveau très en difficulté pour répondre. Les seules questions auxquelles elle répond sont celles où un choix multiple est proposé : elle répond par oui ou par non aux différentes affirmations que nous lui proposons, et nous cherchons à préciser sa pensée au maximum par ce biais, avec le risque que cela l'influence dans ses réponses.

Nous finissons donc par lui proposer de s'intéresser à ses possibilités motrices (et notamment à son importante inhibition), ainsi qu'à son anxiété puis en dernier lieu à son rapport à l'image du corps. Méлина accepte de manière relativement passive, sans manifester son avis sur les axes que nous lui proposons.

En début de prise en charge, nous cherchons à travailler sur son inhibition motrice et son manque de flexibilité motrice par le biais de jeux, comme de rechercher plusieurs moyens de déplacement en chaise à roulette, ou de créer avec du matériel un parcours d'obstacle qui nous permettrait de traverser la salle sans toucher le sol, ou de parcours de sauts, s'organiser pour transporter le plus d'objets possibles à travers la pièce dans un jeu de relais sans en faire tomber... Dans l'objectif de la soulager de notre regard, nous nous impliquons dans ces jeux également. Pour les obstacles qu'elle proposait, nous lui demandons aussi d'essayer de proposer le même obstacle avec une difficulté plus ou moins importante.

Après nos propositions, elle peut proposer un mode de déplacement ou un obstacle, puis un autre avec davantage d'étayage. La recherche est lente, Méлина semble prendre le temps de choisir un obstacle et comment le franchir, mais finit souvent par proposer un obstacle très simple, même avec étayage. En revanche, elle éprouve des difficultés pour imaginer une façon de modifier un obstacle, et d'en changer le degré de difficulté. Si elle est globalement à l'aise pour réaliser les parcours, elle occupe peu l'espace, avec peu de mobilisations spontanées, des impulsions très timides pendant les sauts... Dans les transports d'objets, elle ne cherche jamais le défi, se cantonnant à 4 ou 5 objets par elle-même. Elle répète fréquemment ne pas pouvoir transporter plus d'objets malgré les possibilités. Cela peut être dû à son inhibition, dans le sens qu'elle ne cherche pas à s'impliquer de manière motrice plus que nécessaire, sans tenter de jouer sur la difficulté. Mais cela peut également être lié à sa difficulté à imaginer toutes ses possibilités motrices (comme d'utiliser son cou ou ses épaules pour porter des cerceaux et des tissus par exemple), en lien avec son manque de flexibilité mentale notamment.

Initialement très inhibée, n'osant pas se mettre en mouvement, elle semblait se prendre au jeu, testait nos propositions. Sa présentation était toujours plutôt fermée et timide, pouvant s'avouer stresser par

les séances, mais elle se montrait globalement souriante et pouvait rigoler franchement parfois face à certaines situations, ce qui nous encourageait à poursuivre dans cette médiation avant d'aborder les axes plus délicats.

Mais quelques séances après que nous ayons débuté la prise en charge, Mélina a commencé à oublier nos rendez-vous, à placer des permissions sur ces créneaux et donc à éviter les séances. Nous lui en avons rapidement parlé, à elle ainsi qu'à son interne. Son discours était confus et pauvre, il était difficile de déterminer ce qu'elle ressentait à l'égard du suivi et elle-même avait beaucoup de difficultés à dire ou imaginer des possibilités de poursuivre le suivi d'une manière qui serait plus agréable pour elle. Son interne nous a en effet fait part de l'aspect très anxiogène des séances pour Mélina, aspect dont elle ne nous avait pas parlé auparavant et qui était complexe à observer en séance en raison de sa présentation habituelle fermée et de l'amusement qu'elle manifestait régulièrement en séance. Devant l'incertitude de Mélina, nous avons laissé la conversation en suspens pour lui permettre de réfléchir. Le fait qu'elle ait placé une permission sur le créneau de psychomotricité a été rediscuté avec elle : il s'est avéré qu'elle n'avait pas oublié le rendez-vous de ce jour-là, mais avait voulu l'éviter. Son interne a dû redéfinir avec elle l'importance des séances dans son suivi psychiatrique, qu'elles faisaient partie du cadre de l'hospitalisation et que tout manquement à ce cadre pouvait entraîner un affermissement [...]

III – Discussion

Par ces deux cas, on peut avoir un aperçu rapide d'une implication active d'une patiente dans une prise en charge, ou au contraire un abord passif de ses soins et dans la plupart des aspects de sa vie. Le comportement et la philosophie du thérapeute sont importants comme nous l'avons vu en partie deux, mais de nombreuses conditions personnelles conditionnent l'abord agentique ou non de sa vie par une personne, et donc sa façon de s'impliquer dans une prise en charge.

Anne se présentait d'emblée comme très active et impliquée dans les médiations. Elle n'hésitait pas à proposer ou refuser des activités, s'exprime naturellement sur ses ressentis que ce soit pendant le temps d'entretien de début de séance ou dans les médiations. Elle a pu avoir de multiples prises de conscience sur son propre fonctionnement : sa difficulté à distinguer ce qui est complexe de ce qui est impossible, son exigence de perfection immédiate et le sentiment de nullité qu'elle ressent en situation « d'échec », le fait qu'elle n'aime pas entendre des arguments sur les vertus de l'entraînement, l'impact de ses émotions sur sa performance... Ces prises de conscience révèle une auto-réflexion importante, que les mises en situation et un peu d'étayage (par le biais de questions portant sur ses ressentis face à sa performance par exemple) ont pu favoriser. Anne a également fait montre d'une bonne capacité à s'adapter à ses propres découvertes : elle a progressivement accepté l'argument de l'entraînement pour expliquer la différence entre nos performances et les siennes ; elle effectuait un retrait émotionnel et physique de l'activité en cas d'important sentiment de colère ou de frustration, se calmait par le biais de réflexions verbalisées et de contrôle respiratoire, puis revenait dans l'activité en recherchant explicitement les éléments qui pouvaient améliorer son geste. Cette capacité à réfléchir sur soi et à y réagir que présentait Anne dès les premières séances la plaçait de manière assez spontanée en position d'actrice, de patiente activement impliquée dans sa prise en charge.

Anne s'est donc placée naturellement et rapidement en agent de sa prise en charge.

Les objectifs thérapeutiques étaient ceux qu'elle s'était fixés, avec notre accompagnement, si bien qu'elle pouvait se placer comme étant à l'origine du suivi en psychomotricité, en excluant les médecins de l'initiative de la prise en charge. Cette vision de sa thérapie augmentait son agentivité.

Une des intentions thérapeutiques de ce début de suivi était également de créer avec elle une alliance thérapeutique solide, qui nous permettrait plus tard dans la prise en charge, quand elle en ferait la demande, de travailler sur l'image du corps. Cette thématique est en effet délicate à aborder avec les patients, notamment au niveau de leur ressenti et de la pression possible du regard du thérapeute. Et le fait que nous ayons choisi de nous centrer sur les objectifs cités plus haut, plutôt que directement sur la problématique de l'image du corps avancée par les médecins, a participé au sentiment d'écoute et de confiance qu'Anne nous témoignait.

L'intérêt de ces exercices était discuté ouvertement avec Anne, elle savait que le but visé n'était pas directement la performance, mais les sentiments qu'elle génère (satisfaction / frustration).

Connaissant les objectifs de ces exercices, elle pouvait d'elle-même centrer son attention sur ces sentiments et réfléchir de façon autonome dessus, avec notre accompagnement.

Anne était très centrée sur la performance au quotidien, donc ces exercices, même difficiles et frustrants, ont été appréciés pour le défi qu'ils représentaient, et souvent valorisés par Anne pour leur intérêt dans sa thérapie. Le choix de la médiation a donc convenu à la patiente et elle a pu s'y investir, venir motivée à chaque séance, sans appréhension manifestée.

De par sa personnalité, ses expériences, Anne semble avoir toujours réagi en s'accrochant, en persistant face à ses difficultés. Cette dynamique l'amène à s'impliquer activement de façon importante dans ses activités. Méлина semble avoir adopté le comportement inverse. Au vue de son parcours développemental, plusieurs éléments ont pu l'amener à une position passive dans la quasitotalité des aspects de sa vie quotidienne. Elle présentait dans l'enfance un retard de développement psychomoteur ainsi qu'une faible déficience intellectuelle. Et même si elle a été suivi pour cela, son milieu familial était très protecteur, avec une tendance à agir ou parler pour elle, même actuellement. Cela a pu entraîner des explorations motrices et une autonomie très réduites, et un sentiment de nullité face aux activités motrices et intellectuelles. Sentiment à l'origine de son anxiété quasi-constante, et augmentant avec le temps, à mesure qu'il lui est demandé de s'investir et de réaliser des activités par elle-même. Elle démontre donc une passivité dans la plupart des aspects de sa vie, qui peut même s'observer au niveau de son discours. Très bref, souvent en attente de l'avis de l'autre, comme pour ne pas décevoir ni faire de faux-pas, ou sachant que l'on répondrait pour elle si elle ne le faisait pas.

Devant le peu d'investissement personnel dont elle avait fait preuve en bilan et en évaluation, un de nos premiers objectifs était de la rendre active dans sa prise en charge à venir. Nous cherchions à la mettre en confiance, à lui faire comprendre que notre regard n'était pas jugeant et que l'espace de psychomotricité pouvait être non-anxiogène, un espace d'expression et de mouvement sans recherche de performance. Nous souhaitions lui donner l'espace d'exprimer son avis et ses capacités motrices sans craindre d'être évalué, dans le jeu. Par ce biais, nous visions l'établissement d'une relation thérapeutique suffisamment solide pour aborder les sujets plus délicats pour elle : l'anxiété et l'image du corps. Mais il s'est avéré que les demandes que nous le faisons ont été perçues comme anxieuses, orientées sur la performance motrice, domaine dans lequel elle était en difficulté dans sa période développementale. Alors que nous pensions que l'aspect ludique et notre discours la détournerait de l'idée de performance, ces exercices ont été pour elle générateurs d'anxiété qui l'a

poussé, pas seulement à ne pas investir le suivi, mais à le fuir. L'intention de la rendre plus active dans une prise en charge n'est pas en cause, mais la médiation n'a pas abouti au résultat souhaité. Nous aurions pu par exemple lui proposer des activités d'exploration sensorielle, d'auto-massages... Des activités où l'aspect de la performance est totalement absent et où la qualité de la motricité n'est pas importante.

L'aspect « punitif » et restrictif des mesures du corps médical est symptomatique d'un faible engagement de Mélina dans tous les soins proposés à l'hôpital, que ce soit en psychologie, en psychomotricité ou dans les ateliers. La réaction des médecins a été de consolider le cadre d'hospitalisation de Mélina, de sorte qu'elle soit dans l'obligation de participer à ses prises en charge. Cet aspect obligatoire va à l'encontre du principe d'agentivité : Mélina était dépourvue de sa position de décideur et d'acteur, suivant simplement les recommandations qu'on lui faisait. Si cette réaction est justifiée par le danger vital d'une pathologie comme l'anorexie, cela limitait grandement son implication et sa motivation dans le soin. Elle avait également une conscience toute relative de son anorexie, n'y voyant pas de désavantage majeur, ce qui enlève un moteur motivationnel au changement. Le travail portant sur l'agentivité chez cette patiente pourrait représenter un axe de travail à part entière avec le psychomotricien, en collaboration avec le psychologue par exemple.

Tous ces aspects de la personnalité et de l'environnement de Mélina l'orientait vers une position très passive, diminuait grandement son agentivité : les choix faits n'étaient pas les siens, elle n'avait pas à les assumer ; elle ne se considérait pas comme malade, en danger, ce qui entamait sa motivation à se soigner, que ce soit avec les médecins ou le psychomotricien. Le fait que son discours soit très pauvre nous a aussi limité dans la compréhension de sa personnalité et de sa perception d'elle-même. S'appropriait-elle son propre corps ? Comment l'investissait-elle émotionnellement ? Comment percevait-elle précisément son anorexie, comment se manifestait cette dysmorphophobie dont parlaient les médecins ? Était-elle capable de réfléchir sur ses performances et sur ses pensées ? Toutes ces questions, si elles avaient trouvé une réponse (en entretien ou simplement au cours de la prise en charge si elle s'était poursuivie) auraient peut-être pu nous aider à situer Mélina et à engager avec elle un travail sur l'agentivité.

Conclusion :

La théorie sociale de Bandura place l'individu en tant qu'agent, en tant que personne active dans sa propre vie par l'intermédiaire de ses choix et des actions qu'il décide d'initier. Cette conception induit les notions de motivation et de sentiment d'efficacité personnelle, essentielles à l'implication de la personne dans les actions qu'elle entreprend. Dans le cas de la prise en charge en psychomotricité, je me suis posée la question de l'importance de l'agentivité dans le suivi des patients, et plus particulièrement auprès d'adultes en milieu psychiatrique, et par quels moyens la privilégier. J'ai tenté de répondre à ces questions par des observations faites au cours de mon stage de 3ème année en hôpital psychiatrique, et par des études de cas qui ont pu souligner les différences entre deux patientes qui se sont impliquées de façon presque opposée dans leur suivi psychomoteur.

Plusieurs idées ont pu ressortir de ces observations. Pour rendre le patient au maximum actif dans sa prise en charge, il faut le placer en position de décideur dès les premiers entretiens, en lui expliquant l'intérêt de tout ce qu'on cherche à lui proposer et en lui laissant la liberté de s'exprimer et de s'opposer à ce qu'on lui propose. Il faut également lui permettre d'observer son propre comportement, de l'amener à avoir conscience des actions qu'il entreprend, et de pourquoi il les entreprend, pour qu'il puisse entre autres, s'il le souhaite, modifier sa façon d'agir. Le patient doit également prendre conscience des pensées qu'il a sur lui-même et sur ses capacités, et de s'il se considère comme responsable de ses comportements, s'il se les attribue ou non. Toujours dans le but de replacer le patient en temps qu'acteur dans sa vie et dans sa prise en charge, il est important de le faire se recentrer sur son corps et son appropriation ; il doit avoir conscience des efforts qu'il fournit pour réaliser une action et des résultats qu'il en attend, ce qui le place naturellement dans sa position de décideur dans ses actions et dans sa prise en charge, d'agent de ses comportements.

Pour conclure, j'ajouterais que le travail qui vise à rendre un patient plus actif et impliqué dans son suivi psychomoteur, et par extension dans sa vie en général, est un travail transversal. Il se réalise en parallèle des domaines psychomoteurs qui posent problème au patient et qui le poussent à consulter le psychomotricien de son établissement. Cela reste un travail complexe et très ambitieux, qui mérite une prise en charge sur plusieurs années au rythme des évolutions du patient dans les autres domaines psychomoteurs travaillés, et qui doit être discuté avec les autres professionnels qui gravitent autour du patient, pour généraliser ce travail à tous les aspects de sa prise en charge médicale et paramédicale.

Bibliographie

- Andrieu, B. (2010). L'externalisation du soi par la décorporation sensorielle. *L'Évolution psychiatrique*, 75(3), 371-381
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26
- Bratman, M.E. (1999) *Faces of intention : Selected Essays on Intention and Agency*. New York, Cambridge Univ. Press
- Carré, P. (2004) « Bandura, une psychologie pour le XIX^e siècle ? », *Savoirs*, vol. hors – série, n°5, 2004, pp 9 – 50
- Carré, P., & Fenouillet, F. (2008). *Traité de psychologie de la motivation*. Dunod
- Castro C. (1995) Stress, fatigue, burn-out en milieu professionnel : interventions individuelles, *Pratiques psychologiques*, 4.
- De Moura, E. (2009) "La Théorie d'Attribution de Causalité et du Locus de Contrôle", dans *Enseignement: apprentissage de la statistique, TICE et environnement numérique de travail. Étude des effets de supports didactiques numériques, médiateurs dans la conceptualisation en statistique* (Thèse de Doctorat en Science de l'éducation, Université de Lyon 2). Repéré à http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2009/de_moura_braga_e#p=0&a=title
- De Vignemont, F., & Fournieret, P. (2004). The sense of agency: A philosophical and empirical review of the “Who” system. *Consciousness and Cognition*, 13(1), 1-19.
- Dubois N. (1987) *La Psychologie du contrôle : les croyances internes et externes*, Grenoble, P.U.G.
- Farrer, C., & Franck, N. (2009). Sens du corps dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35(1), 43-51

- Frith, C. D., & Done, D. J. (1989). Experiences of alien control in schizophrenia reflect a disorder in the central monitoring of action. *Psychological medicine*, 19(2), 359-363
- Frith, C. D., Blakemore, S. J. & Wolpert, D. M. (1999). Spatio-temporal prediction modulates the perception of self-produced stimuli. *Journal of cognitive neuroscience*, 11(5), 551-559
- Frith, C. D., Blakemore, S. J., & Wolpert, D. M. (2000). Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action. *Brain Research Reviews*, 31(2-3), 357-363
- Frith C. D., Blakemore, S. J. & Wolpert, D. M. (2002). Abnormalities in the awareness of action. *Trends in cognitive sciences*, 6(6), 237-242
- Guillou, B. (2013). *Prise en charge psychomotrice de la peur de tomber chez des sujets âgés chuteurs* (Mémoire de DE de psychomotricité). Université de Paul Sabatier, Toulouse III
- Jeannerod, M. (2003). The mechanism of self-recognition in humans. *Behavioural brain research*, 142(1-2), 1-15
- Kolb, B. et Wishaw, I (1998) « Brain plasticity and behavior », *Annu. Rev. Psychol.* , 49. p. 43 – 64
- Lafargue, G., & Franck, N. (2008). Rôle du sens de l'effort dans le syndrome d'influence. Role of sense of effort in delusions of control. *PSN*, 6(3), 137-148
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The handbook of behavioral medicine*, 282-325
- Le Goff K. (2016) *Agentivité dans les systèmes fortement automatisés. Modélisation et simulation*. (Thèse pour l'obtention du grade de docteur en neurosciences, Université de Aix – Marseille). Repérée à <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01455102/document>
- Le Ny, J – F. (2018). « Behaviorisme », *Encyclopa Universalis* [en ligne]. Repéré à <http://www.universalis.fr/encyclopie/behaviorisme/>
- Locke, E.A. et Latham, G.P. (1990) *A theory of Goal Setting and Task Performance*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice – Hall
- Malet, E. (2017). *Le syndrome d'influence dans la schizophrénie: conséquence d'un trouble psychomoteur?* (Mémoire de DE de psychomotricité). Université de Paul Sabatier, Toulouse III

- Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R., & Albaret, J. M. (2005). La rééducation du Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité: approche psychomotrice. *Neuropsychy news*, 4(3), 94-101.
- Merleau-Ponty, M. (2013). *Phénoménologie de la perception*. éditions Gallimard
- Peylet, M. (1992). *Étude des facteurs favorisant la réalisation d'un projet de formation continue: l'exemple des anciens élèves du Conservatoire national des Arts et Métiers* (Doctoral dissertation, Paris 5).
- Reeve, J. (2017). "Croyance de contrôle personnel", dans *Psychologie de la motivation et des émotions*. (p.289 – 326) De Boeck supérieur
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris: Éditions De Boeck Université, 2003. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (33/3), 475-476
- Saitour, A., & Albaret, J. M. (2017). Dimension proprioceptive et tactile de la conscience corporelle et action volontaire chez un enfant avec TSA: protocole à cas unique en rééducation psychomotrice. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(1), 42-53
- Vallerand, R. J., Blais, M. R., Brière, N. M., & Pelletier, L. G. (1989). Construction et validation de l'échelle de motivation en éducation (EME). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(3), 323
- Viau, R. (2000). Des conditions à respecter pour susciter la motivation des élèves. *Correspondance*, Volume 5(3), 2-4.

[...]

Résumé

L'agentivité est un concept selon lequel l'individu est auteur et acteur de ses comportements, et qu'il est ainsi responsable des changements qui surviennent autour de lui ; on parle d'individu agent. On parle de trouble de l'agentivité quand une personne n'est plus active, n'est plus agente dans sa vie personnelle. Si la notion d'agentivité peut s'appliquer à tous les aspects de la vie quotidienne, il concerne également de façon importante la psychomotricité. En effet, plus l'individu est impliqué et actif dans ses comportements et dans sa prise en charge, plus les résultats de son suivi seront importants. Cette agentivité doit donc être stimulée chez les patients, particulièrement quand elle est déficitaire, en augmentant la part active du patient dans les décisions et médiations, et en le menant à prendre conscience de son propre fonctionnement, pour optimiser sa motivation. On peut donc voir se dégager différents types de patients : ils peuvent être actifs et impliqués dans leur prise en charge, ou au contraire passifs, en retrait. Pour ces derniers, on peut proposer un travail transversal sur l'agentivité dans le but de les engager dans leur propre suivi.

Mots – clés : agentivité, Bandura, théorie sociale cognitive, motivation, sentiment d'efficacité personnelle

Abstract

Agency is a concept in which the individual is author and actor of his behaviour, and is thus responsible for the changes that occur around him, what we call an "agent". We talk about "disorders agency" when a person is no longer active in his personal life. Although the concept of agency can be applied to all aspects of daily life, it also concerns psychomotricity significantly. This agency must be stimulated in patients, especially when it is deficient. By encouraging the patient to be participate actively in deciding his own care plan and by leading him become aware of his own functioning, he will be more motivated and thus will yield better results. We can see different types of patients emerging: they can be active and involved in their care, or conversely passive and withdrawn. For the latter, we can propose a transverse work on the sense of agency in order to engage them in their own follow-up.

Key-words : agency, Bandura, social cognitive theory, motivation, feeling of personal efficacy