



Impact du syndrome frontal chez les patients cérébro-lésés en phase chronique : apport de la psychomotricité dans le domaine des fonctions exécutives

Lilla Baïda

► To cite this version:

Lilla Baïda. Impact du syndrome frontal chez les patients cérébro-lésés en phase chronique : apport de la psychomotricité dans le domaine des fonctions exécutives. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017328

HAL Id: dumas-01017328

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017328>

Submitted on 2 Oct 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

L'impact du syndrome frontal chez les patients cérébro-lésés en phase chronique

*Apport de la psychomotricité dans le domaine des fonctions
exécutives*

Baïda Lilla
Née le 20 Juillet 1992 à Saint Pol sur Mer (59)
Juin 2014

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

L'impact du syndrome frontal chez les patients cérébro-lésés en phase chronique

*Apport de la psychomotricité dans le domaine des fonctions
exécutives*

Baïda Lilla
Née le 20 Juillet 1992 à Saint Pol sur Mer (59)
Juin 2014

REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, Mme Nelly Munier pour m'avoir guidée et conseillée au cours de l'écriture de ce mémoire.

A ma maître de stage qui m'a permis de réaliser mon stage dans les meilleures conditions et qui m'a accompagnée tout au long de cette année.

A l'ensemble du personnel et les patients de la Maison d'Accueil Spécialisée où j'ai effectué mon stage pour leur accueil et pour m'avoir permis d'intégrer pleinement l'institution.

A tous les psychomotriciens et professionnels que j'ai eu l'occasion de rencontrer, de suivre durant ma formation et qui ont chacun nourrit une partie de ce travail.

A ma famille et mes amis pour leur soutien durant cette année riche en stress.

A tous les relecteurs qui ont accepté de m'aider dans la rédaction de ce mémoire.

A tous les futurs psychomotriciens avec qui j'ai pu partager trois années de formation fantastiques.

SOMMAIRE

I.	AVANT-PROPOS.....	2
II.	INTRODUCTION.....	3
III.	PROPOS THEORIQUES	5
A.	LA CERE BRO-LESION	5
B.	PRISE EN SOIN EN MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE	14
C.	LE HANDICAP	19
D.	LE SYNDROME FRONTAL : UNE ATTEINTE DES FONCTIONS EXECUTIVES	24
E.	LES FONCTIONS EXECUTIVES	30
F.	CONSEQUENCES PSYCHOMOTRICES DES TROUBLES DES FONCTIONS EXECUTIVES	34
IV.	L'INTERVENTION EN PSYCHOMOTRICITE.....	49
A.	L'APPROCHE PSYCHOMOTRICE	49
B.	DEUX EXEMPLES DE PRISE EN SOIN EN GROUPE	54
V.	CONCLUSION	76
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	78
VII.	TABLE DES MATIERES	80
	ANNEXES	82

I. AVANT-PROPOS

Je suis né tôt ce matin, juste avant que le soleil comprenne
Qu'il va falloir qu'il se lève et qu'il prenne son petit crème
Je suis né tôt ce matin, entouré de plein de gens bien
Qui me regardent un peu chelou et qui m'appellent Fabien
Quand le soleil apparaît j'essaie de réaliser ce qu'il se passe
Je tente de comprendre le temps et j'analyse mon espace
Il est 7 heures du mat' sur l'horloge de mon existence
Je regarde la petite aiguille et j'imagine son importance
Pas de temps à perdre ce matin, je commence par l'alphabet
Y'a plein de choses à apprendre si tu veux pas finir tebé
C'est sûr, je serais pas un génie mais ça va y'a pire
Sur les coups de 7 heures et demie j'ai appris à lire et à écrire
La journée commence bien, il fait beau et je suis content
Je reçois plein d'affection et je comprends que c'est important
Il est bientôt 9 heures et demie et j'aborde l'adolescence
En pleine forme, plein d'envie et juste ce qu'il faut d'insouciance
Je commence à me la raconter, j'ai plein de potes et je me sens fort
Je garde un peu de temps pour les meufs quand je suis pas en train de faire du sport
Emploi du temps bien rempli, et je suis à la bourre pour mes rencards
Putain la vie passe trop vite, il est déjà 11 heures moins le quart
Celui qui veut me viser, je lui conseille de changer de cible
Me toucher est impossible, à 11 heures je me sens invincible
Il fait chaud, tout me sourit, il manquait plus que je sois amoureux
C'est arrivé sans prévenir sur les coups d'11 heures moins 2
Mais tout à coup, alors que dans le ciel, y'avait pas un seul nuage
A éclaté au-dessus de moi un intolérable orage
Il est 11 heures 08 quand ma journée prend un virage
Pour le moins inattendu alors je tourne mais j'ai la rage
Je me suis pris un éclair comme un coup d'électricité
Je me suis relevé mais j'ai laissé un peu de mobilité
Mes tablettes de chocolat sont devenues de la marmelade
Je me suis fait à tout ça, appelez moi Grand Corps Malade
Cette fin de matinée est tout sauf une récréation
A 11 heures 20 je dois faire preuve d'une bonne dose d'adaptation
Je passe beaucoup moins de temps à me balader rue de la Rép'
Et j'apprends à remplir les papiers de la Cotorep
J'ai pas que des séquelles physiques, je vais pas faire le tho-my
Mais y'a des cicatrices plus profondes qu'une trachéotomie
J'ai eu de la chance je suis pas passé très loin de l'échec et mat
Mais j'avoue que j'ai encore souvent la nostalgie de 10 heures du mat'
A midi moins le quart, j'ai pris mon stylo bleu foncé
J'ai compris que lui et ma béquille pouvaient me faire avancer
J'ai posé des mots sur tout ce que j'avais dans le bide
J'ai posé des mots et j'ai fait plus que combler le vide
J'ai été bien accueilli dans le cercle des poètes du bitume
Et dans l'obscurité, j'avance au clair de ma plume
J'ai assommé ma pudeur, j'ai assumé mes ardeurs
Et j'ai slamé mes joies, mes peines, mes envies et mes erreurs
Il est midi 19 à l'heure où j'écris ce con d'texte
Je vous ai décrit ma matinée pour que vous sachiez le contexte
Car si la journée finit à minuit, il me reste quand même pas mal de temps
J'ai encore tout l'après-midi pour faire des trucs importants
C'est vrai que la vie est rarement un roman en 18 tomes
Toutes les bonnes choses ont une fin, on ne repousse pas l'ultimatum
Alors je vais profiter de tous les moments qui me séparent de la chute
Je vais croquer dans chaque instant, je ne dois pas perdre une minute
Il me reste tellement de choses à faire que j'en ai presque le vertige
Je voudrais être encore un enfant mais j'ai déjà 28 pijes
Alors je vais faire ce qu'il faut pour que mes espoirs ne restent pas vains
D'ailleurs je vous laisse, là c'est chaud, il est déjà midi 20.

Grand corps Malade – Midi 20

II. INTRODUCTION

Au cours des trois années de formation que j'ai vécues, mon approche de la psychomotricité a évolué, s'est modifiée et transformée. Aujourd'hui, je considère cet écrit comme un travail de recherche qui me permet de synthétiser et faire des liens entre ce que je vis en séance avec les patients et ce que je peux lire, apprendre et connaître de la psychomotricité. Ce travail n'est que le début d'une réflexion qui devra me suivre tout au long de mon avenir professionnel.

J'effectue mon stage de troisième année en Maison d'Accueil Spécialisée. J'y rencontre des patients adultes atteints de polyhandicap et d'autres ayant une cérébro-lésion acquise après un développement normal. Le choix d'effectuer mon stage auprès d'adultes a été une volonté de ma part. En effet, lorsque j'ai voulu me former à la profession de psychomotricien, c'était la perspective de pouvoir travailler avec des enfants qui me motivait. L'approche psychomotrice auprès d'adultes me semblait quelque chose qui me mettrait en difficulté. Alors, expérimenter cette dimension du métier en stage m'a semblé pertinente et a guidé mon choix.

Après quelques temps d'observation et une implication de plus en plus prégnante de ma part, il a fallu que je commence à construire ma réflexion pour élaborer ce mémoire. Il s'avère que l'accompagnement en psychomotricité des personnes cérébro-lésées était un sujet particulièrement intéressant. De plus, dans une MAS, j'ai l'occasion d'observer ces patients dans la sphère chronique où nous parlons plus souvent de projet de vie que de projet de soin. C'est une approche qui m'intéresse et qui me questionne sur le rôle du psychomotricien dans ce domaine.

En accompagnant les patients cérébro-lésés, en les observant, je me suis retrouvée confrontée à la pluralité et la variété de leurs troubles. En effet, la cérébro-lésion va atteindre le patient à la fois physiquement, cognitivement, psychiquement. Ainsi le tableau clinique de ces patients est souvent très vaste. J'ai alors souhaité orienter ce mémoire autour du trouble des fonctions exécutives et plus précisément sur le retentissement de ce trouble dans la vie des patients cérébro lésés même plusieurs années après le traumatisme.

Ainsi je suis partie avec l'hypothèse de base qu'une intervention en psychomotricité auprès de patients cérébro-lésés en MAS pouvait avoir un impact favorable pour eux notamment en ce qui concerne leur trouble des fonctions exécutives.

A partir de cette hypothèse, je me suis demandé en quoi cela pouvait être favorable et comment, en tant que psychomotricien, nous pouvions aborder cette notion. L'approche psychomotrice apporte son caractère original à la prise en soin et s'inclut dans une démarche pluridisciplinaire qu'il est important de préserver. Mais au-delà de la spécificité de la psychomotricité, je voudrais insister sur la complémentarité de cette approche en lien avec les différentes autres approches existantes. En effet, les fonctions exécutives sont très bien étudiées par la neuropsychologie qui les aborde dans une dimension cognitive. En psychomotricité, nous avons la possibilité d'intervenir en ayant notre propre lecture, en étayant notre pratique sur des concepts psychomoteurs et en ayant une démarche plus corporelle. Mon propos ne vise pas à démontrer la légitimité de la psychomotricité dans le domaine des fonctions exécutives mais d'en expliquer l'intérêt et l'impact auprès des patients.

La problématique suivante a guidé ma réflexion :

Les patients ayant une cérébro-lésion acquise en phase chronique sont maintenus en institution en partie à cause de leur trouble des fonctions exécutives qui s'est chronicisé et a entraîné de nombreuses séquelles. Ces séquelles engendrent un handicap s'exprimant dans la vie quotidienne du patient. En tant que psychomotriciens, nos interventions dans une visée thérapeutique peuvent alors avoir un impact favorable sur les patients ayant ce type de pathologie et ainsi améliorer leur rapport au corps, et l'aspect relationnel à l'autre et à l'environnement.

Dans ce mémoire, j'illustre mon propos par quelques vignettes cliniques d'observations faites en stage cette année.

Je porterai mon attention, dans un premier temps sur la cérébro-lésion et ses conséquences. Par la suite, je développerai la spécificité de la prise en soin en Maison d'Accueil Spécialisée. Je m'intéresserai au syndrome frontal qui est un exemple de pathologie où les troubles des fonctions exécutives peuvent s'exprimer. Je parlerai ensuite des fonctions exécutives, de leurs atteintes et des séquelles qu'une telle atteinte peut entraîner. Enfin, je terminerai ce mémoire en parlant de l'intervention en psychomotricité d'un point de vue théorique puis en étayant mon propos par de la clinique en vous présentant deux ateliers ainsi que des études de cas.

III. PROPOS THEORIQUES

A. LA CEREBRO-LESION

La cérébro-lésion est un terme qui reflète différentes réalités. Elle peut être présente des suites d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), d'un traumatisme crânien, d'une pathologie neurologique. La cérébro-lésion n'est donc pas une pathologie en soi mais consiste en l'expression symptomatologique de troubles des suites d'une lésion cérébrale qui peut avoir différentes origines. Il existe différents degrés d'atteintes qui varient selon l'intensité des troubles. Je place mon mémoire dans le cadre d'une atteinte sévère.

Dans ce cadre, nous sommes face à des patients qui ont un vécu antérieur à la maladie et il semble important que dans la prise en soin, cette dimension ne soit pas oubliée. La cérébro-lésion apparaît chez le patient après un développement normal. Ainsi, l'atteinte n'est pas seulement neurologique mais aussi psychologique. Alors, la question n'est pas d'accepter sa pathologie mais d'apprendre à vivre avec. Pour cela, les patients vont avoir un parcours de soin adapté et un accompagnement en fonction de leurs besoins.

La prise en soin des patients cérébro-lésés va donc être globale et s'articuler autour de plusieurs professionnels : les kinésithérapeutes et ergothérapeutes, les infirmières, les médecins, les orthophonistes, les éducateurs spécialisés...

1. Définitions

Comme son nom l'indique, la cérébro-lésion est une atteinte lésionnelle au niveau du cerveau. Elle touche au tissu nerveux. La lésion peut avoir différentes origines comme un traumatisme crânien, une rupture d'anévrisme, une tumeur, un accident vasculaire cérébral (AVC)...

Ainsi, on retrouve chez ces patients deux types principaux d'atteinte lésionnelle, celle due à des facteurs externes (traumatisme crânien) et celle due à des facteurs internes (affections cérébrales).

Dans ce mémoire, j'entends le terme de cérébro-lésion comme étant une atteinte acquise à la suite d'un développement normal. Je ne traiterai pas ici de lésion cérébrale pré ou post natale entraînant une Infirmité Motrice Cérébrale ou un polyhandicap.

Le tableau clinique des patients articule souvent plusieurs fonctions touchées. Ainsi, on peut retrouver chez ces patients un ensemble de troubles moteurs, cognitifs, comportementaux et psychoaffectifs qui perturbent la vie quotidienne sous tous ses aspects : familial, social et professionnel.

2. Fonctions atteintes

Des suites d'un traumatisme crânien ou d'une affection cérébrale et selon le niveau de l'atteinte, le patient va présenter des séquelles plus ou moins nombreuses, légères ou graves qui vont entraîner une complexité de troubles venant limiter la personne dans ses dimensions physiques, comportementales, cognitives et psychoaffectives.

La présentation qui suit se veut la plus exhaustive possible, les patients cérébro-lésés ne possèdent pas un tableau clinique aussi complet.

a) Dimension physique

C'est souvent cette dimension qui est la plus visible chez les patients, car elle regroupe un ensemble d'atteintes facilement observables. Dans cette dimension, nous retrouvons à la fois les atteintes motrices et sensorielles.

Ainsi, concernant les atteintes motrices, nous voyons fréquemment des paralysies complètes, unilatérales ou partielles. Associés ou non à une paralysie, nous retrouvons aussi des troubles de l'équilibre, de la coordination motrice, une lenteur dans l'exécution des gestes, des troubles articulatoires ou encore des troubles de la représentation du corps. Ces atteintes entraînent des difficultés dans les déplacements, des risques de chutes, une grande fatigabilité, un manque de précision du geste, des difficultés pour parler (dysarthrie) et donc une perte d'autonomie au quotidien.

Les atteintes sensorielles peuvent toucher la vue, l'audition, l'odorat, le goût ou le sens tactile. Selon l'atteinte les conséquences seront différentes, mais cela peut avoir un impact sur la capacité relationnelle du patient. De plus, il peut y avoir une mise en danger si le patient devient insensible à la douleur par exemple ou si son champ visuel diminue.

Cependant les atteintes physiques restent rarement un handicap majeur pour la réinsertion des patients cérébro-lésés. En effet, beaucoup d'outils sont créés pour les aider à compenser leurs déficiences et s'adapter à leurs difficultés au quotidien. (Canne, appareils auditifs...)

b) Dimension cognitive

La cognition est l'« Ensemble des mécanismes psychologiques dont le but est la connaissance. »¹. Elle touche différentes sphères qui peuvent être lésées dans le cadre d'une lésion cérébrale. Ces atteintes affectent l'autonomie de la personne.

Chez les patients cérébro-lésés, nous retrouvons souvent des troubles de la mémoire immédiate, à long ou moyen terme et de mémoire à court terme. Cela a pour conséquence une difficulté dans la restitution de l'information, des problèmes à fixer et récupérer une information, des difficultés dans les apprentissages et une désorientation spatio-temporelle.

Les patients ont aussi des troubles de l'attention qui entraînent une forte distractibilité, une altération possible de la perception et augmentent les difficultés liées à la mémoire et donc à l'apprentissage.

Un trouble des fonctions exécutives peut être aussi présent et entraîner des difficultés à prendre une décision, une initiative, à anticiper, à résoudre des problèmes, à planifier ou organiser une tâche. Cela peut aussi occasionner des difficultés d'abstraction et de représentation mentale.

Sur le plan langagier, nous observons également des troubles des conduites verbales marquées par une aspontanéité dans la communication, un manque du mot (parfois lié à une aphasie) ou au contraire une euphorie logorrhéique (écholalie²). Enfin, nous pouvons constater des troubles de la régulation et du contrôle volontaire marqués par une persévération ou une passivité.

Ces aspects cognitifs sont donc primordiaux dans la prise en soin du patient car ils impactent directement sur l'autonomie et la vie quotidienne du patient, dans ses manières d'être au monde et d'interagir avec lui.

¹ <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopédie-médicale/cognition-cognitif>

² L'écholalie et la tendance à répéter de façon spontanée, involontaire et systématique les derniers mots prononcés par un interlocuteur.

c) *Dimension comportementale et psychoaffective*

Ces patients sont souvent touchés par des troubles comportementaux qui influencent grandement leur capacité de socialisation et leur capacité relationnelle. Deux comportements différents peuvent se développer chez le patient. En effet, nous pouvons retrouver un trouble du comportement avec désinhibition, agitation psychomotrice, et changement d'humeur. A l'inverse, certains patients peuvent se trouver avec un défaut d'initiative, une apathie, une indifférence affective, une réduction de la spontanéité et un visage peu expressif.

La dimension psychoaffective est touchée par le fait que la personne cérébro-lésée se trouve dans une situation de handicap acquis et que la rupture avec la vie antérieure est brutale. Ils peuvent alors présenter une labilité de l'humeur et une exacerbation des traits de personnalité antérieurs. Ainsi les patients peuvent avoir un changement émotif d'un état à l'autre, une hypersensibilité se manifestant par des réactions de rires et de pleurs inadaptés par exemple.

Les patients présentent aussi une diminution des contrôles qui amène des réactions exagérées, des difficultés à tolérer les frustrations et un comportement égocentré, une désinhibition sexuelle, un passage à l'acte lié à de l'impulsivité et une diminution de l'auto-critique. Nous pouvons aussi retrouver un trouble de l'image de soi marqué par une faible estime de soi qui peut occasionner une culpabilité par rapport à l'inaptitude à remplir leur rôle. Cette dévalorisation peut altérer aussi la perception de soi. Enfin, certains patients possèdent des troubles dépressifs qui s'expriment par l'absence de motivation et d'intérêt, une passivité liée à une perte du goût d'agir et des idées suicidaires.

Face à un patient cérébro-lésé, nous nous retrouvons donc généralement avec un tableau clinique très vaste.

3. Etiologie

Les causes de la cérébro-lésion peuvent être multiples. J'ai décidé de cibler mon propos sur les causes que j'ai rencontré lors de mon stage, mon but n'étant pas d'être exhaustif.

a) Facteurs externes

Le traumatisme crânien est l'une des causes de cérébro-lésion. Un traumatisme crânien est la conséquence d'un choc à la tête entraînant des lésions au niveau de l'encéphale. Il existe différents degrés de sévérité d'un traumatisme crânien et donc des troubles plus ou moins importants chez les patients.

Il y a différents types de traumatismes crâniens³. Les traumatismes modérés à graves peuvent être dus à une commotion cérébrale. La commotion cérébrale correspond à une atteinte où le cerveau va se déplacer dans la boîte crânienne et heurter les parois osseuses mais qu'il n'y a pas de lésions apparentes de l'encéphale ou du crâne. Après une commotion cérébrale, différents symptômes peuvent apparaître allant du vertige au coma. En effet, le traumatisme peut créer une contusion générale, c'est-à-dire une hémorragie au niveau du cerveau qu'on appelle œdème. Dans d'autres cas, le patient présente une fracture du crâne et donc une fissure de la boîte crânienne, ce qui entraîne souvent une blessure plus grave.

En 2012, un programme d'action en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires a été mis en place par le gouvernement. Les axes principaux développés dans ce programme sont de prévenir et protéger, de généraliser les dispositifs propres à assurer la qualité, la pertinence, la continuité et la sécurité des soins, des prises en charge et de l'accompagnement et à sécuriser le retour et le maintien en milieu de vie ordinaire. Cent cinquante cinq milles personnes sont prises en charge à l'hôpital pour un traumatisme crânien chaque année dont huit mille cinq cents seront des traumatisés graves avec des séquelles invalidantes. Les Accidents de la Voie Publique (AVP) sont les premières causes de traumatismes en France et touchent en majorité les jeunes entre quinze et trente ans. Les traumatismes légers sont les plus fréquents et représentent environ 80% des traumatismes pris

³ H. Oppenheim-Gluckman (2000) *La pensée naufragée*

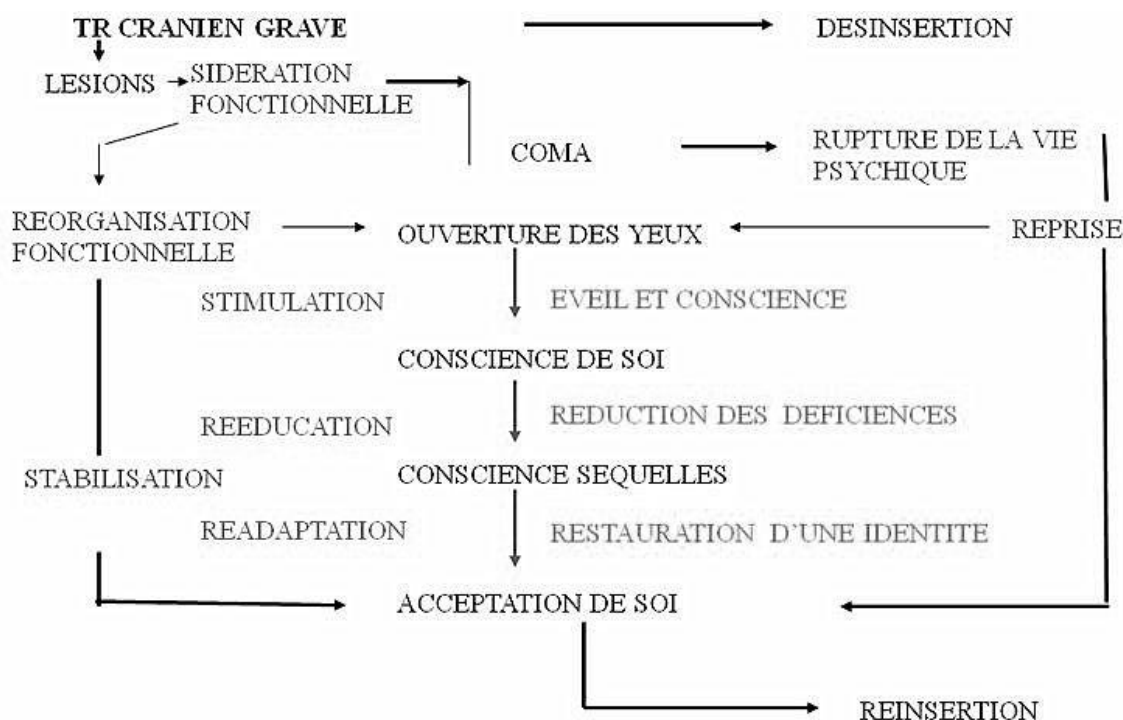
en charge dans des services d'urgence. Et même s'ils sont considérés comme légers, 20% de ces traumatismes entraînent des séquelles cognitives et comportementales à long terme.

b) Facteurs internes

Les facteurs internes de la cérébro-lésion sont dus à des affections cérébrales qui peuvent être de différentes natures.

Par exemple, certains patients peuvent avoir subi un Accident Vasculaire Cérébral. L'AVC est la rupture brutale de l'irrigation du cerveau qui peut avoir une origine ischémique (obstruction) ou hémorragique (rupture). Les tissus concernés vont alors mourir et entraîner la lésion. L'évolution est variable selon la gravité de l'ischémie, c'est-à-dire de l'arrêt de l'oxygénation de la zone du cerveau concernée. Mais elle peut entraîner les troubles cités plus haut.

4. Parcours de soin des patients cérébro-lésés



Ce schéma résume le parcours de soin d'un patient traumatisé crânien.⁴ On voit qu'il va passer par plusieurs étapes entre le moment de la lésion et celui de la réinsertion.

Le coma suit souvent un traumatisme crânien. Il entraîne une rupture de la vie psychique qui ne peut être retrouvée qu'après l'ouverture des yeux en phase d'éveil. C'est à partir de ce moment que la réorganisation fonctionnelle peut commencer grâce aux stimulations qu'on peut proposer au patient.

Au fur et à mesure, le patient peut retrouver une conscience de lui-même et ainsi entamer la phase de rééducation qui vise à réduire les déficiences. Cette phase amène ensuite une stabilisation qui permet au patient d'avoir conscience de ses séquelles et de commencer à restaurer une identité différente de celle qu'il avait auparavant. Cette restauration vise à l'acceptation de soi et se mène grâce à la réadaptation.

Si toutes ces étapes sont franchies, le patient peut espérer une réinsertion familiale, sociale voire professionnelle.

⁴ Phases évolutives Du coma à la Réinsertion Dr E Richer

Evidemment, ce parcours n'est pas possible pour tous les patients. Certains ne seront jamais à même de retourner chez eux, d'autres encore de prendre conscience de leurs séquelles. C'est ainsi que le parcours de soin doit être adapté pour chacun et doit prendre en compte les limites et les difficultés que rencontre chaque patient.

Différentes structures ont été créées pour accueillir, entre autres, les patients cérébro-lésés.

Le patient va tout d'abord passer plus ou moins de temps dans un service de Médecine Chirurgicale et Obstétrique (MCO) pour le soin des besoins vitaux. C'est typiquement le temps passé en phase de coma qui se déroule en MCO.

Lorsque la dimension vitale n'est plus engagée, certains patients sont orientés vers des services de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) présents dans les cliniques de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Dans ces cliniques, les patients vont alors pouvoir avoir de la rééducation amenant à la réadaptation, puis si possible à la réinsertion. Les patients restent entre 6 mois et un an en SSR en moyenne. Durant cette période, le but de l'équipe sera d'essayer de donner au patient toutes ses chances afin de récupérer un maximum de ses capacités. Il est alors nécessaire que l'équipe soignante s'organise autour du patient pour lui proposer une prise en soin la plus adaptée possible.

Si la réinsertion au domicile ou dans le milieu familial n'est pas envisageable ou doit être aménagée, certains Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) ou Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) peuvent les accueillir. Dans ces types de structures, le but sera alors de permettre aux patients de maintenir au maximum leurs capacités, de préserver leurs compétences et de les accompagner au quotidien.

Ainsi, des structures sont créées pour accueillir ces patients. Nous pouvons alors nous demander quel est l'accompagnement proposé dans ce type de structure. Je vous parlerai donc plus particulièrement de la prise en soin en Maison d'Accueil Spécialisée. Qu'est ce qu'une Maison d'Accueil Spécialisée ? Comment s'organise-t-elle ? Quel est l'apport d'une telle prise en soin et quelles en sont les limites ? Enfin, quelle peut être la place du psychomotricien dans une telle structure ?

B. PRISE EN SOIN EN MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE

1. Qu'est-ce qu'une Maison d'accueil spécialisée ?

Certains patients sont atteints avec une sévérité telle qu'ils ne peuvent être totalement maintenus à domicile. Ils sont alors accueillis dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) soit de manière ponctuelle quelques jours dans la semaine soit en internat. Cette MAS devient alors leur lieu de vie. Ils y dorment, y mangent, font des activités et sont accompagnés et suivis par des éducateurs référents. C'est aussi un lieu de soin du fait de la chronicité des troubles bien qu'elle ne prenne pas en charge la phase aiguë et post aiguë de la pathologie.

Ainsi l'objectif de la structure ne s'organise pas autour de la rééducation de la personne mais plutôt sur le maintien des capacités existantes. Nous nommons d'ailleurs les patients des résidents, ce qui montre que l'aspect du soin n'est pas majeur en MAS

Les maisons d'accueil spécialisées proposent un hébergement permanent à des adultes handicapés gravement dépendants. Pour être accueilli en MAS, « l'état de santé de la personne handicapée doit nécessiter le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante et une surveillance médicale ainsi que des soins constants. »⁵

L'institutionnalisation permet de maintenir la capacité relationnelle des patients. Ils sont sollicités dans l'échange avec l'autre, avec leur environnement.

Un patient cérébro-lésé, seul à domicile, va peut être se trouver en difficulté dans les activités de la vie quotidienne et se renfermer sur lui-même, ne plus sortir de chez lui... En compensant les difficultés du patient dans ce domaine et en l'amenant dans un lieu de vie où il n'est plus seul, le patient est donc sollicité et cela peut être favorable pour lui afin de limiter le déclin de ses capacités.

L'institution va aussi permettre de réduire les troubles du comportement éventuels, en anticipant les situations problématiques ou en agissant pour les contourner. La MAS est avant tout un lieu de vie, de rencontre et d'échange. Les locaux se doivent d'être adaptés à l'accueil de patients handicapés. Ce sont donc des lieux fonctionnels et aménagés. Le personnel éducatif est là pour accompagner les patients dans les actes de la vie quotidienne et dans les

⁵ <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2006.xhtml>

diverses activités. Il y a aussi du personnel soignant puisque les patients ont besoin d'un suivi constant. Ils sont donc pris en soin par différents professionnels.

Une MAS propose diverses activités qui permettent de stimuler les différentes compétences du patient. Ces activités et ces prises en soin ainsi que les temps libres et informels sont guidés par un projet personnalisé qui est rédigé chaque année et qui détermine les objectifs principaux de l'accompagnement du résident.

Mais l'institution peut aussi devenir sclérosante et enfermer le patient dans des rituels qui peuvent l'entraîner dans une routine dont il ne peut plus sortir. Cette situation peut accélérer un déclin cognitif.

En effet, les emplois du temps des résidents sont très répétitifs et changent peu d'une semaine sur l'autre, voire d'une année à l'autre. Par ailleurs, il peut devenir difficile pour le personnel de se renouveler dans les propositions faites aux résidents. La difficulté principale réside dans le fait que les patients qui sont en MAS, restent en MAS longtemps voire jusqu'en fin de vie. Sur vingt ou trente années de présence, il est complexe de leur proposer de la diversité, de la nouveauté régulièrement.

Pour autant, les propositions mais cela se fait de manière progressive en suivant le rythme de chaque résident.

Il y a une longue liste d'attente en MAS car les places ne se libèrent pas souvent. Il faut attendre un déménagement ou un décès pour pouvoir entrer dans l'institution. Les résidents qui sont alors accueillis sont souvent en grande difficulté. Ils ont souvent vécu dans des institutions mal adaptées à leur handicap ou sont restés à leur domicile et leurs familles sont alors souvent épuisées.

Quand le patient est accepté en MAS, il peut y avoir un certain soulagement des familles et du patient. Ce soulagement peut être accompagné d'attentes idéalisées de l'accompagnement institutionnel. Ils peuvent penser que tout se réglera lorsque le patient sera pris en soin mais ce n'est pas toujours le cas et la confrontation à cette réalité peut être difficile.

La MAS offre un accompagnement global et personnalisé de la personne dans sa vie quotidienne et propose un accueil permanent. Cela doit donc être un lieu investi affectivement par le patient pour qui l'institution devient son domicile. Il est donc important de laisser au résident un lieu uniquement à lui, qu'il peut personnaliser, investir, qui lui appartient. Ce n'est pas qu'un lieu d'échange, de contact avec les autres mais avant tout un lieu à soi bien que partagé par tous. En tant que professionnel de soin, il est important de respecter l'intimité et la volonté des personnes accueillies.

Cependant face à des résidents présentant de grandes difficultés, on peut parfois être amené involontairement à penser à la place du patient.

Dans le cas d'un patient cérébro-lésé mutique, apathique, n'exprimant aucune envie, lui proposer des activités stimulantes, dans le but de le sortir de son mutisme par exemple, peut être une bonne idée. Mais si on lui propose et qu'il n'en dit rien, que faire ? Le choix semble incomber aux professionnels.

Selon Virginio Baio, chez le sujet psychotique « Ils [les éducateurs] n'ont pas à savoir pour le sujet, à la place du sujet, ce qui lui convient »⁶. En d'autres termes, il ne faut pas se placer en tant que sujet qui sait, à l'inverse d'un patient qui ne saurait pas, mais considérer que c'est le patient qui sait. Nous sommes là pour l'aider à savoir et non pas savoir à sa place. Cette idée liée à la psychose peut s'appliquer à la prise en soin en MAS et au patient cérébro-lésé. La question du choix laissé au patient est importante. Certes, il faut laisser un cadre, respecter le projet qui a été signé mais aussi respecter le rythme du patient et ses envies.

2. Lieu de stage

La Maison d'Accueil Spécialisée où j'effectue mon stage est gérée par une association. Cette association gère le Centre d'Education Motrice accueillant des enfants polyhandicapés (CEM), le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), le Foyer de Vie et le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), l'Etablissement Expérimental Eclaté ainsi que la maison des parents.

⁶ Baio, Virginio. *«Les conditions de l'Autre et l'ancrage.»*

La MAS accueille des patients atteints de polyhandicap ou Infirmes Motrices d'Origine Cérébrale ainsi que des patients traumatisés crâniens. Elle répond à différents objectifs.

Tout d'abord elle permet de s'occuper des besoins courants de la vie (hébergement, nourriture). Ensuite, elle veille à la surveillance médicale et les soins constants, les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance ainsi que les activités occupationnelles d'éveil, d'épanouissement, d'animation et d'ouverture à la vie sociale et culturelle.

La MAS encourage le résident à participer à la vie de la « communauté » en développant ses propres modalités existentielles, en exprimant ses choix de vie, de relation sociale et amicale, en favorisant les rencontres, les échanges, le « travail » ou tâche d'utilité collective, en permettant la consommation de biens personnels, les apprentissages, l'accès au savoir, l'initiation et la découverte, mais aussi, dans l'acceptation des règles communautaires, le respect des autres, etc...

La MAS est équipée d'une salle Snoezelen, d'un bassin piscine, d'une serre et d'une salle polyvalente.

Il y est proposé plusieurs types d'activités qui permettent de répondre à différents objectifs comme la détente, le plaisir sensoriel avec par exemple une salle Snoezelen, des ateliers d'expression artistique (peinture, djembé...), des activités manuelles comme l'entretien d'une serre ou un atelier cuisine, des activités de vie pratique (apprentissage du maniement du fauteuil, sortie achats...). Il y a aussi des activités sportives dites de « motricité » comme de l'équitation, de l'escalade ou de la sarbacane et des activités de loisirs et de travail en groupe pour favoriser la communication et les relations entre les résidents. Il est aussi proposé des temps libres, temps qui semblent importants pour éviter les surstimulations.

L'équipe est composée d'un pôle administratif, d'un pôle médical et d'un pôle éducatif. De nombreuses réunions sont organisées au sein des différents pôles et entre les différents pôles. Ainsi le but de l'établissement est de viser à la transdisciplinarité

La place de la psychomotricité au sein de cette institution est assez claire. Il y a une psychomotricienne, sa salle est bien identifiée même s'il arrive qu'elle soit empruntée par d'autres professionnels. La psychomotricienne anime de nombreux ateliers en collaboration avec d'autres professionnels notamment une kinésithérapeute ou une éducatrice sportive.

Cependant, elle ne dispose d'aucune prescription médicale établie par le médecin et a très peu de contacts avec lui puisqu'il n'assiste pas aux réunions.

De ce fait, la psychomotricienne est assez libre des choix de prise en soin tout en restant en lien avec ce qui a pu être discuté en réunion de synthèse. Les prises en soin peuvent être individuelles ou en groupe. La psychomotricité est une profession paramédicale et dans ce cadre, elle s'inscrit dans le registre du soin en collaboration avec le kinésithérapeute et l'ergothérapeute. Son champ de compétences semble bien être compris par l'équipe, et se situe notamment dans la dimension de l'autonomie et de la prise de conscience des capacités du patient.

Ainsi, une MAS est un lieu de soin mais aussi un lieu de vie. Accueillant des personnes très dépendantes au quotidien, elle apporte une aide palliative en lien avec l'autonomie. Les patients accueillis portent différents handicaps que l'institutionnalisation va permettre d'accompagner. Comment le handicap interfère-t-il dans la vie des patients cérébro-lésés ?

C. LE HANDICAP

Certains patients cérébro-lésés ont une restriction de leurs potentialités d'action sur l'environnement en raison de leurs troubles. Ceux qui sont présents à la MAS possèdent des difficultés sur les plans de l'autonomie, de l'engagement notamment moteur et de la vie quotidienne. Le patient en situation de dépendance et de perte d'autonomie, présente des difficultés à s'engager dans l'action. Cela influence forcément sa vie quotidienne.

Sur le plan de l'autonomie, il n'est plus toujours susceptible de pouvoir faire des choix par lui-même et d'engager une réflexion, de planifier une action ou d'anticiper un acte. Il est donc handicapé et a besoin d'être accompagné. La MAS permet alors aux patients de conserver un minimum d'autonomie en le soutenant et l'encadrant. Sur le plan de l'engagement, les résidents sont sollicités par l'équipe à effectuer certaines tâches à la mesure de leurs capacités. Ainsi, ils peuvent être amenés à mettre la table, à ranger les pièces de vie commune... La vie institutionnelle les stimule et leur permet de s'adapter à leur handicap.

Ce handicap est pris en compte en institution mais est « invisible » pour le monde extérieur. En étant peu reconnaissable pour le public, il n'est pas pris en compte à l'extérieur et les patients deviennent inadaptés pour une vie en dehors d'une institution.

1. Définition du handicap

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le concept de handicap se divise en trois parties. En rapport avec l'organe, on parle de déficience, en rapport avec la personne, on parle d'incapacité et enfin, c'est au niveau sociétal que nous allons parler de handicap ou de désavantage.

La déficience s'exprime donc au niveau de l'organe et consiste en l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Les déficiences sont définies en rapport avec des normes biomédicales.

L'incapacité s'exprime au niveau de la personne. C'est la réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon considérée comme normale pour un être humain. En fait, elle résulte des déficiences sur les activités de la vie quotidienne.

Cela peut toucher des actes élémentaires comme se laver ou manger ou des actes plus élaborés comme faire des courses ou la cuisine.

Le handicap, appelé aussi désavantage s'exprime donc au niveau de la société. Il résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal pour l'individu considéré. Nous pouvons considérer qu'il y a une perte de liberté liée à la maladie. Cette notion est définie par des normes dépendant du contexte et par rapport à l'état antérieur (sexe, âge, milieu social...). Le niveau perçu de handicap va dépendre aussi des attentes du sujet et de sa famille tant au niveau des soins que de l'évolution de la maladie.

Le lien entre ces trois niveaux n'est pas forcément linéaire ni obligatoire. Selon le contexte, le handicap peut être variable. Par ailleurs, l'individu peut avoir une déficience sans que ce soit un handicap ou un handicap sans déficience ou incapacité.

2. Le handicap chez le patient cérébro-lésé

a) La vie quotidienne

Les personnes victimes d'un traumatisme crânien voient leur mode de vie se modifier.

Ils ont besoin d'un accompagnement dans les différentes tâches de la vie quotidienne. Les difficultés de ces patients peuvent se retrouver à différents niveaux. Dans la gestion du quotidien concernant les tâches ménagères, la toilette, la cuisine, le patient en MAS doit être accompagné, guidé. De nombreux patients sont en mesure de tutelle ou de curatelle car ils ne peuvent plus assurer la gestion administrative de leurs biens et de leur santé.

Les relations sociales avec l'extérieur sont nettement réduites. Les patients vont rarement spontanément aller vers l'extérieur. Les déplacements doivent être accompagnés soit par la mise en place d'un taxi soit par l'achat d'un véhicule adapté. Les patients en MAS ne peuvent prétendre à avoir un travail rémunéré mais il est possible de faire du volontariat bien que cela demande de nombreux aménagements et il faut que le patient s'investisse pleinement dans le projet.

Au-delà de ces grands axes invalidants au quotidien, d'autres problématiques plus « anodines » peuvent aussi l'handicaper. Ainsi, les problèmes de mémoire, d'attention, la désorientation spatio-temporelle ou l'incapacité à élaborer une action créent le handicap.

C'est donc pour cela que les stratégies de compensation sont importantes à mettre en place dans la vie du patient. Ces stratégies ne visent pas à supprimer le trouble mais bien à le compenser. Elles peuvent être des aides techniques comme un agenda. Mais une stratégie, c'est aussi un apprentissage qui vient de la personne elle-même et qui peut être étayé par des prises en soin notamment en psychomotricité. Les stratégies de compensation permettent au patient de retrouver une partie de leur autonomie.

b) La question de l'autonomie

L'autonomie « est la capacité à se gouverner soi-même; elle présuppose la capacité de jugement, c'est à dire prévoir et choisir, liberté d'agir, d'accepter ou de refuser en fonction du jugement (proche du concept de liberté). Sa mesure est difficile. »⁷. La dépendance quant à elle « correspond à l'incapacité partielle ou totale pour effectuer les activités de la vie quotidienne. »⁸.

Chez les patients traumatisés crâniens, ce sont ces deux versants qui peuvent être touchés. L'autonomie est donc une dimension particulièrement lésée dans le cadre du handicap. Il est important pour l'équipe soignante que le but soit de maintenir au maximum l'autonomie de la personne.

« L'autonomie désigne la capacité d'une personne à assurer les actes de la vie quotidienne. La perte d'autonomie conduit à la dépendance. »⁹.

L'autonomie, c'est aussi la capacité à prendre des décisions, à faire des choix. Ainsi la perte d'autonomie va aussi se refléter dans l'implication du patient. Le handicap, qu'il soit physique, cognitif ou comportemental, va donc entraver l'autonomie de la personne. Les patients deviennent dépendants et certaines de ces dépendances les empêchent d'être autonomes. C'est pourquoi en MAS, on observe souvent que l'implication des patients dans

⁷ <http://geriatrie.webs.com/lautonomiedpendance.htm>

⁸ <http://geriatrie.webs.com/lautonomiedpendance.htm>

⁹ <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/19144-autonomie-definition>

certaines activités est limitée et que c'est souvent l'équipe qui amène le patient à suivre tel ou tel atelier.

En tant que psychomotriciens, nous pouvons agir sur cette dimension de l'autonomie et de dépendance. En effet, notre pratique se situant dans l'agir, l'expérimentation et le vécu peuvent être de bons appuis pour la personne en perte d'autonomie.

Il n'est pas rare de constater que certains patients se rendent totalement dépendants de leur environnement et n'agissent plus seuls tant dans une dimension fonctionnelle que psychique.

Ils ne semblent plus faire de choix ou agir pour eux-mêmes. De ce fait, un patient ayant des capacités préservées pourrait ne pas les utiliser car son environnement s'en charge pour lui. L'entourage, les soignants peuvent avoir envie d'anticiper les demandes du patient, de faire à sa place alors qu'il serait préférable de l'accompagner dans un « faire avec » voire un « faire faire ».

Je pense que la psychomotricité peut être un très bon support pour ce type d'approche. Ainsi, le patient peut reprendre confiance en ses capacités, et cela permet de renforcer le narcissisme et donc la confiance en soi.

3. Notion de handicap invisible

Pour les patients cérébro-lésés, l'une des difficultés rencontrées, dans le cadre de handicap cognitif ou comportemental, est que ce type de handicap est invisible pour la société.

Le handicap physique est en effet présent chez l'ensemble des personnes à des degrés variés mais il m'a vite semblé flagrant que leurs principales difficultés dans la vie quotidienne résultaient de leurs troubles de la mémoire, de la concentration, de leur labilité émotionnelle... Derrière ce terme de « handicap invisible » se révèle en fait la difficulté que rencontrent les patients cérébro-lésés qui physiquement semblent n'avoir que peu de difficultés et que le handicap paraît toucher insidieusement.

Il est certain que l'image profane du handicap reste celle d'une personne à mobilité réduite ou ayant un déficit sensoriel tel que la cécité ou la surdité et la société a tendance à assimiler les troubles cognitifs et comportementaux au domaine de la psychiatrie hors du handicap « classique ». En effet, les manifestations d'une telle atteinte ne sont pas visibles directement chez la personne.

Ainsi, on assiste souvent à une non reconnaissance par l'extérieur voire même par l'entourage du handicap du patient. Pour autant le handicap existe. C'est d'ailleurs souvent ce « handicap invisible » qui est le plus invalidant pour les patients. En tant que professionnel, nous devons repérer et ne pas l'ignorer. L'institution reconnaît ce handicap invisible ce qui fait que cette notion ne doit pas exister pour les professionnels y travaillant.

En m'interrogeant sur le « handicap invisible », je me suis demandé comment il s'exprimait. Je me suis donc intéressée à une des pathologies que l'on retrouve fréquemment chez les patients cérébro-lésés et qui entraîne une multitude de troubles tant cognitifs que comportementaux. Qu'est ce que le syndrome frontal et comment nous renseigne-t-il sur le fonctionnement du lobe frontal ?

D. LE SYNDROME FRONTAL : UNE ATTEINTE DES FONCTIONS EXECUTIVES

1. Le lobe frontal

Le fonctionnement du lobe frontal peut être étudié du point de vue de la pathologie. C'est alors en référence aux troubles possibles à ce niveau que sont décrites les fonctions du lobe frontal et les systèmes atteints. La démarche inverse dite psychologique et cherche à décrire le fonctionnement du lobe frontal et en décrire ensuite les altérations en observant la pathologie.

Le lobe frontal se situe à la partie antérieure du cerveau s'étendant de la scissure de Rolando jusqu'au cortex préfrontal. Il comprend les aires motrices, programmatrices de la fonction motrice. Le lobe frontal gère le contrôle et la mise en œuvre des actions et est en lien avec les fonctions attentionnelles et de mémoire.

Le cortex préfrontal est en interconnexion avec l'ensemble du cerveau. Ainsi, il a des liens avec les aires olfactives, auditives ou le système limbique et donc avec les émotions. Ses liens avec les lobes temporaux l'associent à la mémoire. Il est impliqué dans le langage, les processus attentionnels et le comportement.

Ainsi, le lobe frontal est chargé du contrôle de la mise en œuvre des actions. Il est composé du cortex dorso-latéral (d'un côté ou de l'autre), du médial (au milieu) et de l'orbitaire (à l'intérieur). On peut aussi y ajouter le lobe préfrontal en avant. L'ensemble du lobe frontal correspond à environ un quart de la masse du cerveau. Communément, on considère que c'est le point de départ des voies motrices mais en fait, il est important de voir cette zone comme une interface en relation, en connexion avec des nombreuses autres zones du cerveau. C'est pourquoi, l'atteinte du lobe frontal va entraîner une multitude de troubles.

Le syndrome frontal résulte d'une atteinte du lobe frontal. Dans le cadre de la cérébro-lésion acquise après un développement normal, ce syndrome peut être présent. Beaucoup de recherches et d'auteurs se sont penchés sur la question et encore aujourd'hui, le fonctionnement du lobe frontal n'est pas totalement dévoilé. En effet, on retrouve une hétérogénéité de troubles et de fonctions associés au lobe frontal. Cependant, depuis quelques

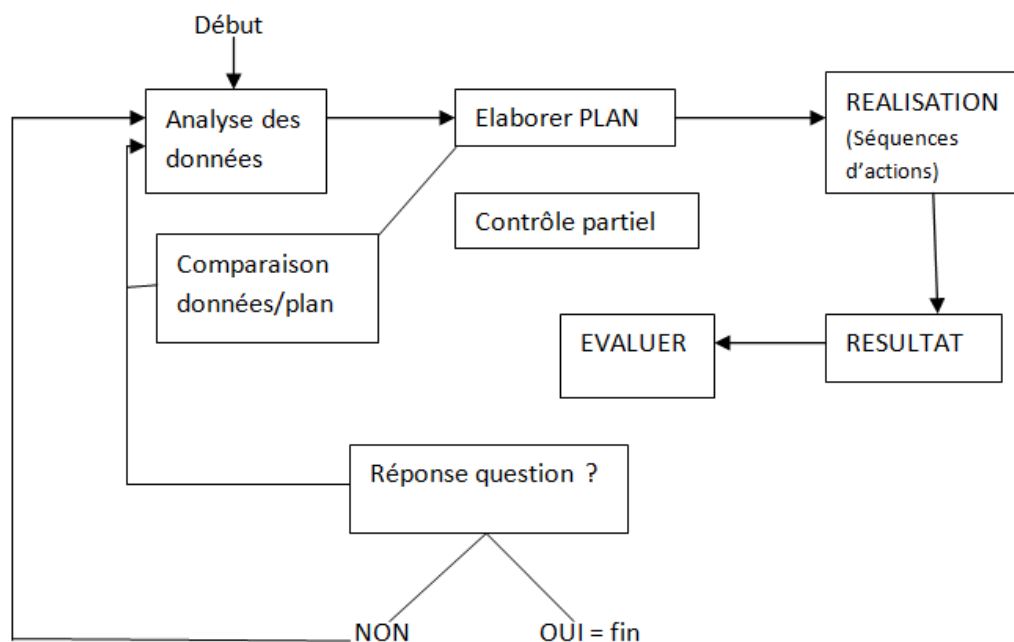
décennies, les recherches sur le sujet ont permis de révéler quelques connaissances et ont permis d'affiner la description du syndrome frontal et du fonctionnement du lobe frontal.

2. Historique

Ce syndrome a été décrit et illustré historiquement à partir du cas de Mr Phineas Gage, patient suivi par le Dr Harlow en 1868¹⁰. Phineas Gage a subi un traumatisme crânien. Il a reçu une barre de fer qui lui a transpercé le crâne et a occasionné des dommages au niveau du lobe frontal. Il ressort vivant de cet accident mais ses proches et sa famille commencent à s'apercevoir que son comportement et son attitude changent. Cette blessure semble avoir eu des effets négatifs sur son comportement émotionnel, social et personnel, le laissant dans un état instable et asocial.

D'autres cas cliniques semblables seront découverts par la suite et c'est la description clinique de ces patients qui va permettre de développer une théorie sur le rôle du lobe frontal et sur les troubles qu'on peut retrouver après une lésion chez ces patients.

En 1973, Luria va proposer un modèle théorique lié au syndrome frontal et qui tente d'expliquer quelles sont les étapes dans la réalisation d'une action. Ainsi, il décrit tout un circuit envisageable pour réaliser une action.



¹⁰ Damasio (1994) *L'erreur de Descartes*

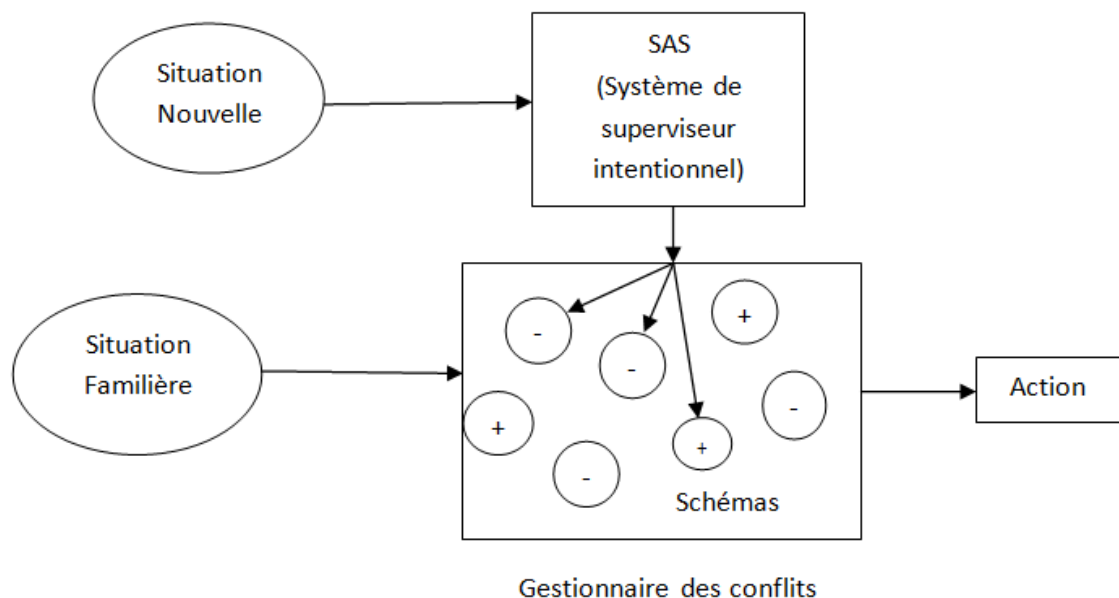
Dans ce modèle, la première étape consiste à analyser les données. Cette analyse des données nous amène à pouvoir élaborer un plan. La comparaison des données et du plan est nécessaire pour savoir si l'action est réalisable.

Par la suite, il est possible d'exécuter la tâche et donc de passer à la phase de réalisation. Nous parlons de séquence d'action car il y a souvent plusieurs étapes à réaliser. A ce niveau, le contrôle partiel a un rôle de vérification pour permettre à la personne de savoir où elle en est du déroulement de son action.

L'action a produit un résultat mais il est nécessaire d'évaluer ce résultat pour que le processus puisse se terminer. En effet, si le résultat ne correspond pas aux attentes, le circuit recommence et il faut réanalyser les données.

Nous voyons bien dans ce modèle que Luria a essayé de montrer qu'il y a une organisation, un déroulement précis en plusieurs étapes dans la réalisation d'une action.

Par la suite, dans les années 1980, Norman et Shallice vont développer une théorie encore utilisée à l'heure actuelle. Cette théorie se base sur le schéma suivant :



Ce schéma présente la notion de priorité. Face à une situation nouvelle, Le système attentionnel va être sollicité via un système de superviseur attentionnel (SAS). Ce SAS s'active si aucun schème d'action n'est répertorié comme pouvant répondre à la situation. Puis, l'étape suivante consiste à passer par le gestionnaire de conflit. Dans ce gestionnaire, nous trouvons des préprogrammes ayant fait l'objet d'apprentissages. Selon la situation, certains schémas seront sollicités et pas d'autres pour enfin amener l'action.

Dans le cadre d'une situation familière, cela ne passe pas par le SAS, mais à partir de la base de données que l'on possède, on va pouvoir sélectionner directement le schéma adéquat et donc aboutir à l'action. Ici le gestionnaire des conflits va permettre de faire le choix entre les schémas les plus pertinents pour réaliser l'action. Le SAS fait appel à tout un contrôle volontaire alors que dans le cadre d'une situation familière, nous sommes dans un fonctionnement automatique.

L'étude du fonctionnement frontal a débuté sur la description clinique de troubles comportementaux. Par la suite, les études ont permis de constater des perturbations d'ordre cognitif. Et c'est à partir de ces constats cliniques que se sont développés les modèles théoriques comme celui de Luria ou de Norman et Shallice. Ces modèles ont permis et permettent encore aujourd'hui de mieux comprendre le fonctionnement du lobe frontal et donc de la pathologie.

3. Sémiologie du syndrome frontal

Dans le syndrome frontal, nous pouvons retrouver :

- des troubles de la personnalité : Ces troubles peuvent être de différentes natures selon la localisation de la lésion. En effet, si la lésion est plutôt latérale ou dorso-latérale, cela entraînera plutôt une apathie, un manque d'initiative, un désintérêt voire une indifférence. Si la lésion est plus centrale et basale, le patient sera plus désinhibé, nous auront une agitation psychomotrice.

Dès que je croise Gauthier dans la MAS, il me fait de grands sourires, vient vers moi pour me saluer. Il veut m'embrasser, me dit que je suis « sublime » et me demande si je suis célibataire. Ce comportement persiste même lorsque je lui explique que cela ne se fait pas et que je ne répondrais pas à une telle question.

C'est un patient désinhibé. Cette désinhibition influence grandement les capacités relationnelles et sociales. Cela l'amène à avoir un comportement inadapté.

- des troubles du comportement moteur : en effet, le patient va pouvoir présenter des troubles de l'ordre de la persévération ou de l'échopraxie¹¹.

En bilan avec Xavier, pendant l'épreuve de cogner/frapper de la NEPSY, il exécute parfaitement la consigne de cogner quand l'autre frappe et de frapper quand l'autre cogne sur la table mais il n'arrive pas à introduire ensuite la nouvelle consigne où on pose la main lorsque l'autre cogne et finit par faire exactement le même geste que l'autre.

Ici, Xavier est dans une persévération de la conduite motrice antérieure et dans une échopraxie car même s'il est capable de me redonner la consigne de départ, il ne peut inhiber son geste identique à l'autre et reste dans l'imitation.

- des troubles des processus attentionnels : entraînant des défauts de flexibilité mentale, c'est-à-dire que le patient ne peut se détacher d'une idée, d'une tâche ou d'une sensation ou au contraire, va être très distractible et sensible aux interférences de l'environnement. Ceci peut être lié à des troubles de la perception entraînant soit une inattention aux stimulations extérieures ou une distractibilité excessive.

Lors d'une séance de groupe qui se déroule dans une salle polyvalente très ouverte sur l'extérieur, il est parfois difficile de garder l'attention de John et Xavier qui semblent happés par l'extérieur, les gens qui passent ou les bruits environnants.

- des troubles de la mémoire : la mémoire peut être altérée sur la phase d'encodage, de récupération ou encore de rappel, sur la mémoire épisodique comme sémantique. Cette atteinte entraîne des défauts d'apprentissage et va occasionner des difficultés dans la vie quotidienne du patient.

En bilan, Nathalie ne sait plus dire ce qu'elle vient de dessiner alors que son dessin du bonhomme vient juste d'être caché par une autre feuille. Elle ne peut répéter une consigne qui vient de lui être annoncée verbalement mais elle n'a pas perdue le sens des mots. Elle comprend ce qu'il faut faire mais sa mémoire de travail lui fait défaut et elle oublie presque instantanément ce qu'elle doit entreprendre.

¹¹ L'échopraxie exprime la réplique presque parfaite et automatique des mouvements exécutés par une autre personne. (<http://www.vulgaris-medical.com/> s.d.)

- des troubles des conduites visuelles : il ne s'agit pas ici de troubles de la vision mais de troubles liés à la difficulté d'exploration de l'espace ou encore des phénomènes de grasping visuel où le patient ne peut décoller son regard de ce qu'il observe. Certains patients ont des difficultés lors de leurs déplacements. Ils peuvent avoir des difficultés à balayer du regard une pièce pour y trouver ce qu'ils cherchent par exemple. Ce trouble ne s'explique pas par une atteinte de la vision même si elle peut y être associée.

- des troubles des conduites verbales : soit une logorrhée soit un mutisme. C'est plus un trouble du comportement du langage qu'un trouble aphasique.

Damien est un patient en fauteuil roulant. Il passe ses temps libres dehors, devant sa chambre lorsqu'il y a du soleil. Il pourrait y rester des heures si on ne le sollicitait pas pour faire quelques activités. En groupe, il s'exprime peu et très souvent avec des phrases d'accroches répétitives. Il faut lui poser spécifiquement une question pour qu'il y réponde mais n'intervient jamais spontanément. Ses réponses sont cependant cohérentes avec le contexte même si elles sont stéréotypées

- une altération de la pensée abstraite c'est-à-dire de l'organisation cognitive. Le patient ne va pas pouvoir ordonner ses idées, dégager l'élément essentiel d'un concept ou en faire un résumé. Il peut avoir un déficit en théorie de l'esprit, c'est-à-dire une incapacité à se mettre dans la position de l'autre.

- des troubles des fonctions exécutives qui vont avoir un rôle à la fois sur le comportement cognitif et social de la personne. Tout comportement dirigé, autonome est contrôlé par les fonctions exécutives et cette organisation peut être lésée dans le cas du syndrome frontal.

Nous le voyons, le syndrome frontal va entraîner une multitude d'altérations différentes qu'il est important de déceler chez chaque patient. C'est la description de ces symptômes qui a permis de décrire le rôle et les fonctions du lobe frontal. Qu'en est-il alors plus spécifiquement des fonctions exécutives ? Comment se présentent-elles et quel est l'intérêt de telles fonctions chez l'individu ?

E. LES FONCTIONS EXECUTIVES

L'approche de la cérébro-lésion au travers des fonctions supérieures interpelle car cela semble un champ d'intervention intéressant d'un point de vue psychomoteur. En effet, comprendre la corrélation entre troubles cognitifs et comportementaux et leurs répercussions sur le plan de l'adaptation, de la communication et d'un point de vue général de la relation est nécessaire pour envisager une intervention thérapeutique.

1. Définitions

Les fonctions exécutives sont des fonctions supérieures qui permettent à une personne de s'adapter aux sollicitations de l'extérieur. C'est donc un processus cognitif. La lésion cérébrale peut atteindre ces fonctions et entraîner un syndrome dysexécutifs. Ils peuvent s'exprimer de différentes manières. Les fonctions exécutives rassemblent les fonctions portées par le lobe frontal. Le terme de fonction exécutive désigne aussi les activités mentales de planification, et de régulation des comportements.

2. Description

Les fonctions exécutives sont accessibles à la conscience. Elles sont nécessaires pour initier de nouvelles séquences d'action tout en inhibant les réponses habituelles. Ceci doit se faire en fonction de la situation et de l'environnement. Elles peuvent permettre la réalisation coordonnées de deux tâches différentes.

Les fonctions exécutives sont liées aux processus attentionnels et permettent de maintenir cette attention sur une longue période. Nous parlons d'attention divisée lorsqu'il est nécessaire de traiter différentes tâches exécutées simultanément. L'attention soutenue est liée au contrôle exécutif qui permet de maintenir l'attention sur de longues périodes de temps. Lorsqu'un individu doit effectuer une action, qu'elle soit nouvelle ou routinière, cela implique les fonctions exécutives.

Il y a différents aspects illustratifs des fonctions exécutives. Tout d'abord, lors d'une action, on passe à la phase de planification. Dans cette phase, le but est d'organiser ce que l'on a analysé. Il faut déterminer les différentes étapes, le début, la fin, mettre en place une forme de chronologie dans les événements successifs. Dans cette étape, on émet des hypothèses sur le déroulement de la séquence d'action.

La seconde étape correspond à l'anticipation. Dans l'anticipation, on attend de la personne qu'elle soit capable d'organiser la tâche à effectuer, en analysant les données de l'espace, du temps, les données de l'environnement ainsi que ses données personnelles. Le but est de juger à priori l'action que nous allons entreprendre. L'étape de planification se fait avant que la séquence d'action ne soit mise en œuvre. La phase d'anticipation s'organise déjà dans l'action puisqu'elle prépare le mouvement. Ainsi, dans l'anticipation, nous sommes déjà dans l'action car il y a un engagement actif.

Pendant l'action, nous mettons en place un contrôle continu qui permet de vérifier ce que nous sommes en train de faire pendant que nous le faisons. A ce niveau, nous nous demandons si les étapes planifiées sont bien celles réalisées, si ce que nous sommes en train de faire nous amène au but que nous nous sommes fixés, si nous respectons la consigne. Cette capacité est importante sur le plan de la réadaptation. En effet, si l'action entreprise n'est pas bonne, l'intérêt est alors de changer de plan d'action afin de se réadapter pour atteindre le but fixé. Enfin, lorsque l'action est terminée, il est nécessaire d'effectuer un contrôle final pour savoir si nous avons atteint le but fixé et savoir si cet objectif répond bien à la consigne de départ.

Pour Xavier, le but est de dicter à John un parcours dans la salle. Trois cerceaux sont posés au sol : un vert, un jaune et un rouge. Xavier doit verbaliser le parcours et John doit ensuite l'exécuter. Xavier commence à décrire le parcours, il décrit bien le passage par le cerceau vert mais oublie de passer dans le cerceau jaune et passe directement dans le rouge. Sa description du parcours est confuse, les mots employés sont peu précis et flous (à côté, vers...). John doit lui demander de reformuler. Xavier dit ne plus se souvenir de la consigne, que c'est trop difficile pour lui mais reprend ensuite son explication. Il redicte son parcours mais cette fois ci, oublie le cerceau vert. Nous lui rappelons l'ordre des cerceaux et nous lui demandons de prendre le temps de visualiser le trajet qu'il a en tête avant de le verbaliser. Il prend son temps avant de recommencer à parler, parle lentement et avec des directions précises. John n'a alors aucune difficulté à exécuter le parcours demandé.

Dans cette situation, Xavier n'anticipe et ne planifie pas son action. Il semble découvrir au fur et à mesure le parcours qu'il nous décrit. Ainsi, il s'égare, se trompe dans la consigne et perd le fil de sa pensée. Avant de commencer à décrire son parcours Xavier doit identifier ce qui est difficile dans cet exercice, à quoi il doit faire attention mais aussi analyser comment il pense s'y prendre. Il doit aussi penser à son but final pour essayer d'avoir une vue d'ensemble de l'action qu'il doit entreprendre. Nous avons décidé de matérialiser les différentes étapes par la couleur des cerceaux qui donne une dimension chronologique à l'exercice. Mais Xavier n'a pas mémorisé l'ordre et c'est donc pour cela que l'ensemble est devenu confus pour lui et donc pour son interlocuteur.

Pour mettre en jeu les fonctions exécutives, il faut travailler sur des actions non routinières. C'est dans ces situations nouvelles que le patient va ou non mettre en place les stratégies d'anticipation, de planification et de contrôle. Les fonctions exécutives sont en lien avec des aspects cognitifs mais aussi comportementaux. Les processus inhibiteurs sont mis en jeu par les fonctions exécutives. Ainsi, pour éviter que des informations non pertinentes ne viennent perturber la tâche en cours ou que les informations précédemment intéressantes deviennent omniprésentes dans les pensées du patient, les fonctions exécutives vont avoir fonction de suppression et donc d'inhibition.

Les fonctions exécutives sont éminemment liées à la notion de flexibilité. Il existe deux types de flexibilité, celle dite réactive et celle dite spontanée. La flexibilité réactive correspond à la capacité à déplacer le focus attentionnel d'une classe de stimuli à une autre. Cela est lié à la capacité du sujet à traiter différents types d'informations en même temps. La flexibilité spontanée correspond à la capacité à évoquer un flux de réponses suite à une question simple.

La mémoire de travail joue un rôle important. C'est la capacité à se rappeler des informations immédiatement et de les manipuler. C'est une mémoire à court terme, une mémoire immédiate qui n'a pas vocation à ce que l'on se souvienne de l'information sur le long terme mais qui permet de garder une continuité dans les séquences d'action. Si l'information est répétée plusieurs fois, elle pourra être mémorisée ensuite dans la mémoire à long terme.

3. Troubles

Dans le cas d'un trouble dysexécutif, nous observons que les troubles comportementaux arrivent en premier lieu et témoignent de l'atteinte cognitive que le patient subit. Il est difficile de déterminer avec précision une localisation de la lésion car les fonctions exécutives sont comprises dans un réseau très vaste impliquant de nombreuses aires associatives.

Nous associons souvent syndrome dysexécutifs et lésions du lobe frontal mais ce n'est pas toujours le cas. Certaines lésions affectant d'autres aires du cerveau peuvent entraîner des troubles des fonctions exécutives. Parfois même, certains patients n'ayant aucune atteinte corticale peuvent avoir un trouble des fonctions exécutives. C'est alors peut être un problème développemental lié à de mauvaises connexions cérébrales. Les patients ont apparemment tous les moyens pour réaliser l'action mais n'y parviennent pas. Ce n'est pas qu'ils ne peuvent pas comprendre ou qu'ils n'ont pas les capacités intellectuelles de penser l'action mais le plan d'exécution de l'action ne peut se mettre en place.

Nous remarquons chez les patients présentant ce type de trouble que les actions sont souvent déclenchées par des stimulations directes de leur environnement et qu'il y a peu d'activité spontanée. Ils sont souvent restreints à des tâches familières ou routinières et automatisées. Ils ne peuvent pas anticiper et élaborer les différentes étapes de l'action et n'arrivent pas toujours à choisir la meilleure stratégie en fonction de la situation.

Le trouble des fonctions exécutives a plusieurs conséquences. Il va venir atteindre les fonctions psychomotrices de l'individu et impacter sur sa relation à soi, à l'autre et à l'environnement. Quelles sont les conséquences du trouble des fonctions exécutives ? Quel en est l'impact sur les compétences psychomotrices de l'individu ?

F. CONSEQUENCES PSYCHOMOTRICES DES TROUBLES DES FONCTIONS EXECUTIVES

Les troubles se sont chronicisés. Avec le temps, les patients ont développé des stratégies face aux séquelles qu'ils présentent. Ces stratégies peuvent être inappropriées ou inefficaces et il est important de les déceler dans ce cas. Parfois les stratégies peuvent être efficaces dans une situation mais le trouble va empêcher le patient de changer de stratégie selon la situation. Ce sont les marqueurs des tentatives pour compenser le trouble.

Les séquelles sont multiples et peuvent atteindre différentes fonctions.

1. Séquelles

John décrit un parcours à Ben, parcours qu'il doit effectuer d'un point A à un point B en passant par trois cerceaux disposés dans la salle. Pour cela, John ne doit utiliser que la parole et ne pas s'aider des gestes. Ben quand à lui ne doit commencer le parcours que lorsque John aura fini de l'énoncer. John énonce son parcours en utilisant des repères de la salle mais utilise les chaises et les tables comme référentiels alors qu'il y en a plusieurs identiques « avance vers la chaise... », « Tourne vers la table... ». Pendant ce temps, Ben regarde et écoute attentivement John. On le voit essayer de retenir attentivement l'ordre de couleur des cerceaux dans lesquels il doit passer. Lorsqu'il doit alors faire le parcours décrit, il se souvient de là où il doit se diriger mais ne sais plus comment. Il demande alors à John de lui décrire à nouveau le parcours mais John ne se souvient plus de ce qu'il avait dit exactement.

Dans cet exercice, le but pour John est d'amener Ben d'un point de départ A au point d'arrivée B. John a bien compris la consigne et son parcours reste cohérent puisqu'il énonce effectivement un chemin allant du point A au point B. Ici, c'est plutôt la stratégie de description du parcours qui est problématique. Plutôt que d'utiliser des repères spatiaux communs comme droite, gauche... ou fixe comme mur, fenêtre..., John utilise des repères peu précis et donc peu fiables.

L'utilisation spécifique de la parole a freiné John qui utilise souvent les gestes pour s'exprimer. Dans cette situation, il a donc fallu qu'il s'adapte à la consigne et qu'il inhibe les gestes qu'il a l'habitude de faire. De plus, il semble avoir abordé le parcours étape par étape sans en avoir une idée d'ensemble. Quand il dit à Ben de se tourner vers la chaise, il ne se focalise que sur la chaise dont il parle et semble totalement omettre les autres chaises de la pièce. Il ne présente aucune hésitation dans son discours mais sa stratégie de communication est pourtant inadaptée. S'il avait pu s'aider des gestes, son discours aurait été plus clair cependant.

Quant à Ben, avant même l'énoncé du parcours de John, il semble avoir retenu que l'ordre de passage dans les cerceaux est important. Il se focalise donc sur cette consigne et essaye de retenir cette information. Mais en faisant cela, il en oublie tout le reste et ne peut faire preuve d'attention divisée. De plus, il regarde constamment John ce qui fait qu'il ne peut pas anticiper le parcours visuellement. Ben est un patient qui se plaint souvent de ses troubles de la mémoire et lors d'exercices comme celui là, il se focalise souvent sur l'importance de retenir, et qu'il sait être difficile pour lui.

Cependant les stratégies qu'il utilise pour essayer de retenir ne sont pas opérantes. Dans cette situation, seule sa mémoire auditive est engagée. Lorsqu'il débute le parcours, c'est alors comme s'il le découvrait. Il répète à voix haute l'ordre des couleurs des cerceaux mais face au premier obstacle qu'il rencontre, il est obligé de demander à John de répéter son parcours. Pour Ben, l'élaboration d'une stratégie efficace pour pallier son problème de mémoire a été opérante pour retenir la couleur des cerceaux mais n'a pas été appropriée par rapport à la consigne.

En focalisant son attention sur une seule partie de la consigne, il ne peut en planifier la globalité. Il semble avoir des problèmes d'anticipation et de planification. Cependant, au cours de l'action, il se rend compte qu'il lui manque des informations et demande spontanément à ce qu'on lui répète le trajet. Il a su faire preuve d'autocorrection en modifiant son comportement et en s'adaptant au problème.

Dans cette illustration, ce qui est marquant, c'est avant tout que les patients rencontrés ont des difficultés en lien direct avec leur trouble des fonctions exécutives mais surtout qu'ils ont des difficultés à mettre en place des stratégies de compensation efficaces. Les troubles sont devenus chroniques, la mise en place de stratégies est donc nécessaire pour les patients. Mais la difficulté de mettre en place des stratégies opérantes les handicape.

Nous demandons à Damien de récupérer un objet se trouvant en hauteur et de l'amener dans un cerceau situé dans une autre pièce. Il tente de récupérer l'objet qui était difficilement accessible et lorsqu'il réussit le pose sur ses genoux. Il le garde sur lui et nous devons lui rappeler qu'il doit poser l'objet dans le cerceau. Pourtant lorsqu'on lui demande de nous donner la consigne de l'exercice, il est capable de nous la dire.

Damien semble ne pas pouvoir évaluer son action. Il récupère l'objet mais « oublie » le but final de l'exercice. A aucun moment il ne semble se demander s'il a atteint l'objectif fixé. Il semble avoir une difficulté dans la phase de contrôle du but final de l'action. Il aborde chaque étape de l'exercice comme un événement distinct et non pas comme une séquence d'actions liées entre elles.

Le fait qu'il sache nous dire la consigne oralement ne suppose pas qu'il ait élaboré sa pensée et organisé ses idées. Il répète ce qu'il a entendu mais tout au long de l'exercice, on doit lui rappeler chaque étape.

John, Ben et Xavier se passent une balle en mousse sur une table. En même temps que lorsqu'ils envoient la balle, ils doivent dire le prénom de la personne qui va la recevoir. Puis, on change la consigne, ils doivent maintenant dire le prénom avant de lancer la balle. Très vite, les trois patients lancent la balle en disant le prénom en même temps. Même lorsque l'on reprend la consigne, ce comportement reste présent. On leur demande de taper sur la table, puis de dire le prénom et enfin de lancer la balle. Xavier n'arrive pas à respecter l'ordre même s'il fait les trois actions distinctement. John et Ben eux n'arrivent pas à dissocier le lancé de la balle avec l'énoncé du prénom mais effectuent le geste avant de lancer la balle. De plus la direction que les trois patients donnent à la balle est de moins en moins précise.

Cette exercice met à la fois en jeu l'attention divisée ainsi que l'adaptation. En effet, la consigne est multiple, il faut donc que les trois patients écoutent attentivement, qu'ils retiennent la consigne et qu'ils prennent leur temps pour effectuer l'exercice. Lorsque la consigne change, il faut alors qu'ils sachent faire preuve d'adaptabilité pour modifier l'élaboration de leur acte et modifier le plan qu'ils avaient jusqu'alors suivi.

Si on observe la première partie de la consigne, les patients n'arrivent pas à dissocier le geste de la parole. Ils regardent leurs partenaires, disent le prénom et exécutent le geste en même temps. Ils n'ont pas planifié les différentes étapes à réaliser pour répondre à la consigne.

Au final, leur partenaire a reçu la balle mais la consigne n'a pas été respectée. Dans la deuxième partie de l'exercice, en ajoutant la consigne de frapper sur la table, nous demandons aux patients de rajouter une étape supplémentaire. Ils prennent beaucoup plus de temps pour effectuer les lancers et malgré cela ils sont moins précis car trop d'informations sont à traiter pour eux. Ils veulent essayer d'aller plus vite alors qu'il faudrait qu'ils prennent plus le temps d'analyser ce qu'ils font. Leur attention n'est plus focalisée sur le lancer mais sur ce qui se passe avant. Envoyer la balle semble plus un soulagement de ce fait.

Gauthier est en fauteuil, il souhaite s'avancer vers moi mais une table nous sépare. Il fonce alors dans la table, manque de renverser ce qu'il y a dessus et bouscule les autres patients présents. Lorsque l'équipe soignante le reprend, il semble ne pas avoir conscience de ce qu'il a fait tellement il était déterminé à venir près de moi. Pourtant, je venais de lui dire que je souhaitais qu'il cesse de venir vers moi car il me demandait des choses déplacées et qu'il fallait qu'il aille se calmer ailleurs.

Gauthier a un comportement inapproprié. C'est un patient désinhibé et impulsif qui peut faire preuve de beaucoup d'agitation motrice. Ses troubles se manifestent généralement dans les salles communes au moment du goûter où tout le monde est réuni. Ici, les troubles cognitifs vont venir majorer le trouble du comportement du patient. Le contrôle de l'inhibition est défaillant et cela est dû au trouble des fonctions exécutives. Dans la situation présente, son comportement semble automatique. Il n'était pas agressif et voulait simplement continuer sa conversation avec moi. Voyant que je ne prêtais pas attention à lui, il a donc certainement voulu attirer mon attention.

Cependant, il n'a pas analysé au préalable les conséquences que cela produirait. Il a donc fait preuve d'impulsivité. Au-delà d'un trouble cognitif, le trouble des fonctions exécutives influence grandement le comportement de l'individu et joue un rôle dans le cadre des troubles psychoaffectifs.

2. Conscience de soi

D'après le livre d'Eric Pireyre « Clinique de l'image du corps », avant d'être une image, le corps est d'abord un corps vécu dans la relation à l'autre, façonné par son histoire, ses expériences... Les images et représentations du corps contribuent à penser et subjectiver le corps et participent au développement psychique de l'individu.

Le concept d'image du corps est une théorisation psychanalytique. On peut retrouver dans de nombreux écrits trois caractéristiques essentielles de l'image du corps. Elle serait liée à l'inconscient, à la libido et au désir. F Dolto dit « «L'image du corps est à chaque moment inconsciente de tout le vécu relationnel et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expérience langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimiques et gestes ». Ainsi F Dolto exprime ici l'importance de la communication non verbale par rapport au principe d'image du corps.

Cette communication non verbale liée aux gestes et aux mimiques est aussi importante dans ce qu'on appelle le « dialogue tonico-émotionnel ». Cet aspect tonique permet de cerner les aspects du corps en relation et de mettre en évidence les potentielles tensions toniques. Ces tensions peuvent être liées à l'enfance et de façon plus large à l'histoire du sujet. Selon Eric Pireyre, elles ont une origine psychoaffective.

Le concept de schéma corporel renvoie quant à lui à une réalité et à l'expérience que l'individu fait de cette réalité. Il dépend donc de l'intégrité de l'organisme ou de ses lésions ainsi que des sensations physiologiques, viscérales... C'est une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps qui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace selon Nasio.

Pour F Dolto, « l'image est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes, électives, archaïques ou actuelles. ».

La première composante de l'image du corps serait une image de base qui donnerait à tous le sentiment de se sentir exister de façon continue. Cela renvoie à une continuité narcissique et spatio-temporelle qui se construit et se développe depuis la naissance chez tout individu.

La deuxième composante de cette image du corps serait une image fonctionnelle. C'est l'image sthénique¹² d'un sujet qui vise l'accomplissement d'un désir. Elle est au croisement pour la réalisation d'un désir de la rencontre du schéma corporel avec l'investissement érogène d'une partie du corps et avec les jeux fonctionnels possibles de cette zone dans les liens relationnels.

Enfin la troisième composante correspond à l'image érogène associée donc à l'image fonctionnelle et aux notions de plaisir et de déplaisir.

Ainsi pour F Dolto, l'image du corps est « la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images : de base, fonctionnelle et érogène reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique ».

Nous pouvons alors nous demander ce qu'il en est de ce concept d'image du corps et plus largement de conscience de soi dans la cérébro lésion et quelle peut être l'influence des troubles dysexécutifs dans ce domaine.

Tout d'abord, le patient cérébro-lésé est confronté à une réalité où certains renoncements fonctionnels sont obligatoires. Ainsi il peut faire face à une perte motrice, cognitive, perceptive et une limitation de l'autonomie, mais aussi une atteinte des référents majeurs de sa vie.

Mais au-delà de ces pertes, il est aussi important de tenir compte des processus psychiques et de son aspect intérieur et subjectif. En effet, la réalité de la maladie vient s'inscrire dans l'histoire du sujet, à la fois consciente et inconsciente et cette réalité est extrême et traumatique. Ainsi, cette confrontation au réel va impacter sur le sentiment d'identité et d'appartenance. Le sentiment d'identité se confronte aussi à la relation à l'autre. Le regard de l'autre change suite au traumatisme. L'entourage peut ne plus reconnaître la personne.

¹² Se dit de quelqu'un qui donne une impression de force ou de dynamisme.

Xavier me raconte souvent les circonstances de son accident. Il était au travail, lors d'une pause pour aller fumer, il ressent une vive douleur à la tête et puis plus rien. C'est son meilleur ami qui lui a sauvé la vie en appelant les secours. Avant il était vaillant, c'est lui qui a construit toute sa maison. Aujourd'hui, il est encore là mais pourquoi ? Il n'est plus « bon à rien » me dit-il. Lorsque Xavier est chez lui, il reste le plus souvent dans sa maison, il sort peu. Il parle toujours positivement de sa vie avant son AVC et négativement de sa vie après. Il dit que sa femme ne lui demande plus rien et qu'il ne participe pas aux tâches ménagères car il ferait mal les choses.

L'identité est « le caractère de ce qui est identique »¹³. L'identité personnelle est « le caractère de ce qui est identique à soi même »¹⁴. C'est à la fois individualité, spécificité, communauté d'appartenance et possibilités de similitude, permanences des caractères spécifiques. Le DSM III définit l'identité comme « la conscience de soi assurant l'unité et la permanence de la personne dans le temps ».

Le sujet est atteint dans sa sensation d'identité portée donc en partie par l'image du corps. Cela va influencer les rapports que l'individu entretient avec lui-même et l'extérieur. Pour les psychanalystes, si le sentiment d'identité est atteint, c'est l'organisation du Moi qui est touchée. Pour F Dolto, l'image inconsciente du corps est le support du narcissisme primordial et l'atteinte de la sensation d'identité et d'existence est un ébranlement de ce narcissisme primordial, atteinte que l'on retrouve souvent chez les patients cérébro-lésés.

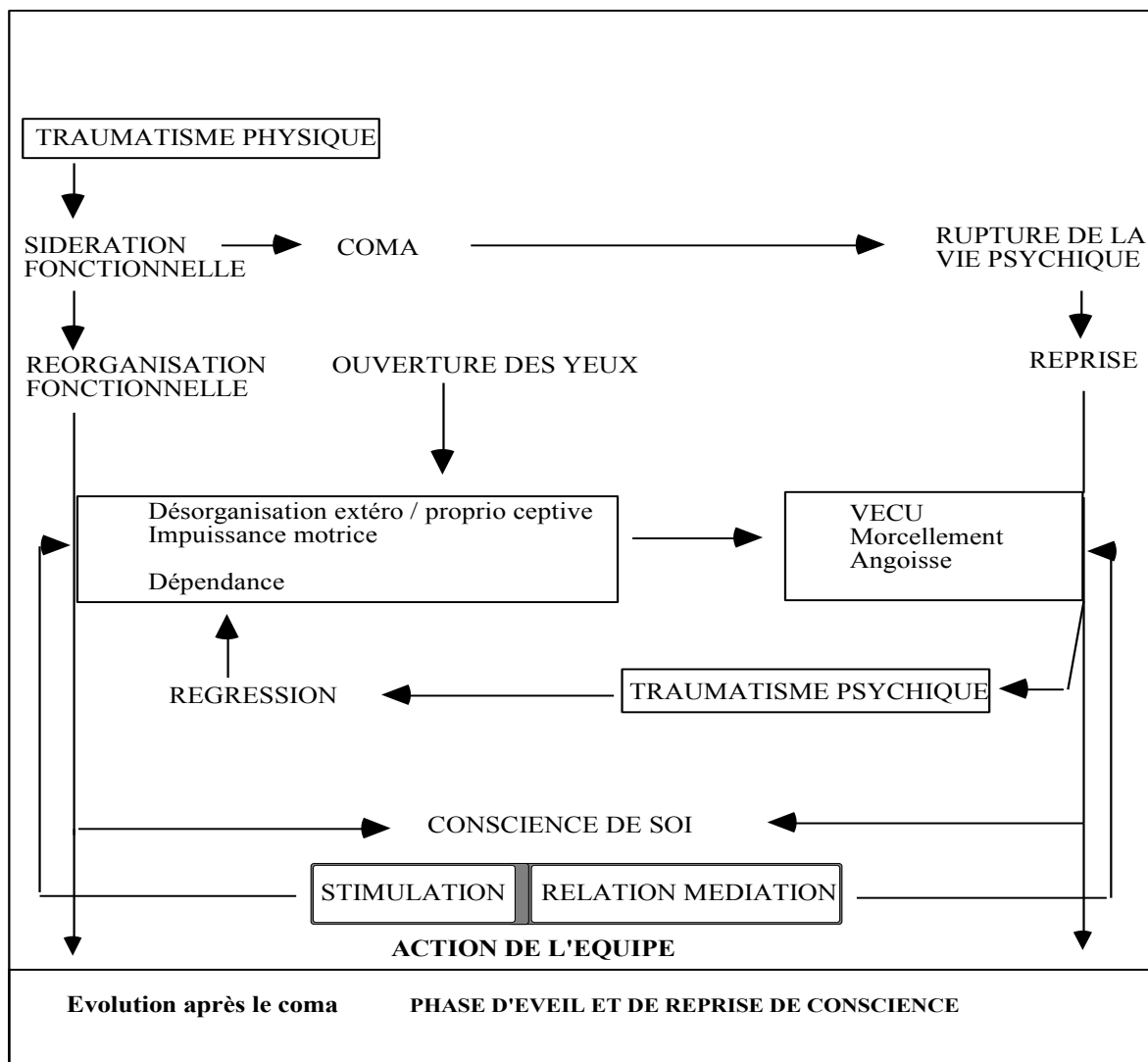
Le trouble de la conscience de soi est un « sentiment d'être comme n'étant pas »¹⁵. Les patients ont un sentiment de clivage du Moi comme s'ils avaient perdu une partie d'eux. Ce trouble peut être majoré par les troubles cognitifs. Au niveau de l'imaginaire, nous avons une non-reconnaissance de soi due aux modifications du corps et du psychisme.

D'autre part, ce trouble de la conscience de soi serait une trace de l'atteinte de l'identité subjective lors du réveil de coma. Nous sommes face à un clivage du Moi mais qu'il faut différencier de celui de la psychose. En effet dans la psychose, ce clivage se manifeste plutôt comme un rejet de la réalité et un investissement psychique du côté du délire. Dans le cas de patients cérébro-lésés, c'est l'accès à une partie de lui-même qu'il ne peut plus avoir.

¹³ Dictionnaire Robert

¹⁴ Op cité (Robert)

¹⁵ Follin et Azoulay dans *La pensée naufragée* H Oppenheim Gluckman



Pour le patient, il va alors être difficile de se projeter vers l'avenir et de faire preuve d'initiative. Cette difficulté est aussi la conséquence d'une perturbation au niveau émotionnel. En effet, les patients peuvent avoir certaines difficultés à repérer et à percevoir une émotion. Ils ne vont pas savoir qualifier leur état interne.

Ainsi, ils ont une sensation mais ils ne sont pas en mesure de la percevoir et de la représenter. Cette difficulté les touche directement mais influence aussi la perception des émotions des autres. C'est ainsi qu'il est compliqué pour eux par exemple de comprendre le second degré. Selon le dictionnaire philosophique « La sensation est une donnée psychique impossible à saisir dans sa pureté, mais dont on s'approche comme d'une limite : ce serait l'état brut et immédiat conditionné par une excitation physiologique susceptible de produire une modification consciente.

En d'autres termes, ce qui resterait d'une perception actuelle, si l'on en retirait tout ce qui ajoutent la mémoire, l'habitude, l'entendement, la raison, et, si l'on y rétablissait tout ce que l'abstraction en écarte, notamment le lien affectif, l'aspect dynamogénique ou inhibitoire qu'elle présente. »¹⁶ C'est ainsi une notion ambiguë, la sensation vient de l'objet mais également du sujet.

En ce qui concerne la perception c'est la représentation mentale de la sensation. La perception n'est pas identique pour tous. Elle dépend de différents mécanismes psychiques comme l'attention qui va sélectionner certaines informations par rapport à d'autres, l'interprétation des stimuli que l'attention a sélectionné, la signification que cela va avoir pour un sujet et la mémorisation qui avait pu être faite précédemment.

3. Relation à l'autre et à l'environnement

La dimension de la relation à l'autre et à l'environnement va aussi être touchée dans la cérébro- lésion et les difficultés pourront être majorées par le syndrome frontal.

En effet, le traumatisme va entraîner une réorganisation des liens notamment au sein de la famille proche. L'accident a entraîné un ébranlement du système familial. La famille est un système d'appartenance. Il existe une boucle complexe dite de réflexivité entre l'identité et l'appartenance. Chaque individu fonde son identité sur le fait d'être issu d'une famille qui constitue son pôle d'appartenance. Mais cette appartenance ne gomme pas notre originalité car nous avons une place spécifique unique et originale au sein de notre famille, ce qui constitue aussi des éléments de notre identité.

Le traumatisme crée une forme de violence, extérieure, qui va impacter sur le sentiment d'identité et d'appartenance. Cette violence provient du handicap. C'est une violence qui va s'attaquer au sujet mais aussi à toute la sphère relationnelle et qui peut même toucher les soignants. Les rôles qui leur appartenaient du point de vue professionnel, familial... sont ainsi modifiés.

¹⁶ <http://www.vetopsy.fr/sens/traitement-sensoriel-sensation-perception.php>

En MAS, cette atteinte est encore plus flagrante car les patients sont en situation de handicap lourd ce qui entraîne une forte rupture avec leur vie antérieure. L'atteinte de l'image de soi n'est pas seulement liée au fait que le patient est handicapé mais aussi à l'image qu'on renvoie de lui. L'autre ne pose plus le même regard qu'avant et cela peut ébranler la confiance en soi du patient.

Les référents majeurs de sa vie antérieure peuvent être bouleversés. Ce que nous appelons référent majeur, ce sont « les objets de son désir, son idéal conscient et inconscient, ses fonctions sociales et symboliques »¹⁷ De ce fait, le rapport de l'individu avec lui-même et le monde est difficile à préserver. Il semble difficile pour un patient cérébro-lésé d'entrer en relation avec l'autre, d'autant plus lorsque des troubles du comportement viennent entraver le contact.

Certains patients sont dits anosognosiques. L'anosognosie correspond à la « non conscience » de la maladie qui n'est pas due à une perturbation des fonctions intellectuelles. Elle peut toucher à la fois des patients atteints de troubles physiques, cognitifs, comportementaux ou psychologiques. Il ne faut pas confondre l'anosognosie avec ce que nous pouvons retrouver chez certains patients comme une méconnaissance de surface.

La méconnaissance de surface est une forme de déni important chez tout individu ayant subi une perte et permet de préserver le narcissisme. Certains patients ont aussi le fantasme du retour à l'état antérieur qui peut aussi être alimenté par la famille. Chez ces patients, la notion d'irréversibilité n'est pas admise. Le déni est un mécanisme psychologique normal alors que l'anosognosie est pathologique. Ainsi, l'anosognosie entraîne des perturbations évidentes dans la conscience de soi mais aussi dans les relations que le patient peut entretenir avec les autres et son environnement.

En effet, le patient, n'ayant pas conscience de ses troubles, peut se mettre involontairement en danger ou être dangereux pour les autres.

¹⁷ H. Oppenheim-Gluckman (2000) *La pensée naufragée*

Sylvain part au ski pendant les vacances d'hiver. Sylvain a subi un traumatisme crânien qui a entraîné notamment une perte importante d'acuité visuelle et des troubles d'équilibre. Il a pris la décision de descendre une piste seul et a chuté lourdement en se blessant le genou. De retour à la MAS, il ne semble pas avoir conscience du danger qu'il a couru et nous explique simplement qu'il avait envie de skier. Sylvain, traumatisé crânien grave refuse sa prise en soin en psychomotricité. Il trouve que cela ne l'aide pas et ne sert à rien. Un jour, il s'emporte contre la psychomotricienne et devient violent sans raison apparente. Après une mise au point avec la psychomotricienne, la prise en soin ne sera pas maintenue. Le fait est que Sylvain est souvent opposant avec de nombreux éducateurs et soignants. Son comportement est souvent excessif et cyclique alternant des moments d'euphorie et de dépression. Il nie les conséquences de son traumatisme crânien. Pour lui son seul handicap est qu'il a un trouble visuel. Il se met en danger notamment durant les vacances d'hiver où il a fait du ski tout seul alors qu'il a des troubles de l'équilibre.

De plus, l'anosognosie peut créer un décalage dans les relations que le patient va entretenir avec son entourage. En effet, le regard posé sur le patient par ses proches lui renvoie une réalité qu'il ne ressent pas comme étant la sienne. Il est difficile pour le patient de s'adapter à son environnement. Ainsi, l'adaptation sociale de ces patients est difficile.

4. Impact sur les fonctions psychomotrices (attention, mémoire, tonus, espace, temporalité, rythme...)

Les troubles des fonctions exécutives vont entraîner des difficultés dans de nombreuses dimensions chez la personne. C'est pourquoi, une prise en soin pluridisciplinaire est nécessaire dans ce contexte. La psychomotricité a alors toute sa place notamment quand les fonctions exécutives touchent aux compétences psychomotrices de l'individu. Ainsi une perturbation des fonctions exécutives peut entraîner des perturbations des fonctions psychomotrices.

Dans le chapitre sur la conscience de soi, je parle de schéma corporel et d'image du corps, deux notions qui peuvent être touchées dans le cas de la cérébro-lésion mais ce ne sont pas les seules.

a) **Le tonus**

« Le tonus est la toile de fond historique du corps »¹⁸. Chez les patients de nombreuses observations toniques sont possibles, allant de l'hypertonie à l'hypotonie. Le tonus se construit chez l'individu tout au long de la vie. Il se met en place dans les premiers instants après la naissance. C'est une notion indissociable de la dimension relationnelle. Le « dialogue tonico-émotionnel » représente l'engagement de la personne dans la relation présent dès la naissance et tout au long de la vie. Le tonus sert à la cohésion de l'ensemble du corps, il soutient et permet l'éveil, la vigilance.

Le tonus prépare au mouvement et est à la base des coordinations et de la motricité globale de l'individu. Le traumatisme crânien va engendrer des modifications toniques chez l'individu. Celui-ci va devoir s'adapter à ces changements. Par exemple, un patient souffrant d'hémiplégie va devoir modifier son tonus global pour retrouver la marche. Par ailleurs, le trouble des fonctions exécutives peut influencer son activité tonique.

Durant les séances en groupe, Mr M n'arrive pas à fixer son attention sur la tâche en cours. Chaque bruit, chaque personne qui passe par la fenêtre le fait décrocher. Il bouge sur sa chaise, regarde autour de lui comme s'il cherchait à trouver quelque chose ou quelqu'un. Il paraît agité et ne tient pas en place.

Mr M a un défaut d'attention. Il n'arrive pas à filtrer les informations extérieures pour se centrer sur la tâche en cours. Cette difficulté s'exprime chez Mr M par une forte agitation, comme si toute stimulation le mettait en alerte tonique ce qui lui confère un état général d'hypertonicité.

Lorsqu'on demande à Pascal de lever doucement la jambe vers le ciel alors qu'il est allongé, il monte sa jambe d'un coup et la redescend aussitôt. En accompagnant son geste par un rythme « la jambe doit toucher ma main à 4 : 1...2...3...4 », Pascal prend son temps, le geste est plus fluide et moins saccadé.

Ici encore une fois, le patient est hypertonique. Son impulsivité l'entraîne à faire des gestes qui semblent automatiques et non contrôlés. Nous pouvons remarquer que lorsque nous

¹⁸ C Potel (2010) *Etre psychomotricien*

l'accompagnons verbalement en étayant son geste grâce au rythme, nous lui proposons une stratégie afin qu'il puisse essayer de contrôler son mouvement. Cette stratégie semble efficace puisqu'il arrive à ralentir son mouvement et à réguler son activité tonique.

b) La temporalité

Le temps est une composante psychomotrice importante qui est peut être lésée dans le traumatisme crânien et dont l'impact peut être majoré par l'atteinte des fonctions exécutives. Le rapport à la temporalité est très important chez tout individu. Il se structure et structure l'individu dès l'enfance par les rythmes, le temps qui organise la vie, la musique. Il y a diverses dimensions du temps partant de la durée, de l'ordre, de la vitesse, de l'irréversibilité, de la chronologie.

Le rapport que le patient va avoir avec le temps peut être profondément modifié. La désorientation temporelle peut être présente souvent en lien avec les troubles de la mémoire. C'est comme si le patient n'éprouvait plus l'expérience de la temporalité, même s'il est capable d'utiliser les notions temporelles comme l'heure, la date, « ce savoir leur est extérieur »¹⁹.

De plus, les patients qui ont un trouble de la mémoire immédiate semblent souvent perdus comme si à chaque instant, ils ne savaient pas où ils se trouvaient. Cela est souvent lié à une amnésie antérograde, c'est-à-dire l'incapacité à fixer de nouveaux souvenirs.

Nathalie participe depuis une heure à une activité dont le but est de trouver le plus d'infirmières possibles au sein de la MAS. Pourtant en chemin vers le bureau des infirmières, lorsqu'on lui demande ce que nous faisons, elle ne s'en souvient pas et est incapable de nous dire ce que nous faisons.

Par ailleurs, certains patients ont une amnésie rétrograde, c'est-à-dire qu'ils ont perdu le souvenir des événements avant le traumatisme. De ce fait, souvent, les proches proposent de créer un album photo et racontent au patient les souvenirs qu'il a perdus. Le problème est que ces souvenirs sont perçus comme extérieurs par le patient et il ne peut les ressentir

¹⁹ Oppenheim-Gluckman (2000) *La pensée naufragée*

comme faisant réellement parti de lui. Soutenir les souvenirs des patients cérébro lésés est important mais ne lui permettra jamais de se remémorer réellement le souvenir perdu. « L'apprentissage à l'aide de supports extérieurs a permis une « prothèse » de souvenir »²⁰.

Le rapport au rythme est profondément modifié. Beaucoup de patients ayant des troubles des fonctions exécutives sont impulsifs et ont des difficultés pour prendre le temps de faire les choses. Pourtant, leur rythme de vie a changé après l'accident, ils doivent s'adapter à leur handicap. Leurs gestes sont souvent rapides et imprécis. Le rythme permet de structurer une action et confère un ordre, une vitesse au mouvement. De plus, les rythmes corporels de l'utilisation des muscles, la respiration au rythme cardiaque ont aussi subi des modifications qui viennent toucher là aussi à la conscience de soi.

Avant et après chaque activité, Xavier va systématiquement aux toilettes. Ce comportement devient quasiment obsessionnel et on peut se demander si ce n'est pas un moyen pour Xavier de structurer sa journée par un rituel qui le rassure sachant qu'il n'a pas de problème d'incontinence.

Le rythme peut donc être utilisé par les patients pour structurer un fonctionnement de vie quotidien. Mais dans cette situation, la stratégie utilisée semble invalidante et handicapante pour Xavier. En effet, il semble davantage subir cette situation qu'il ne la contrôle vraiment.

²⁰ Oppenheim-Gluckman (2000) *La pensée naufragée*

c) L'espace

L'espace est une notion intimement liée au temps. L'espace se construit d'abord à partir du corps, de l'espace propre pour se projeter petit à petit sur l'espace environnant et devenir un espace représenté. Ce développement permet la construction de repères, à la fois propres à chacun mais aussi commun avec les repères sociaux. Ainsi il faut d'abord passer par un sentiment d'intériorité corporelle pour pouvoir ensuite se repérer physiquement dans l'espace et projeter ces notions dans un environnement plus large. Selon Alain Berthoz²¹, le geste obéit à des lois naturelles qui génèrent des trajectoires. Dans le cerveau, il y aurait des processus qui créent une géométrie du geste et dans le déficit moteur, il faudrait en fait essayer de rééduquer la capacité à produire cette géométrie.

A l'instar des troubles liés à la temporalité, la désorientation spatiale peut être présente chez certains patients. Ainsi, se repérer dans l'espace, savoir quel itinéraire prendre, se repérer sur un plan peut être compliqué pour eux. Les connaissances de géométrie, de repères spatiaux peuvent être intactes mais du fait de leur syndrome dysexécutif, l'utilisation de ces notions peut s'avérer difficile. Organiser une action, anticiper sur l'espace nécessaire, les déplacements, contrôler l'espace utilisée, nécessaire, tout ceci peut être affecté dans la cérébro-lésion. Donc, le rapport à l'espace va être modifié et il est nécessaire que le patient puisse s'adapter à cette modification.

On l'a vu, le trouble des fonctions exécutives va donc impacter sur de nombreuses compétences de l'individu, notamment des compétences psychomotrices. L'intérêt d'une prise en soin en psychomotricité semble pertinent. En effet, nos outils ainsi que nos objectifs semblent tout à fait adaptés à un suivi psychomoteur. Nous pouvons à la fois agir sur les compétences lésées ou diminuées mais aussi proposer une approche différente, alternative et complémentaire à la verbalisation ou aux méthodes comportementales. Quel est le cadre d'intervention en psychomotricité en lien avec la cérébro-lésion ? Concrètement, qu'est ce qui peut être mis en place en psychomotricité pour travailler le concept des fonctions exécutives dans ce cadre ?

²¹ Conférence « les gestes qui soignent » 4.5 et 6 avril Milan

IV. L'INTERVENTION EN PSYCHOMOTRICITE

Les manifestations cliniques du trouble des fonctions exécutives touchent les fonctions psychomotrices et la sphère relationnelle. Ainsi, il semble que la psychomotricité soit intéressante dans ce domaine.

Notre métier se centre sur l'approche corporelle et les fonctions exécutives touchent à l'engagement corporel, à la conscience de soi, de l'autre et de l'environnement. L'attention, la mémoire et la vigilance sont aussi touchées.

Nous avons les outils pour travailler sur ces notions. L'approche du psychomotricien, permet au patient d'expérimenter des situations dans lesquelles il se trouve parfois en difficulté.

A. L'APPROCHE PSYCHOMOTRICE

1. Pourquoi intervenir ?

Avec des patients cérébro-lésés, l'approche psychomotrice peut avoir plusieurs atouts. La psychomotricité est une discipline qui nous implique corporellement et qui nous permet d'aller à la rencontre de l'autre de manière singulière.

Ajuriaguerra dit : « Le déroulement de l'acte implique un fonctionnement physiologique mais l'acte n'est pas qu'une addition d'une contraction musculaire, il est aussi appétence et prise de contact, domination ou destruction. L'action ne se pose pas comme l'activité d'un esprit désincarné. ». On y voit ici qu'il ne détache pas le corps et l'esprit qui se lient dans l'action.

Partant de ce postulat, il semble que la psychomotricité ait toute sa place auprès des patients atteints de troubles des fonctions exécutives. De plus, ce trouble entraîne de nombreuses séquelles qui impactent sur les compétences psychomotrices de l'individu. Ainsi le champ d'action du psychomotricien est très vaste dans ce domaine.

C'est une discipline carrefour entre la psyché et le soma. La psychomotricité s'intéresse à la manière dont le sujet perçoit son corps, se le représente ainsi que la manière dont il s'en sert pour investir son environnement, exprimer ses émotions, entrer en relation.

La psychomotricité est une pratique spécifique portant sur le corps, avec une écoute et une implication active et corporelle du thérapeute.

Le psychomotricien s'engage dans la relation à l'autre au niveau du dialogue tonico-émotionnel. Le psychomotricien doit avoir une dimension contenant vis-à-vis du sujet. La relation du psychomotricien au patient se passe donc au niveau du langage corporel et du langage verbal.

Cette approche peut être tout à fait adaptée dans le cadre d'un traumatisme crânien où le patient présente des troubles chroniques notamment liés aux fonctions exécutives.

Le travail en MAS demande aux équipes de travailler ensemble dans un cadre pluridisciplinaire qu'il est important de respecter. La psychomotricité y apporte sa spécificité et une complémentarité importante dans la prise en soin de chaque patient. Il est très intéressant de pouvoir proposer des temps de groupe en collaboration avec d'autres professionnels. Essayer de construire un projet et de mettre en place des objectifs communs et complémentaires est un travail très enrichissant. Les outils et médiations ne nous sont pas spécifiques, c'est la lecture et les objectifs que nous allons leur donner qui fait notre spécificité.

2. Comment intervenir ?

Dans le cadre du soin, il est nécessaire de rencontrer le patient, de chercher à savoir ce qu'il a, comment ses troubles se manifestent dans la vie quotidienne et ce qu'il a mis en place comme stratégies de compensation pour faire face à ses difficultés. En fait, il faut repérer quel est son fonctionnement.

Ce repérage peut se faire par le biais d'un bilan psychomoteur mais aussi grâce aux observations que le psychomotricien peut faire ou qui lui ont été rapportées par la famille ou par d'autres professionnels. Il n'existe pas de bilan spécialement conçu pour les patients atteints de cérébro-lésion, ni de bilan spécifique pour les troubles des fonctions exécutives des patients traumatisés crâniens. Mais il existe des items de neuropsychologie que l'on peut utiliser comme la tour de Londres ou certains tests de la NEPSY (bilan neuropsychologique de l'enfant).

De plus, si on veut mettre en évidence les stratégies compensatrices de ces patients, c'est une observation fine et précise qui va nous être utile. On peut mettre le patient dans des situations artificielles qui vont nous permettre de mettre en évidence certains troubles. Par exemple, si nous cherchons à savoir si le patient a des problèmes d'attention, on peut observer s'il est facilement attiré par tout élément extérieur à la situation pendant les épreuves qu'on propose. Ensuite nous pouvons mettre en place un projet thérapeutique adapté.

De ce projet peut en découler une prise en soin qui pourra se faire de manière individuelle ou groupale.

Dans une prise en soin individuelle le transfert et le contre transfert sont très sollicités. Le but étant que le sujet se sente mieux dans sa relation à l'autre et à son corps, de favoriser l'autonomie, la confiance en soi et l'accès à une relation duelle. C'est une approche très intéressante dans le cadre des fonctions exécutives car elle permet de prendre le temps, d'aller au rythme du patient et de pouvoir plus facilement s'adapter à ses difficultés. La prise en soin individuelle permet à la fois d'axer les objectifs et les outils à une problématique spécifique mais aussi d'avoir une visée globale prenant en compte l'ensemble des potentialités du patient.

Une prise en soin en groupe permet de travailler la fonction miroir, l'interrelation et a évidemment une fonction thérapeutique. La fonction miroir est particulièrement prégnante dans les premiers temps après l'accident. Cependant, elle reste importante par la suite. C'est l'imitation, la reconnaissance de l'autre. Cette fonction miroir peut être angoissante pour le patient mais aussi rassurante.

La fonction d'interrelation est importante puisqu'elle permet une forme de redécouverte de sentiments avec les notions d'amitié et d'antagonisme qui peuvent apparaître. Elle permet de restructurer la personnalité par une forme d'affirmation de soi par les actes et la parole et le sentiment d'appartenance qui existe par le groupe.

Le groupe est structurant car c'est un espace temps que l'on garde fixe. Le groupe est inscrit dans l'emploi du temps du patient, il se passe dans telle salle avec telle personne et est inclus dans la vie quotidienne du patient. Par les activités proposées, le groupe permet une stimulation cognitive différente de celle d'une séance individuelle. Les possibilités d'actions sont différentes et on peut aborder des notions comme l'imitation qu'on ne pourrait pas aborder de la même manière en séance individuelle. On peut aussi supposer que partager un vécu commun peut permettre à certains patients de s'exprimer plus facilement.

Pour le psychomotricien, prendre en soin un groupe demande de faire attention à chacun. Il est le médiateur, celui qui maintient la cohésion du groupe et qui décide du cadre.

Travailler sur les fonctions exécutives en psychomotricité en MAS semble possible à la fois en séance individuelle et en groupe, le groupe amenant des situations qui ne sont pas possibles en individuelle et inversement.

Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que la séance de psychomotricité permet d'expérimenter une situation artificielle créée par le thérapeute pour des objectifs précis. Ainsi, ce qui se passe en séance ne se transpose pas forcément à l'identique dans les situations de la vie quotidienne. Le psychomotricien peut faire des liens avec ce qui se passe en séance et le quotidien mais ce n'est pas parce qu'un patient arrivera à construire une tour de cubes dans la salle de psychomotricité, qu'il saura ensuite empiler des verres dans sa cuisine. Même si nous mettons le patient dans une situation de la vie quotidienne, cette situation sera forcément biaisée par le thérapeute présent.

Il faut donc être conscient de cette situation artificielle ce qui ne nous empêche pas de pouvoir observer de nombreuses choses et d'espérer une évolution ou au moins un maintien des capacités du patient.

3. Les objectifs visés

En psychomotricité, les objectifs visés seront évidemment à construire en fonction de chaque patient. Ces objectifs évoluent au cours du temps.

Dans une MAS, le but principal est de maintenir les capacités existantes du patient. La population rencontrée étant vieillissante, il faut essayer de stimuler au maximum les possibilités du patient. Nous ne sommes pas dans un objectif de rééducation et encore moins de retour à l'état antérieur. Avec ses propres possibilités, nous devons viser à ce qu'il puisse vivre au mieux avec le corps qu'il a. Nous pouvons l'aider à investir son corps dans ses éprouvés corporels et ses sensations.

De plus, nous pouvons l'aider à améliorer son rapport à la réalité quotidienne. Le temps des séances doit être investi pour le patient comme un temps pour soi, un temps où la relation se crée et où la confiance en soi peut se restaurer.

Cela doit aussi être un temps de plaisir, un temps pour prendre le temps dans espace sécurisant et contenant. Nous travaillons sur les fonctions exécutives non pas dans le but de supprimer le trouble mais d'aider le patient à trouver des stratégies compensatrices efficaces qu'il puisse utiliser de manière adaptée.

4. Les outils utilisables

Les outils et médiations utilisables sont extrêmement vastes et variés. Il est important que nous gardions en tête les objectifs de la prise en soin. A partir de ces objectifs, nous pouvons travailler de nombreuses façons différentes sur les fonctions exécutives.

Nous l'avons vu, ces fonctions touchent à de nombreuses compétences psychomotrices. Nous pouvons donc déjà aborder la question du trouble au travers de ces différentes notions. Aussi, le rythme est-il un outil intéressant par exemple. Utiliser les notions d'espaces, de temps dans les propositions et les exercices permet de structurer l'activité. Le travail autour du tonus et des émotions est une autre approche qui aborde le corps dans sa dimension expressive.

Nous pouvons proposer un travail en miroir ou en réalité. La création de check list ou d'agenda et l'investissement des outils substitutifs pour l'individu est aussi un axe de notre prise en soin.

Au final, ce qui est important, c'est que le patient puisse investir la prise en soin. De ce fait, les outils que nous utilisons se doivent d'être pensés en fonction des attentes, des goûts ou des envies du patient. De nombreuses médiations sont aussi possibles comme l'eau, la peinture, les activités de création, le théâtre, la danse... Ce n'est pas l'outil qui est important mais ce que le patient va en faire en séance.

Théoriquement, il est alors certain que la psychomotricité est une approche intéressante dans le domaine des fonctions exécutives. Mais qu'en est-il en pratique ?

B. DEUX EXEMPLES DE PRISE EN SOIN EN GROUPE

Le groupe est un outil intéressant dans le cadre du travail autour des fonctions exécutives. J'ai eu l'occasion d'assister à de nombreux ateliers. Je vous propose d'en développer deux plus précisément. La question de la prise en soin du trouble des fonctions exécutives y est centrale.

1. Groupe « Réfléchir puis Agir »

a) Présentation du groupe et des activités

Le premier groupe appelé « Réfléchir Puis Agir » et nommé par les patients RPA est animé par la psychomotricienne et proposé à trois patients traumatisés crâniens dont deux sont externes (Ben, John et Xavier). Ces patients ont des difficultés liées à leur impulsivité et possèdent un syndrome dysexécutif et un trouble du comportement.

Les objectifs sont de proposer des stratégies à des résidents qui présentent des signes d'impulsivité cognitive, motrice et/ou sociale et d'améliorer les capacités d'inhibition, dont le déficit se manifeste face à des situations nouvelles ou complexes en utilisant différentes situations qui permettent de faire l'expérience du contrôle de soi.

Ainsi, on propose aux patients des situations ritualisées puis on modifie ces situations pour leur permettre de sortir de certains automatismes qu'ils pourraient avoir. On travaille aussi sur le rythme et l'immobilité pour essayer de pallier l'impulsivité éventuelle et les aider à prendre le temps. Nous leur proposons des déplacements ou des parcours pour les amener à réfléchir sur les aspects anticipatoires et de planification.

C'est un atelier très riche. Il est proposé à des patients qui ne possèdent pas de troubles physiques majeurs et qui peuvent se déplacer facilement. Le cadre de cet atelier est fixe. Si la salle dans laquelle nous faisons les activités n'est pas libre, l'atelier est annulé. Si un des patients est absent, le temps d'atelier est remis en cause et même s'il se fait, ce sera avec des propositions totalement différentes du temps habituel. Ce cadre strict permet de maintenir une forme de continuité et de rituel.

Le cadre ne change pas mais cela n'empêche pas les propositions de changer, d'évoluer, de se modifier. C'est parce que le cadre est fixe que ces changements sont plus acceptables pour le patient.

A chaque séance, nous commençons par demander aux participants ce que nous avons fait la semaine précédente. Pour s'en souvenir, ils ont à leur disposition un agenda qu'ils doivent remplir à chaque fin de séance. Au début de l'année, John, l'un des participants l'oubliait systématiquement. De fait, il ne pouvait se rappeler de ce qu'il avait fait la semaine précédente. L'outil qu'était l'agenda n'était pas du tout investi. Je lui ai donc proposé de lui mettre une alarme sur son téléphone pour qu'il n'oublie pas de prendre son agenda la semaine suivante. Parallèlement, la psychomotricienne a discuté avec l'équipe éducative pour qu'elle rappelle à John de prendre son agenda. Petit à petit, les oublis ont diminué.

Sur cet agenda, il note des mots clés, des phrases qu'on lui dicte et généralement cela sert de rappel indicé et lui suffit à se souvenir du contexte général de la séance. Pour Xavier, l'agenda est comme une bouée de secours. Il est très affecté par ses difficultés de mémoire et souhaite tout noter sur son agenda. Dès qu'un exercice se termine, il veut directement écrire ce qu'il vient de faire. Il a aussi beaucoup de difficultés à synthétiser et à noter l'élément principal. Il se perd souvent dans les détails de l'exercice. De ce fait, il est nécessaire de lui dicter ce qu'il faut noter dans l'agenda. L'investissement de l'agenda est donc fluctuant selon les patients mais il reste un élément du cadre de l'activité, un rituel de début et de fin d'atelier. Le but principal de cet agenda n'est pas réellement qu'ils se souviennent de ce qu'ils ont fait la semaine précédente mais nous leur proposons une stratégie efficace pour le faire. Notre but premier est qu'ils réussissent à l'investir au sein de l'atelier mais le but final serait qu'ils puissent l'utiliser comme un vrai outil dans la vie quotidienne.

Par la suite, la séance se divise en deux parties. La première partie vise à travailler sur le ralentissement, l'arrêt et d'une façon générale autour de l'impulsivité. Nous les invitons à prendre le temps. Ici se développent les notions d'anticipation, de planification et de contrôle. Nous travaillons sur l'attention, sur la mémoire et les stratégies opérantes pour pallier au défaut de mémoire. C'est un atelier qui implique l'acte moteur, l'engagement corporel après être passé par la réflexion.

Les outils sont divers et variés comme des parcours, l'utilisation du rythme, des jeux de balles... Ce qui est observable de manière générale chez ces patients, c'est qu'ils ont été de plus en plus attentifs et concentrés sur les consignes au fur et à mesure de l'année.

Xavier trouve souvent les exercices difficiles pour lui, il se dévalorise beaucoup et ne se sent pas capable. Mais il essaye tout de même. Ben et John sont toujours motivés pour essayer de nouveaux exercices et sont attentifs aux consignes.

La deuxième partie de la séance consiste à changer les habitudes. Les patients ont tendance à s'enfermer dans des automatismes. Le but des exercices proposés est qu'ils puissent s'adapter aux changements. Pour cela, nous proposons d'abord un exercice qui amène une forme de répétition. Cela peut être un rythme, une chorégraphie ou tout simplement une situation que les patients vont petit à petit apprendre à connaître. A partir du moment où nous considérons que les patients ont bien acquis cet exercice, soit après quelques répétitions mais souvent après plusieurs séances, nous pouvons ensuite nous permettre de modifier la situation.

Par exemple dans le cas d'un exercice de rythme, si l'apprentissage s'est fait avec un instrument, nous pouvons ensuite demander au patient de faire le rythme avec les mains. Dans ce type d'exercice, ce que nous travaillons, c'est d'une part se défaire des automatismes mais aussi de pouvoir s'adapter aux situations nouvelles. Les patients sont souvent mis en difficulté dans ce type d'exercice car le schéma de base s'est tellement automatisé pour eux qu'il est très difficile d'en sortir.

Dans ce contexte, j'ai eu l'occasion de proposer une activité s'étalant sur une période de quatre mois. Mon objectif de base était de créer une situation ritualisée, répétitive qui par la suite me permettrait de travailler sur la notion d'adaptation aux situations nouvelles. J'ai aussi observé chez les trois patients du groupe qu'ils avaient de grandes difficultés à synthétiser leurs propos et à considérer les situations dans leur globalité.

Ainsi, dans un premier temps, je leur ai proposé une histoire courte narrative.²² J'ai tout d'abord raconté cette histoire et leur ai demandé de m'en faire un résumé. Cela a été très compliqué pour eux. Je les ai donc aidés en leur demandant d'identifier en premier lieu, les personnages de l'histoire, le début et la fin, ce qui a rendu l'exercice plus abordable.

²² Texte en annexe

La semaine suivante, j'ai repris l'histoire avec eux. Je leur demande ce dont ils se souviennent. Xavier se rappelle du prénom du personnage principal et ensemble ils arrivent à reconstruire la situation initiale de l'histoire. Je leur fais une lecture du texte et leur propose en même temps un support visuel avec la tête des personnages de l'histoire modélisée sous forme de bande dessinée.

A la suite de ma lecture, je leur demande de me parler de chacun des personnages et surtout du lien qui les unit au personnage principal. Je leur explique que l'histoire peut être découpée en plusieurs étapes, comme toute histoire. John se souvient alors de ses cours au collège et me parle de situation initiale, de péripéties...

Je me saisis de ces notions leur expliquant que l'histoire pouvait être divisée en six étapes : situation initiale, élément déclencheur, trois péripéties et une situation finale. Je leur propose alors six vignettes sous forme de BD décrivant chacune une étape de l'histoire. Au cours des séances suivantes, je leur demande de mettre ces vignettes dans l'ordre et de me décrire chacune d'entre elles.

Grâce à cela, j'observe qu'à chaque séance, l'histoire leur revient plus facilement et de plus en plus de détails sur chacune des scènes sont mémorisés. Nous utilisons une fresque chronologique pour y coller les vignettes et cette fresque devient un outil dont ils se saisissent spontanément pour me rappeler l'histoire. La fresque est un outil à la fois temporel et spatial qui les aide à structurer leur pensée et matérialise l'organisation de l'histoire. Mettre les vignettes dans l'ordre n'a pas toujours été facile et a engendré des conflits car ils n'étaient pas toujours d'accord entre eux. Xavier ne participait que si je le sollicitais, Ben avait tendance à monopoliser la parole et s'énervait assez rapidement si l'on s'opposait à son avis.

Lorsqu'un doute ou un désaccord était présent, je relisais l'histoire de base. La fresque s'est finalement construite et nous avons pu passer à la deuxième étape de cette activité.

En effet, mon but final était qu'ils puissent jouer l'histoire comme des petites scènes de théâtre. Je souhaitais aboutir à une mise en acte et un engagement corporel plus important. Par ailleurs, je voulais qu'ils puissent investir pleinement cette activité. Je leur ai donc proposé de laisser place à leur expressivité en leur demandant de construire les dialogues.

Nous avons donc repris l'histoire que nous avons divisée en actes et en scènes. Chaque scène a été reprise en identifiant les personnages présents et en considérant le contexte de la scène. La question était donc de savoir quel échange verbal pouvait exister dans cette situation et comment cet échange pouvait amener à la situation suivante.

Les dialogues sont souvent artificiels et quelque peu caricaturaux. Il semble difficile pour eux de transposer les scènes dans la réalité. Le discours reste romancé et descriptif. Dans leur discours, je discerne peu de dialogue exprimant clairement les émotions des personnages.

Les dialogues terminés, je leur propose de jouer les scènes chacun leur tour. Ils jouent le rôle du personnage principal et moi celui des trois autres personnages qui interagissent avec le héros. Je leur laisse une feuille où sont notés tous les dialogues avec ceux du héros en gras. La première fois que nous jouons, ils restent tous très attachés à leur feuille, bougent peu dans l'espace et lisent plus qu'ils ne jouent leur texte. Je leur demande de passer une seconde fois mais cette fois-ci en prenant le temps de lire la phrase avant de la dire et d'essayer d'insister sur les émotions, les expressions du visage.

Cela reste très difficile pour eux. Xavier se met à bouger dans la pièce mais oublie ma présence et s'adresse à un personnage invisible alors que je suis sensée le jouer. Ainsi, l'utilisation de la feuille de dialogue me semble très complexe pour eux. Elle nécessite que leur attention se porte sur différentes choses à la fois : la feuille, le public, moi-même.

Lors des séances suivantes, je leur propose donc de ne plus avoir les feuilles, de laisser la place à plus d'improvisation mais guidée d'un narrateur. Comme ils sont trois, je demande à ce qu'un d'entre eux joue le personnage principal, un autre les trois personnages interagissant avec le héros et le troisième serait le narrateur. Le narrateur peut s'aider de la fresque et doit décrire succinctement la scène que les deux autres doivent jouer.

Seul Ben s'est essayé au rôle de narrateur et cela a été très compliqué pour lui. Il n'arrivait pas à synthétiser et omettait parfois des informations importantes de l'histoire. De ce fait, les deux autres patients devenaient confus et ne savaient plus quoi jouer.

La séance suivante, c'est moi qui suis devenue narratrice et j'étais alors là pour leur donner un cadre stable pour qu'ils puissent jouer plus facilement chaque scène. A ce moment, John et Ben se sont autorisés plus de liberté en changeant l'intonation de leur voix, en laissant plus de place à l'expression des émotions et cela a donné lieu à des scènes plus vivantes.

Mais l'utilisation de l'espace reste un point à travailler avec eux. Ils se déplacent sur scène mais se retrouvent souvent dos au public, et je remarque qu'ils sont souvent aux extrémités de la « scène » une fois totalement à droite, puis totalement au fond, puis totalement à gauche... Xavier a mis plus de temps à véritablement jouer les scènes mais y est parvenu aussi. Du coup, c'est à ce moment là que je leur ai proposé de petites modifications pour les sortir d'un automatisme qui s'était bien installé.

En tant que narratrice, lorsque j'énonçais les scènes, je glissais à certains endroits des modifications sur le contexte, sur des détails de l'histoire et ils devaient alors improviser sur le moment en y incluant cette modification. Certaines de mes modifications impliquaient de petits changements dans l'histoire mais d'autres pouvaient modifier jusqu'à la situation finale. Cependant, quelle que soit la modification que j'énonçais, Ben, qui jouait le rôle du personnage principal, faisait tout son possible pour retrouver la situation de base. Il n'arrivait pas à s'adapter à la nouveauté et était obligé de revenir à une situation connue pour lui.

Parmi les autres propositions modifiant les habitudes, je leur ai demandé de jouer les scènes en mime. Le mime leur permet de s'exprimer autrement que par la parole et de donner plus d'importance aux émotions, à la personnalité, au caractère de chaque personnage. Le mime doit aussi contextualiser la scène, y faire naître le lieu, les objets sans qu'ils ne soient présents physiquement.

A priori, ils trouvaient cela plus simple car il n'y avait pas de dialogue, donc pas de phrases précises à dire. A posteriori, ils me rapportent la difficulté de faire passer les informations à l'autre. C'est un travail sur la communication non verbale que je leur propose là. Ce que je note aussi, c'est que par ce biais, ils arrivent beaucoup plus facilement à cerner l'information importante, le temps des scènes est beaucoup plus court car ils ne se perdent pas dans l'énonciation de nombreux détails de l'histoire et vont directement à l'essentiel.

C'est assez flagrant et surprenant de voir que sans le langage oral, leur attention peut alors se focaliser sur autre chose et permettre une organisation de la pensée plus efficace. Je leur ai ensuite proposé de jouer les scènes avec des mots interdits. Ils ne pouvaient donc plus dire oui ou non. Cela s'est avéré être un exercice difficile. Ils ont eu beaucoup de difficultés à ne pas dire ces mots. Cette proposition leur permettait de se confronter à leur impulsivité et leur difficulté d'inhibition.

Dans cet atelier, j'ai donc eu la chance d'aborder la prise en soin des fonctions exécutives en psychomotricité. Au travers de ces séances, on peut voir que l'approche psychomotrice permet de mettre en jeu le corps. Nous accordons beaucoup d'importance au vécu de la personne et à ce qu'elle puisse y jouer sa propre expressivité.

J'ai choisi de travailler sur la médiation du théâtre, car c'est un domaine que j'apprécie dans lequel je peux piocher de nombreuses idées pour inspirer mes séances. J'ai commencé par proposer quelque chose sans savoir réellement au départ que ça m'amènerait à leur faire jouer les scènes.

Mais ils ont rapidement été intéressés par l'histoire et cela m'a permis d'avoir confiance en ce que je proposais. Bien sûr, il a fallu que je réussisse à m'adapter quand je me suis rendue compte que ce que je leur demandais était difficile pour eux.

Lorsque j'ai senti que ce que je proposais n'était pas adapté, je l'ai expliqué aux patients et cela a permis à la relation d'être plus égalitaire. Je ne suis pas le professionnel qui sait et qui apprend aux patients qui ne savent pas. C'est à partir du moment où j'ai compris cela, que je me suis sentie plus à l'aise et sûre de moi.

b) Présentation clinique d'un patient du groupe : Xavier

Dans ce groupe, je tiens à vous présenter plus spécifiquement le cas de Xavier.

Xavier est un patient que je rencontre notamment lors de cet atelier mais aussi dans un autre groupe de réveil musculaire ainsi que lors de temps informel. Il est externe à la MAS et vient en taxi. C'est un marcheur bien qu'il doive utiliser une canne pour se déplacer. Il est né le 22 février 1957. Il a donc 57 ans lorsque je le rencontre. Il a deux filles l'une de 27 ans et l'autre de 30 ans. C'est un homme fin aux cheveux gris. Il est arrivé à la MAS en octobre 2004. Il a subi un Accident Vasculaire Cérébrale par rupture d'anévrisme sur son lieu de travail en 2003. Il a été rapidement pris en charge mais l'hôpital étant assez éloigné, il a été opéré quelques heures plus tard. Il a subi deux heures de coma.

Par la suite, il a été transféré au centre de rééducation où il est resté sept mois. Il sera transféré dans un autre centre en février 2004 puis un essai à domicile a été effectué. Mais Xavier montrait de l'agressivité verbale notamment envers sa femme, de l'impatience et un sommeil agité. Il fut donc réhospitalisé en avril 2004 pour ensuite intégrer la MAS en octobre de la même année.

La vie familiale de Xavier est agitée. En effet, il parle souvent des problèmes qu'il a avec sa plus jeune fille et son gendre et avec sa femme avec qui il a pu être violent. Selon ses dires, sa fille serait une toxicomane violente et il me dit ne plus savoir quoi faire ni comment réagir. Il ne semble pas beaucoup aider sa femme dans les tâches de la vie quotidienne. Il se raccroche beaucoup à la photo de sa petite fille qu'il dit ne pas voir souvent. Il a toujours les larmes aux yeux lorsqu'il la montre et se plaint que sa plus grande fille ne vienne pas suffisamment lui rendre visite.

Des suites de son AVC, Xavier a des troubles majeurs de la mémoire, des troubles du comportement, une baisse significative de l'attention et de l'éveil ainsi qu'une hémiparésie à droite. Il a perdu beaucoup de musculature et a eu une rupture ligamentaire au niveau de la cheville droite ce qui le contraint à mettre une atèle pour ses déplacements.

Son arrivée à la MAS a permis de mettre en place des axes de prise en soin encore d'actualité aujourd'hui. Ainsi sa présence dans l'institution vise à mettre en place un cadre précis pour endiguer les troubles du comportement et la désinhibition dont il peut faire preuve.

De plus, un autre objectif est le maintien de ses acquis avec le renforcement des activités physiques et du travail de concentration. Le but est aussi qu'il prenne conscience de ses capacités, dans une optique de valorisation de son comportement positif. Il est important aussi qu'il garde des liens bénéfiques avec sa famille.

Ainsi Xavier a beaucoup d'activités dans la semaine qui permettent de travailler sur sa concentration, son activité physique et ses fonctions cognitives. Il fait de la piscine, participe aux ateliers de la serre, fait du vélo entre autres choses. Il est suivi en kinésithérapie où il travaille sur ses appuis, sur la marche pour veiller à l'entretien de sa musculature. En psychomotricité, il participe au groupe « Réfléchir Puis Agir » où il travaille notamment sur les fonctions cognitives.

D'un point de vue physique, Xavier sait se déplacer seul et il peut marcher sans sa canne. Cependant la canne lui permet de s'assurer car il est effrayé à l'idée de tomber. J'observe Xavier dans un atelier de réveil musculaire. Pour aller au sol, il va s'aider du rebord de la fenêtre et arrivé à dix centimètres du tapis se laisser tomber.

Ensuite, il se déplace à quatre pattes pour aller s'allonger. Il relâche ses tensions toniques lorsqu'il arrive près du sol. Lorsqu'il doit lever sa jambe vers le ciel, il a aussi tendance ensuite à la laisser tomber d'un seul coup. Il dit ne pas pouvoir tenir car il n'a pas de force. Dès que je lui propose de guider sa jambe lorsqu'il la lève avec ma main, il relâche totalement la jambe et me donne tout son poids.

Ainsi, d'un point de vue tonique, il me semble compliqué pour Xavier de pouvoir le réguler aisément. De part son hémiparésie, lorsqu'il s'allonge au sol, j'observe qu'il est arqué. Si on lui demande de se mettre bien droit, il a du mal et nous sommes obligées de le repositionner. Nous accompagnons cette modification de position en lui demandant s'il sent la différence, il nous répond que oui.

Cependant, chaque semaine, il se repositionne de la même manière. Lorsqu'il est debout, il se penche en avant et a beaucoup de mal à assurer son équilibre. Quand nous lui demandons de se tenir droit, il lève la tête mais son dos reste penché en avant. En position debout, nous pouvons supposer qu'avec la peur de chuter, il se penche en avant comme pour se rapprocher du sol et chuter de moins haut.

Pour autant, ce comportement n'est pas adapté car il le déséquilibre fortement. Il manque beaucoup d'assurance à ce niveau. Mais puisqu'il n'arrive pas à rectifier sa posture, il est possible que Xavier ait un trouble de la conscience corporelle, comme s'il ne sentait pas précisément la position de son corps dans l'espace.

Lors du test d'imitation de geste de Bergès Lézine, il est peu sûr de lui, il a peur de tomber. Les gestes sont alors approximatifs. Je lui ai proposé alors une variante assis à table et là ses gestes sont devenus plus précis pour son côté gauche mais toujours assez approximatifs à droite. Par contre, il connaît parfaitement les parties de son corps sur lui-même et sait désigner sur autrui également. Sur son dessin du bonhomme (voir annexe), son bras droit est proche de son corps en comparaison de son bras gauche et sa jambe droite est plus fine que sa jambe gauche.

De manière générale, il a toutes les capacités physiques pour se déplacer sans aide, tenir debout sans problème et il sait utiliser l'environnement pour se relever mais il est souvent bloqué par son manque de confiance en lui et sa peur de tomber et de ne pas y arriver.

Dans les gestes manuels, plus fins, il est précis mais parfois impulsif. Il a tendance à vouloir faire les choses rapidement.

D'un point de vue cognitif, Xavier a une atteinte mnésique. Il est capable de se souvenir d'événements anciens mais sa mémoire immédiate est défaillante. Lorsqu'on lui donne une consigne, il a beaucoup de difficulté à se souvenir de l'ensemble des données. Il est alors nécessaire de lui rappeler et de l'aider en lui proposant des stratégies qui puissent l'aider à mémoriser plus facilement.

Ainsi, en atelier RPA, le travail autour de l'agenda a permis à Xavier d'investir cet outil et il l'utilise maintenant systématiquement. Ses problèmes mnésiques sont fortement liés au déficit attentionnel qu'il possède également.

En effet, Xavier peut être facilement distrait et il est très difficile pour lui de maintenir son attention sur une tâche. Une stimulation qui serait extérieure à ce qu'il est en train de faire peut rapidement l'empêcher de continuer son action.

Par exemple, alors qu'il était en train d'effectuer un enchaînement de mouvements en rythme qu'il venait d'apprendre, une personne est passée devant la fenêtre de la salle. Il a alors arrêté son enchaînement, et a été incapable de le reprendre. En bilan, lors de test faisant appel à la mémoire, Xavier est toujours dans la dévalorisation. Il explique qu'il ne peut pas se souvenir de ce que je lui demande, que sa mémoire est défaillante et qu'il est « nul ».

Je lui cite une liste de 15 mots et il doit ensuite me donner les mots dont il se souvient. Au départ, il se souvient de 3 mots parmi les 15. Je lui répète une seconde fois la liste et à ce moment là, il est capable de m'en rappeler 5. Je répète l'expérience 5 fois et à chaque session, il me donne 5 mots.

Cependant ces 5 mots changent à chaque fois et seul un mot revient à plusieurs reprises. Il semble qu'il mémorise à chaque fois la liste comme étant nouvelle. D'ailleurs lorsqu'à la 6^{ème} répétition, je change les mots, il ne mélange pas avec la liste précédente et me donne 4 mots qu'il a retenus de la nouvelle liste. Par contre, lorsque trente minutes plus tard, je lui demande de me rappeler les mots de la 1^{ère} liste, il n'y arrive pas. Cette atteinte mnésique amplifie le trouble des fonctions exécutives qu'il possède.

En effet, s'il est capable verbalement de m'expliquer clairement comment il peut s'y prendre pour effectuer telle ou telle action, dès qu'il est engagé dans l'action, cela devient beaucoup plus compliqué pour lui de contrôler ce qu'il fait. Au cours du mouvement, il peut ne plus se souvenir de la consigne. De ce fait, il ne peut plus atteindre le but fixé au départ car il ne s'en souvient pas.

Nous lui avons demandé de faire un enchaînement de gestes avec une main en la mettant sur sa hanche, puis sur son ventre, ensuite sur l'épaule et sur le côté. Il y a eu un temps de mémorisation et d'apprentissage puis, nous proposons un rythme et un ordre de passage pour chacun. Xavier a eu beaucoup de difficultés à mémoriser son enchaînement. Lorsqu'il le réussit plusieurs fois, nous lui avons proposé le rythme.

Ce rythme était d'abord fixe et ensuite fluctuant. Le changement de vitesse a rendu l'exercice très difficile pour lui. Lorsque le rythme accélérait, il se perdait dans l'ordre d'enchaînement et lorsque le rythme ralentissait, il anticipait tellement le geste à venir qu'il se perdait.

Concernant les rythmes journaliers, Xavier est très ritualisé. Je l'ai dit plus haut²³ Xavier ponctue ses différentes activités en allant aux toilettes avant et après. Ainsi, il rythme sa journée et garde d'une certaine manière le contrôle sur les événements. Il chante aussi tout au long de la journée. Ce sont toujours les mêmes chansons et je remarque qu'il se met à chanter dès qu'il commence à marcher comme s'il voulait rythmer son pas ou combler un vide.

Lors des séances RPA, il est toujours volontaire mais il entretient un discours dépréciatif sur ses capacités. De manière générale il a très peu confiance en lui et cultive une peur de mal faire. Parfois, il peut devenir agressif lorsqu'on lui demande de faire quelque chose qu'il pense ne pas pouvoir faire. Il présente une labilité de l'humeur et peut rapidement avoir les larmes aux yeux s'il lit ou entend une histoire qui le bouleverse. Ainsi, la lecture du journal est pour Xavier un moment à la fois important car elle ritualise sa journée mais aussi compliqué car chaque drame écrit l'émeut.

Ce comportement se réitère lorsqu'il parle de ses enfants par exemple. Dans son dossier est relaté des faits de violences verbales notamment. Cependant je n'ai pas observé ce type de comportement durant mon stage.

La prise en soin de Xavier lui est très bénéfique car elle lui permet d'être face à ses capacités, de prendre confiance en lui. Elle se doit d'être complète et pluridisciplinaire. Elle vise aussi à une prise d'autonomie tant au niveau de la vie quotidienne, que de la prise de décision ou de la réflexion.

²³ Page 47 b) *La temporalité*

2. Groupe « Débrouillards »

a) Présentation du groupe et des activités

Le deuxième atelier s'appelle l'atelier des « débrouillards ». Il est animé par la psychomotricienne et une monitrice éducatrice. Dans cet atelier sont présents quatre résidents de la MAS qui sont en fauteuil. Ce sont des patients dont l'autonomie est très limitée, qui sont internes à la MAS.

Les objectifs sont de développer des gestes autonomes dans les actes de la vie quotidienne, trouver des stratégies afin de contourner les difficultés liées au handicap, s'approprier son corps, l'espace proche, l'espace plus large et de maintenir la notion de demande, d'entraide dans le groupe et au fil des rencontres.

Concrètement, nous donnons une consigne de base aux résidents et c'est à eux de trouver les solutions pour répondre à la consigne. Ils peuvent demander une aide extérieure en dehors de ceux qui animent l'atelier. L'intérêt est qu'ils s'entraident et utilisent les capacités de chacun, qu'ils arrivent à s'organiser, à déléguer.

Par exemple, nous leur avons proposé la consigne suivante « Faire du café de A à Z ». Le but ici n'est pas de leur apprendre à faire un café, mais qu'ils puissent anticiper ce dont ils ont besoin, qu'ils planifient les tâches à effectuer dans l'ordre et qu'ils puissent rester attentifs à ce qu'ils font sans perdre le fil de leur pensée et de leurs actes. Cet atelier permet aussi de valoriser le patient et lui montrer qu'il peut faire, qu'il n'est pas totalement dépendant.

Nous leur proposons aussi par exemple de trouver différents objets dans l'ensemble du centre (20 hectares). Ils doivent alors questionner aux différentes personnes qu'ils croisent pour trouver ce dont ils ont besoin. Nous organisons ainsi des « chasses aux trésors » où le but est de retrouver un objet ou une personne. Cet atelier est bien connu de l'ensemble des résidents et du personnel et les patients qui y participent sont même repérés comme étant les débrouillards.

Nous essayons au maximum de créer une véritable dynamique de groupe. Un « slogan » a même été créé « on n'est pas des débrouillards pour rien ». Chaque séance débute par une petite réunion d'équipe : se souviennent-ils de ce qu'on a fait la semaine précédente, est-ce que c'était à l'intérieur, à l'extérieur... ? Il est très rare qu'ils arrivent spontanément à s'en souvenir mais nous les aidons en leur montrant des indices puis nous finissons par leur faire un retour plus complet sur ce que nous avons fait.

Ensuite, nous prenons le temps de leur expliquer clairement quelle sera la consigne du jour. Nous insistons avec chaque patient pour savoir s'il a bien compris la consigne et le but à atteindre. A ce moment là, nous les laissons libres, c'est à eux de s'organiser sans notre aide pour atteindre l'objectif. Bien sûr, nous les accompagnons mais nous jouons le rôle de ceux qui ne savent pas.

Nous sommes aussi là pour maintenir le cadre. En effet, certaines règles ne diffèrent pas d'une séance à l'autre comme le fait qu'ils doivent rester en équipe, s'écouter, s'aider. Par exemple, certains patients ayant plus de mobilité que d'autres, ils peuvent chercher des objets en hauteur ou au sol plus facilement, ainsi cela développe la notion d'entraide au sein du groupe.

Dans l'action, il arrive que les patients perdent de vue le but à atteindre. Ainsi, il arrive qu'il faille trouver un objet dans l'institution et que le temps d'arriver au lieu où se trouve l'objet, les patients ne sachent plus ce qu'ils cherchent. Durant le trajet, on leur demande régulièrement où ils vont, pourquoi ils y vont... Nous les soutenons mais ne les aidons pas. Ils peuvent par contre demander de l'aide à des personnes extérieures. Je remarque d'ailleurs qu'ils le font de plus en plus spontanément au fil de l'année.

A la fin de la séance, nous faisons un bilan de ce qui a été fait. Nous leur demandons ce qu'ils se souviennent de l'activité. Cela reste compliqué pour eux, ils ont du mal à mettre des mots parfois sur ce qu'ils ont fait mais nous ne fixons pas notre attention sur les difficultés de mémoire car ce n'est pas le but de l'atelier.

b) Présentation clinique de Nathalie membre du groupe

Lors de cette présentation, je m'intéresse à Nathalie, 52 ans, qui a subi un traumatisme crânien il y a 35 ans. Je la rencontre au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée où elle vit en internat. Je me suis basée sur son dossier personnel, un bilan psychomoteur que j'ai réalisé, plusieurs séances d'atelier en groupe auquel elle participe, les observations que j'ai pu faire depuis octobre 2013 ainsi que les informations que j'ai pu recueillir à son sujet auprès du personnel soignant et éducatif.

Mes rencontres avec Nathalie ont débuté par l'atelier de groupe auquel elle participe. Au fur et à mesure de l'année, j'ai été amenée à animer cet atelier et d'y proposer des idées d'activités tout en tenant compte des objectifs fixés et des possibilités des résidents. Par la suite, ma maître de stage m'a questionné afin de savoir si je souhaitais faire passer des bilans psychomoteurs à certains patients et de proposer par la suite un potentiel projet de prise en soin en psychomotricité.

J'ai donc effectué un bilan classique et global de Nathalie dans un premier temps, puis je lui ai fait passer des épreuves plus spécifiques sur les fonctions exécutives. Avant d'effectuer le bilan, je n'ai eu accès qu'aux informations médicales de Nathalie et je n'ai vu son dossier complet que par la suite. Ainsi, j'ai pu exposer mon compte rendu de bilan à ma maître de stage sans être influencée par des bilans antérieurs qu'elle aurait pu effectuer.

J'ai abordé ce bilan avec Nathalie comme un temps de rencontre privilégié, en essayant de réduire au minimum la situation d'évaluation. Je lui ai donc dit que ces rencontres étaient à la fois une façon pour moi de me former et aussi pour elle un temps qu'elle pouvait investir librement et qu'aucune obligation ne lui était faite par rapport à celui-ci. A la suite de ce bilan, j'ai adapté mes observations de bilan à nos rencontres en groupe, j'en ai tenu compte pour mes propositions dans l'atelier et cela m'a beaucoup aidé pour ensuite assurer mes propositions ensuite.

(1) Histoire et anamnèse

Nathalie est née le 22 mars 1962. Elle a 52 ans lorsque je la rencontre. Elle mesure 1m79 et semble attachée à sa grande taille puisqu'elle répète souvent être plus grande que les autres. Elle est de corpulence normale même si son dossier indique une prise de poids importante en 2010. Elle attache de l'importance à son apparence en faisant attention à sa coiffure et à ses habits qu'elle choisit toujours avec grand soin. Elle se déplace à l'aide d'un fauteuil roulant à propulsion podale, c'est-à-dire un fauteuil qu'elle peut faire avancer en utilisant l'appui au sol grâce à son pied droit.

Elle a subi un traumatisme crânien grave en 1979. Elle avait alors 17 ans, elle était vendeuse en alimentation. Elle s'est fait renverser par un automobiliste car elle avait grillé un STOP. Son scooter était en fait en panne et elle était partie à pied à 15 km de chez elle pour qu'un ami le répare plutôt que d'attendre son frère qui lui avait promis de le réparer le soir même. C'est au retour qu'elle s'est faite renverser. Elle est la quatrième d'une fratrie de cinq enfants (1 frère et 3 sœurs dont une handicapée). Son père était décédé 4 ans avant son accident.

Après 4 mois de coma, elle fut hospitalisée en centre de rééducation fonctionnel pendant 6 mois. Elle est ensuite retournée un an dans sa famille mais la récupération qu'elle avait pu développer commençait à régresser par manque de stimulation. Elle fût alors accueillie en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) en 1982 à 20 ans. Au fil de son dossier, j'observe quelques conflits familiaux et personnels dans sa vie au foyer, notamment des conflits avec ses sœurs qu'elle voit de moins en moins et des relations amoureuses tumultueuses avec d'autres résidents du foyer avec des problèmes de violence notamment. Elle a subi une Interruption Volontaire de Grossesse des suites d'une relation avec l'un des résidents.

En février 2012, elle quitte le Foyer d'Accueil Médicalisé pour la Maison d'Accueil Spécialisée et dira être heureuse de quitter le foyer et que cela ne lui manque pas. Son arrivée à la MAS lui permet d'être plus accompagnée dans le quotidien et on lui propose plus d'activités qu'au foyer ce qui lui convient mieux. En effet, Nathalie a des difficultés à émettre des souhaits et va rarement faire des activités d'elle-même, il faut donc qu'elle soit stimulée et accompagnée car ensuite, elle s'investit pleinement dans ce qu'on lui propose.

(2) Tableau clinique et bilan

J'ai rencontré Nathalie deux fois en séance individuelle pendant 30 minutes. Je lui ai proposé de répondre à quelques questions, son âge et sa date de naissance qu'elle donne sans problème. Puis quand je lui demande où elle habite, elle me répond la MAS, depuis peu de temps, quelques mois et qu'avant elle était au FAM pendant 15 ans. Ainsi d'un point de vue temporel, elle a quelques difficultés à se repérer même si ces difficultés ne sont pas majeures et qu'elle sait donner un ordre d'idée.

Elle me raconte avoir eu un accident de scooter à 17 ans et 2 mois, que c'est sa mère qui lui a raconté et c'était il y a plus de 15 ans. Elle semble se souvenir de ce qu'on lui a raconté mais pas de l'accident en lui-même. Quand je lui demande ce qu'elle fait à la MAS, elle ne sait pas me répondre spontanément mais en lui donnant des indices comme « que feras-tu après la séance...avec tel ou tel éducateur » elle peut s'en souvenir. Elle sait me dire ce qu'elle a fait avant de venir et elle se repère dans les jours de la semaine. Elle utilise d'ailleurs un planning journalier.

Ses journées sont très ritualisées pour l'aider à se repérer. Je lui propose une petite histoire en six vignettes à remettre dans l'ordre. Elle a du mal à organiser ses idées, elle les met dans l'ordre deux par deux en fonction du décor mais si le fond change elle ne sait plus. Elle se concentre plus sur le contexte que la situation en elle-même.

Chez Nathalie, ce traumatisme à entraîné l'apparition de plusieurs troubles dont une hémiplégie gauche spastique sur les membres supérieurs et inférieurs, un syndrome tétra pyramidal et un syndrome cérébelleux. Des suites du traumatisme, elle possède aussi des troubles associés tels qu'une comitialité (c'est-à-dire une épilepsie), une dysarthrie ainsi qu'une aphasie. Avec le kinésithérapeute, elle peut marcher avec une orthèse. Sa main gauche est spastique et fermée.

Elle a aussi une hémianopsie, elle est astigmatique et myope ce qui entraîne une diminution de son champ visuel. Cette diminution m'est apparue flagrante en bilan. Elle commence le dessin du bonhomme ou la figure de Rey²⁴ en haut à droite de la feuille et lorsque que je lui propose un objet, une image, elle va souvent le déplacer vers la droite pour pouvoir l'observer.

²⁴ Voir annexe

Ainsi d'un point de vue physique, elle a une hémiparésie gauche (elle est gauchère), des troubles de la représentation du corps, des troubles de l'équilibre, une incoordination motrice dans certains gestes, une lenteur d'exécution ainsi que des troubles articulatoires.

Ces atteintes entraînent une difficulté à se déplacer avec des risques de chutes, un manque de précision, une fatigabilité, une lenteur, une perte d'autonomie quotidienne et des difficultés pour parler. La kinésithérapie et l'ergothérapie quotidiennes ainsi que la psychomotricité lui ont permis de s'adapter à ses difficultés.

Elle exploite bien ses capacités et utilise des stratégies adaptées. Par exemple, elle va pouvoir utiliser son pied droit pour l'aider à ramasser un objet au sol. Cependant, elle n'évalue pas le danger et a déjà tenté par exemple de faire ses transferts elle-même et a chuté à de nombreuses reprises. Ses gestes et actions sont désorganisés malgré sa volonté de faire seule.

J'ai évalué son schéma corporel en bilan. Lorsque je lui demande de me montrer des parties de son corps, elle y arrive sans problème par contre lorsqu'il s'agit de nommer des parties de son corps elle a plus de difficultés, elle confond certaines parties comme le menton et le front ou le coude et le cou. Sur les parties du corps paires, elle me précise toujours en avoir deux et les montrent. Cela me semble important car cela montre qu'elle n'est pas hémiparétique et qu'elle a conscience des deux parties de son corps.

Cependant, les erreurs qu'elle a pu commettre ne sont pas à lier directement avec un défaut d'acquisition de son schéma corporel mais plutôt à son aphasie. C'est cette aphasie qui l'entraîne à faire des erreurs dans la nomination car elle arrive bien à me montrer les différentes parties de son corps par contre.

Son dessin du bonhomme²⁵ est petit, dans le coin droit de la feuille. Elle a fait tout de la même couleur. Elle me dit que c'est « une nana en jupe », une fille comme ça pas quelqu'un en particulier. Je note que son bonhomme n'a pas de visage. Elle m'explique qu'elle n'est pas contente de ce qu'elle a fait, qu'elle est obligée de dessiner avec sa main droite alors qu'elle est gauchère.

²⁵ Voir annexe

D'un point de vue cognitif, Nathalie possède des troubles de la mémoire immédiate de travail, à court terme qui entraînent une difficulté à fixer et récupérer une information et une difficulté à exécuter une tâche.

Par exemple, en bilan, il lui a été impossible de faire la figure de Rey A en reproduction de mémoire alors que le modèle lui a été caché 10 secondes avant de lui demander de la dessiner. Sa figure de Rey montre d'ailleurs une représentation spatiale moyenne mais organisée. Il est du type IV, c'est-à-dire une juxtaposition de détails. Elle va dissocier chaque triangle et les faire les uns à la suite des autres dans le sens des aiguilles d'une montre. Ainsi, on peut discerner une logique dans l'exécution de la figure même si ce n'est pas la plus opérante. Le dessin est exécuté avec difficulté car elle est obligée de le faire avec sa main non dominante. Elle mettra 8 minutes et oublie des détails au fur et à mesure. A la fin, elle oublie par où elle a commencé et a repris le dessin de ce qu'elle avait fait au début mais s'en est rendu compte au bout de trente secondes.

Elle a aussi des troubles des fonctions exécutives qui donnent lieu à une difficulté à prendre une décision, à anticiper, à résoudre des problèmes, à planifier ou organiser une tâche et à faire preuve d'abstraction et de représentation mentale.

Lors d'un test où je lui demande de cogner la table quand je la frappe et de frapper quand je cogne, elle se contrôle au début mais rapidement, elle se met à faire comme moi. Elle n'arrive pas à inhiber le geste identique au mien mais elle s'en rend compte puisqu'elle veut immédiatement se corriger. Cette difficulté peut être aussi due à sa mémoire défaillante. Son attention et sa concentration sont correctes surtout en situation duelle. Elle reste présente et attentive lorsque je lui propose plusieurs exercices à la suite et reste peu distractible par des éléments qui auraient pu parasiter nos rencontres.

Elle a également des troubles de la régulation et du contrôle volontaire qui entraînent une aspontanéité dans la communication verbale et un manque du mot marqué par l'aphasie. Son articulation est fluctuante, altérée par une paralysie faciale. Sa dysarthrie ainsi que son aphasie rendent la communication verbale complexe mais elle arrive tout de même à se faire comprendre et avec le temps, j'arrive de plus en plus rapidement à communiquer avec elle.

Au niveau des troubles comportementaux et psychoaffectifs, on retrouve chez Nathalie une désinhibition, parfois une agitation psychomotrice et une labilité de l'humeur, une diminution des contrôles, une exacerbation des traits de personnalité antérieurs, un trouble de l'image de soi et dans une certaine mesure un trouble dépressif. Elle se dévalorise beaucoup et a souvent un discours dépréciatif sur ses capacités notamment en bilan où elle répète souvent ne pas savoir faire ou ne pas pouvoir.

Nathalie peut être hypersensible, changer rapidement d'un état émotif à un autre, avoir des réactions exagérées et une difficulté à tolérer la frustration.

Elle peut vite développer un comportement agressif si l'on s'oppose à elle ou à sa volonté. Elle se met alors à crier et même à frapper soit les autres résidents soit parfois les soignants qui l'accompagnent. Son humeur peut changer du tout au tout en quelques secondes pour peu qu'une contrariété apparaisse. Ainsi, lors d'un repas, elle s'est retrouvée assise en face d'un résident qu'elle ne voulait pas avoir à la même table qu'elle et a commencé à l'insulter et lorsque l'éducatrice est intervenue pour calmer la situation, Nathalie s'est emportée, a arraché son pull et l'a griffé. Il a alors fallu que le cadre vienne rappeler à Nathalie qu'un tel comportement n'est pas tolérable. Nathalie est sous traitement médicamenteux pour réduire son irritabilité et son agressivité. Pour autant, en relation duelle, elle reste calme et attentive.

Nathalie a une atteinte frontale qui entraîne donc des troubles au niveau de l'impulsivité, de l'inhibition et de l'irritabilité. Elle accorde aussi beaucoup d'intérêt à l'apparence de l'autre et n'est pas avare de compliments. Pour saluer quelqu'un, elle a souvent tendance à vouloir l'embrasser. Ainsi, elle a parfois un comportement qui n'est pas adapté socialement et qu'on peut qualifier de désinhibé. Ce comportement peut l'handicaper socialement et impacte sur ses capacités relationnelles.

Par ailleurs, en atelier, elle a souvent un comportement égocentré et rappelle souvent que c'est elle qui va faire telle ou telle chose. En situation duelle, elle va être dans l'exaltation de l'humeur, elle me complimente beaucoup même lorsque je lui rappelle que ce n'est pas le lieu et que la situation ne le permet pas.

(3) Prise en soin

A la MAS, elle loge dans une chambre individuelle qu'elle a personnalisée à son goût. Elle est ainsi aidée dans sa vie quotidienne pour la toilette, les repas... Nathalie a l'occasion de rencontrer divers professionnels et de faire plusieurs types d'activités dans la semaine. Ainsi, elle rencontre régulièrement les infirmières, les kinésithérapeutes, la psychomotricienne, la psychologue, l'ergothérapeute.... Elle est aussi accompagnée par des éducateurs spécialisés.

Nathalie a des séances de kinésithérapie deux fois par semaine. Ils font surtout des verticalisations ainsi qu'un travail sur les transferts. Il s'est révélé une dystonie pyramidale en station debout avec des syncinésies en flexion du membre inférieur et un varus de la cheville et du pied ainsi qu'une ataxie. Elle participe en outre à divers ateliers comme la poterie, la piscine, le vélo, l'atelier goût et saveur ce qui lui plaît beaucoup.

Je rencontre Nathalie dans le cadre de l'atelier « Débrouillard » dont j'ai parlé dans le chapitre précédent.

Dans les différentes propositions de l'atelier, Nathalie est active dans le groupe. Elle est volontaire. Du fait qu'elle puisse se déplacer seule facilement sur des distances courtes et qu'elle soit capable de mobiliser son bras droit, elle va souvent faire les choses plutôt aisément. Par contre, comme elle a des problèmes de mémoire immédiate on doit souvent lui rappeler la consigne de base et elle est rarement à l'origine de la prise de décision. Dans le groupe, elle essaye de se mettre en avant, elle répète souvent que c'est elle qui a fait telle ou telle chose et elle ne demande que rarement l'aide des autres.

Elle peut même rentrer en conflit avec certains membres du groupe et devenir violente. Ainsi pour Nathalie, il est important qu'elle s'investisse dans le groupe dans le respect de l'autre, qu'elle sorte de l'individualisme et qu'elle puisse travailler sur la patience.

Lorsque nous proposons aux résidents de chercher un objet ou une personne au sein de l'établissement, on énonce la consigne clairement, en leur rappelant que nous ne pouvons pas les aider mais que toute autre personne peut le faire. Nous rappelons aussi que c'est un travail de groupe et qu'ils doivent rester ensemble. Ces deux consignes semblent bien intégrées pour Nathalie. Elle se repère bien au sein de l'établissement et c'est souvent elle qui indique les directions où aller si elles sont précisément explicitées.

Par exemple, elle saura aller jusqu'à la lingerie mais si on lui demande d'aller à l'endroit où la dame de service travaille, elle ne va pas savoir où aller. Mais quand elle a une idée, elle n'en déroge pas et ne laisse que peu de place aux propositions des autres. Si on propose un travail en binôme, il faut immédiatement instaurer un cadre strict de travail si on ne veut pas que des conflits émergent. Elle a déjà tenté de frapper un résident et ma maître de stage a essayé de calmer la situation mais Nathalie s'en est alors pris à elle.

Cependant, de manière générale sur toute l'année, elle reste quand même assez participative et enthousiaste.

Lors d'un exercice où il était demandé de retrouver à partir d'une photo, l'endroit où elle a été prise dans l'établissement, Nathalie s'impose rapidement comme référence pour savoir si tel ou tel lieu est présent au foyer ou non. Elle propose des idées au groupe et va souvent se diriger vers la bonne direction. Je l'aide à se déplacer en fauteuil mais elle me guide en pointant son doigt vers la direction qu'elle souhaite emprunter. Lorsque l'un des autres résidents propose un autre lieu qu'il pense mieux convenir, elle sait s'imposer et maintient son idée jusqu'au bout. Arrivée au lieu de la photo, elle a plus de mal pour situer exactement le lieu de prise de la photo. Elle reconnaît le lieu mais pas la prise de vue. Elle a quand même la stratégie de revoir la photo et la comparer à ce qu'elle observe.

Dans les propositions où le but est de déplacer des objets, de mobiliser un peu plus sa motricité, Nathalie est active et volontaire. Elle bouge beaucoup et va utiliser de nombreuses stratégies palliatives pour arriver à faire ce qu'elle souhaite. Elle va par exemple pousser le ballon jusqu'au mur et utiliser ses pieds pour le faire remonter et pouvoir le prendre dans ses mains. Elle va aussi utiliser un bâton pour récupérer un objet situé loin d'elle.

Elle met donc en jeu son corps dans les propositions qui lui sont faites mais cette mise en acte est entravée par sa position au fauteuil. Au fil de la prise en soin de groupe, j'observe une évolution marquée par une plus forte implication dans les activités que nous lui proposons. Elle est de plus en plus active et moteur du groupe alors qu'au début, je la voyais plus en retrait. Il fallait plus aller vers elle, lui poser les questions pour qu'elle participe.

Dans le quotidien, Nathalie est volontaire. Elle participe sans problème aux tâches communes qu'on lui demande de faire. Elle va facilement vers l'autre. Avec un traumatisme de plus de trente ans, elle s'est adaptée à son environnement et à ses capacités. Elle a développé des stratégies compensatrices opérantes qui lui permettent de garder un minimum d'autonomie.

Cependant, du fait de son syndrome frontal, elle a tendance à s'obstiner dans une tâche et à manquer de flexibilité. Ainsi, il lui arrive de ne pas savoir adapter ses stratégies et alors elles deviennent inefficaces. En psychomotricité, il est donc intéressant de travailler sur l'autonomie de Nathalie car elle a des capacités. Nous devons l'aider à s'en saisir.

Il est pertinent de mettre en place une prise en soin axée sur l'expérience corporelle, les ressentis qui ne sont pas vraiment abordés dans le groupe. Il est vrai que le groupe est organisé autour d'un travail cognitif bien que la mise en acte soit l'essentiel du travail proposé.

En effet, ce groupe demande beaucoup de réflexion et de mise en mot avant d'entamer la mise en acte. Il est donc intéressant de pouvoir lui proposer un travail différent, en dehors du fauteuil, où il est possible pour Nathalie d'explorer l'ensemble de sa motricité. Cette proposition lui permet de prendre conscience de ses capacités et des limites de son investissement. Cela peut lui permettre de prendre conscience qu'elle a des nombreuses compétences et elle pourra ensuite les mettre en œuvre dans le groupe. La mise en acte chez Nathalie peut sembler complexe mais je pense que l'expérience motrice peut lui permettre de sentir qu'elle est capable et donc lui laisser l'espace de pouvoir proposer des choses en groupe. Cet axe de la prise en soin est abordé par ma maître de stage une fois tous les quinze jours en atelier de groupe mais je n'ai pas eu l'occasion d'y assister.

(4) Conclusion

Selon Oppenheim-Glukcman, « le fait d'être cérébro-lésé est une expérience inintégréable et difficilement pensable ». Avec Nathalie, le travail en psychomotricité est donc axé autour de la revalorisation de ses capacités et sur la réduction de sa labilité émotionnelle. Son traumatisme est ancien et donc le but principal est de la valoriser, de la stimuler afin qu'elle ne perde pas ses capacités existantes. Elle possède des stratégies compensatrices adaptées qui l'aident au quotidien.

Son accompagnement se doit de respecter son rythme. Il faut alors faire attention à la surstimulation. Son programme journalier est très riche en activités diverses et elle reste toujours très enthousiaste à l'idée de faire telle ou telle activité mais l'excès d'activité, la ritualité de ses journées peut l'entraîner dans une dynamique où son choix n'est plus central, où elle ne fait que suivre le mouvement de ses journées sans en être véritablement actrice. De plus, elle a 52 ans, son rythme de vie évolue et il faudra y faire attention par la suite.

V. CONCLUSION

Un patient cérébro-lésé en phase chronique est un patient en souffrance physique et psychique. L'accompagnement leur est nécessaire tout au long de la vie. Dans ce cadre, le travail à effectuer autour des fonctions exécutives semble intéressant. Etant une fonction souvent lésée chez ces patients, le trouble entraîne de nombreuses difficultés qui se répercutent sur de nombreuses dimensions de la vie de l'individu. Il est donc important que cet axe soit pris en compte au sein de la prise en soin du patient, notamment en MAS.

Dans cette optique, la psychomotricité a toute sa place. Elle s'inscrit véritablement dans une démarche complémentaire et spécifique.

En vous parlant de la cérébro-lésion, du syndrome frontal et des fonctions exécutives, mon but est de vous délivrer le cadre. Ce cadre me sert de support pour vous parler de l'intérêt et de l'impact de la psychomotricité dans un tel cadre. Les nombreuses observations que j'ai pu faire en stage ont été le véritable support de ce mémoire. C'est à partir de celle-ci que j'ai pu y trouver le lien à la psychomotricité. J'ai décidé de vous parler d'expérience vécue même s'il faut garder à l'esprit que ce ne sont que des exemples et que les possibilités d'action sont extrêmement vastes et bien plus larges que ce que je vous ai présenté.

Il est important de garder à l'esprit que la prise en soin de tel patient en psychomotricité se doit d'être globale et ne doit pas se résumer à travailler autour des fonctions exécutives.

J'ai beaucoup appris en écrivant ce mémoire. Cela m'a demandé un long travail de recherche et de synthèse. Ma réflexion a débuté sur une interrogation autour des troubles du comportement pour ensuite s'orienter plus spécifiquement sur le syndrome frontal. En effet, j'entendais de nombreux professionnels parler de « personnalité frontale » et cela m'intriguait. Au fur et à mesure de mes recherches, mon propos s'est recentré sur la question des fonctions exécutives car j'y trouvais de nombreuses corrélations avec ce que je vivais en stage. Cela m'a alors paru naturel de choisir ce sujet. Le lien que je trouvais évident en clinique entre le trouble et l'intervention en psychomotricité a été beaucoup plus complexe à élaborer sur un plan théorique. Mais au fil de l'année et en essayant de décrypter mes observations, j'ai pu déceler ces liens et mieux les comprendre.

La psychomotricité n'est encore que peu présente dans le domaine de la cérébro lésion et plus spécifiquement dans celui du syndrome frontal. La vision proche du cognitif ne place pas la psychomotricité comme le premier type d'intervention auprès de ces patients. Pourtant, l'approche psychomotrice peut permettre une prise en soin différente, s'inscrivant dans une démarche plus corporelle, permettant de restaurer le lien à soi, à l'autre et à l'environnement.

VI. BIBLIOGRAPHIE

Auclair, Émilie Lemire. «*Le syndrome dysexécutif : quand le chef d'orchestre ne répond plus.*» 2005.

Baio, Virginio. «*Les conditions de l'Autre et l'ancrage.*»

Brousse, Elsa. «*Comment et pourquoi "panser" le temps.*» *Mémoire DE psychomotricité*. Bordeaux: Université Bordeaux Segalen, Octobre 2008.

Damasio, Antonio R. "*L'erreur de Descartes*". Odile Jacob, 1994.

Dohet, Isabelle. *Les traumatismes crâniens graves: quelles repercussions sur la vie quotidienne*. ASPH, 2009.

François Cohadon, Jean-Pierre Castel, Edwige Richer, Jean-Xavier Mazaux, Hugues Loiseau. "*Les traumatisés crâniens : De l'accident à la réinsertion.*" Arnette Blackwell, 3e édition (29 mai 2008).

Godefroy, Olivier. «*Fonctions de contrôle frontales et syndromes dysexécutifs : quelles délimitations.*» *Réunion de la Société de neuropsychologie de langue française*. Amiens: Revue de neuropsychologie, 2008. 12-15.

Guilloux, Romain. «*Quelques exemples de repercussions repérées des problèmes neuropsychologiques sur la vie des jeunes.*»

Hans, Hélène. «*Syndrome frontal et psychomotricité: son influence dans la relation.*» *Mémoire DE psychomotricité*. Bordeaux: Université Bordeaux Segalen, Juin 2012.

Hessels, C. «*Illustration des fonctions exécutives.*»

<http://www.vulgaris-medical.com/>.

Joseph, Caroline. «*Abord psychomoteur du syndrome frontal.*» *Mémoire DE psychomotricité*. Bordeaux: Université Bordeaux Segalen, Juin 2001.

Labruyère, Nelly. "*Bref aperçu des capacités cognitives des enfants porteurs du syndrome de Williams-Beuren.*" Bron: Institut des Sciences Cognitives.

Oppenheim-Gluckman. "*Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien .*" CTNERHI, 2007.

Oppenheim-Gluckman, Hélène. *"La pensée naufragée Clinique psychopathologique des patients cérébro-lesés"*. Anthropos, 2000.

Pireyre, Eric W. *"Clinique de l'image du corps Du vécu au concept."* DUNOD, 2011.

Potel, Catherine. *"Etre psychomotricien"*. ERES, 2010.

Sacks, Oliver. *"L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau."* Seuil, 1985.

Véronique Van De Moortele, Fanny Déseint. «*Neuro-psycho-motricité : Complémentarité de la neuropsychologie et de la psychomotricité auprès de personnes victimes d'un traumatisme crânien grave.*» *évolutions psychomotrices*, n°43 1999: 29-35.

VII. TABLE DES MATIERES

I.	AVANT-PROPOS.....	2
II.	INTRODUCTION.....	3
III.	PROPOS THEORIQUES	5
A.	LA CEREBRO-LESION	5
1.	Définitions.....	6
2.	Fonctions atteintes	7
a)	Dimension physique	7
b)	Dimension cognitive.....	8
c)	Dimension comportementale et psychoaffective	9
3.	Etiologie	10
a)	Facteurs externes	10
b)	Facteurs internes	11
4.	Parcours de soin des patients cérébro-lésés	12
B.	PRISE EN SOIN EN MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE	14
1.	Qu'est-ce qu'une Maison d'accueil spécialisée	14
2.	Lieu de stage.....	16
C.	LE HANDICAP	19
1.	Définition du handicap	19
2.	Le handicap chez le patient cérébro-lésé	20
a)	La vie quotidienne	20
b)	La question de l'autonomie.....	21
3.	Notion de handicap invisible	22
D.	LE SYNDROME FRONTAL : UNE ATTEINTE DES FONCTIONS EXECUTIVES	24
1.	Le lobe frontal	24
2.	Historique	25
3.	Sémiologie du syndrome frontal.....	27
E.	LES FONCTIONS EXECUTIVES	30
1.	Définitions.....	30
2.	Description	30
3.	Troubles.....	33

F. CONSEQUENCES PSYCHOMOTRICES DES TROUBLES DES FONCTIONS EXECUTIVES	34
1. Séquelles	34
2. Conscience de soi	38
3. Relation à l'autre et à l'environnement.....	42
4. Impact sur les fonctions psychomotrices (attention, mémoire, tonus, espace, temporalité, rythme...).....	44
a) Le tonus.....	45
b) La temporalité.....	46
c) L'espace	48
IV. L'INTERVENTION EN PSYCHOMOTRICITE.....	49
A. L'APPROCHE PSYCHOMOTRICE.....	49
1. Pourquoi intervenir ?	49
2. Comment intervenir ?	50
3. Les objectifs visés.....	52
4. Les outils utilisables	53
B. DEUX EXEMPLES DE PRISE EN SOIN EN GROUPE	54
1. Groupe « Réfléchir puis Agir ».....	54
a) Présentation du groupe et des activités	54
b) Présentation clinique d'un patient du groupe : Xavier	60
2. Groupe « Débrouillards »	65
a) Présentation du groupe et des activités	65
b) Présentation clinique de Nathalie membre du groupe	67
(1) <i>Histoire et anamnèse</i>	68
(2) <i>Tableau clinique et bilan</i>	69
(3) <i>Prise en soin</i>	73
(4) <i>Conclusion</i>	75
V. CONCLUSION	76
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	78
VII. TABLE DES MATIERES.....	80
ANNEXES	82

ANNEXES

Histoire support de la pièce de théâtre dans l'atelier Réfléchir Puis Agir

Marie est une jeune de fille de 18 ans qui vit à Nantes chez ses parents. Pour fêter sa réussite au BAC, elle décide d'organiser une fête chez elle et d'y inviter toute sa classe. Le jour de la fête arrive et Marie se rend compte qu'elle n'a pas prévu la nourriture.

Timidement, elle va voir sa mère qui est en train d'arroser les fleurs pour lui demander si elle pouvait cuisiner un repas pour 32 personnes pour le soir même. Sa mère, excédée par le manque d'organisation de sa fille, refuse catégoriquement de l'aider pour quoi que ce soit

Marie court alors chez Mr Trossaler, le traiteur, pour lui commander des petits fours. Très heureux d'avoir une commande pour plus de 30 personnes, il lui propose tout un tas de menus à des prix exorbitants. Marie n'a pas un budget aussi élevé. Ses parents l'auraient certainement aidé financièrement si elle s'y était prise plus tôt.

Finalement, elle file au supermarché pour acheter des produits surgelés. Arrivée chez elle, elle essaye d'allumer le four mais ne sait pas s'en servir. Elle demande donc à son père. Mais il ne sait pas non plus comment il marche. Il ne reste qu'une heure avant que les invités n'arrivent et elle sait que sa mère ne l'aidera pas cette fois-ci.

Abattue, énervée et dépitée, Marie décide d'annuler sa soirée.

Dessin du bonhomme de Xavier



Figure de Rey de Nathalie



Dessin du bonhomme de Nathalie

