



HAL
open science

Psychomotricien : une posture impliquée ?

Anaïs Delacôte

► **To cite this version:**

Anaïs Delacôte. Psychomotricien : une posture impliquée ?. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018118

HAL Id: dumas-01018118

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018118>

Submitted on 3 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.

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

Psychomotricien :
Une posture impliquée ?

*Réflexions sur la « posture impliquée » du
psychomotricien, dans la prise en soins de patients
atteints de glioblastomes*

Juin 2014

Anais Delacôte

Née le 6 juillet 1990

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

Psychomotricien :
Une posture impliquée ?

*Réflexions sur la « posture impliquée » du
psychomotricien, dans la prise en soins de patients
atteints de glioblastomes*

Juin 2014

Anaïs Delacôte

Née le 6 juillet 1990

Avant-propos

Infirmière de formation, je me suis intéressée au métier de psychomotricienne, notamment dans une volonté de placer la relation au cœur de mon soin.

La manière de soigner qui m'était demandée alors ne me correspondait pas. Concentrée sur les actes techniques, ne parvenant pas toujours à prendre le temps de considérer la personne soignée, comme je l'aurais souhaité, j'avais l'impression de me tromper de priorités. Aussi, bien qu'ayant conscience de leur nécessité pour assurer le fonctionnement du service, il m'était difficile d'accepter d'appliquer des protocoles que je n'avais pas le pouvoir de remettre en question. J'étais constamment en quête de sens, je voulais continuer à m'interroger, sur le soin, sur la relation, sur l'humain, et je ne parvenais pas à prendre ce temps.

J'ai intégré l'Institut de Formation en Psychomotricité, en deuxième année, via l'examen d'entrée consacré aux candidats libres. Très rapidement, après le début de mon stage en Unité Alzheimer, j'ai remarqué un changement de mon regard vis-à-vis de cette population que j'avais déjà rencontrée en tant qu'étudiante en soins infirmiers, puis en tant qu'infirmière. Mon « nouveau regard » s'attardait sur les « possibles », sur les compétences, et non sur les manques et les déficiences des personnes que je rencontrais. Il s'agissait également de laisser plus de place au patient, de partir de ce qu'il était, d'accepter, selon la formule de Spinoza, de « rencontrer l'étranger de l'autre », et non de savoir pour l'autre. Ces interrogations autour de la spécificité du regard du psychomotricien sont restées présentes à mon esprit tout au long de ma première année d'étude en psychomotricité. C'est pourquoi j'ai exprimé le désir de retourner en milieu hospitalier, milieu connu, dotée de ce nouveau regard.

Les rencontres avec les patients atteints de glioblastome m'ont particulièrement touchée et interrogée.

Auprès de ces patients, dont le pronostic vital est engagé dès lors que le diagnostic est posé, je ressens particulièrement les changements survenus dans mon regard, dans ma posture, dans ma relation à l'autre et dans ma relation à moi-même. Du fait, peut-être, de pouvoir prendre plus de temps avec les personnes soignées ou peut-être de par la formation en psychomotricité, je recherche, en entrant dans la chambre, les capacités des patients, et « ce qu'il y a de vivant en eux » : leurs désirs, leurs plaisirs, leurs projets, ... Infirmière, j'entrais dans la chambre pour rechercher ce qui pouvait manquer au patient, ce qui pouvait lui poser problème. L'intention était également bienveillante, la recherche d'empathie était présente, mais l'abord du patient était tout à fait différent. Mon objectif était de soulager la souffrance, de permettre au patient de vivre sa situation le « moins mal » possible. A présent, je recherche

ce que le patient, en fonction de ses désirs et de ses capacités, peut encore vivre positivement. Comment peut-il encore, même durant de courts instants se sentir bien, prendre du plaisir ?

J'ai bien conscience que ce changement m'est propre et que cela ne signifie pas que tous les infirmiers considèrent le patient comme « moi infirmière », ni que tous les psychomotriciens considèrent le patient comme « moi, étudiante en psychomotricité ». Mais ce changement de posture m'interroge. Qu'est ce qui a pu l'engendrer ? **Est-il lié à un ou plusieurs éléments constitutifs de l'identité du psychomotricien ?**

Remerciements

Je remercie Isabelle, ma directrice de mémoire, qui a su m'écouter, et qui m'a permis de préciser mes pensées, d'approfondir mes réflexions.

Je remercie Christelle, ma maîtresse de stage, pour tout ce qu'elle m'a fait découvrir par sa pratique, mais aussi pour nos nombreux et si précieux temps d'échange.

Merci aux membres de l'équipe du service de Soins de Suite et de Réadaptation, pour leur accueil et leur disponibilité.

Je remercie également les psychomotriciens en soins palliatifs de la Communauté Urbaine de Bordeaux, pour m'avoir permis de participer à leurs réunions, et à leurs riches conversations.

Je remercie mes colocataires, mes amis et ma famille : toutes les personnes qui m'ont soutenue.

Enfin, je remercie tous ceux et celles qui ont été sources d'inspiration, simplement parce que j'ai eu la chance de les rencontrer : la bénévoles Trinlé, les maîtres de stages: Carine, Catherine, Cécilia, Charline, Jean-Guillaume, Jean-Marie, les enseignants de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux, et les patients que j'ai suivis, notamment Madame Louise.

Sommaire

Introduction.....	7
Développement	11
I.Posture impliquée dans le bilan psychomoteur des patients atteints de glioblastome	12
A. Avant la rencontre : un patient atteint de glioblastome	13
B. Avant la rencontre : une psychomotricienne en S.S.R. à orientation oncologique.....	21
C. La rencontre : Le bilan psychomoteur	28
II.Posture impliquée dans le dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient souffrant de glioblastome.....	40
A. Le dialogue tonico-émotionnel entre le patient atteint de glioblastome et le psychomotricien.....	41
B. Les enjeux du dialogue tonico-émotionnel pour le patient atteint de glioblastome	54
C. Les enjeux du dialogue tonico-émotionnel pour le psychomotricien	64
Etude de cas	72
Conclusion	82
Bibliographie	84
Annexes.....	88
Table des matières.....	97

Introduction

La réflexion constituant ce mémoire s'est élaborée à partir d'un stage de troisième année d'étude en psychomotricité, réalisé dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.), à orientation oncologique, et accueillant notamment des patients souffrant de glioblastome.

La prise en soin des personnes atteintes de glioblastome est palliative, dès lors que le diagnostic est posé. La pathologie évolue de manière très rapide mais fluctuante, et d'importants bouleversements corporels y sont associés : une hémiplégie d'installation progressive est presque systématique.

Dans le cadre des séances de psychomotricité, la psychomotricienne peut proposer des médiations diverses : des inductions tactiles, olfactives, auditives, de la relaxation, de la peinture, entre autres.

Il semblerait que parfois, la médiation n'ait qu'une importance relative : comme si ce n'était **pas dans « le faire » mais dans « l'être » que quelque chose se jouait.**

Plutôt que par ses médiations, un psychomotricien peut-il se caractériser par sa lecture de la situation, ses objectifs, son implication dans la relation ?

Qu'est ce qui, dans la prise en soins de ces patients, est spécifique à ce professionnel ?

Qu'est ce qui constitue l'identité du psychomotricien ?

Du fait de l'évolution fluctuante de la pathologie, le psychomotricien adapte constamment ses médiations, ses outils, mais aussi, et surtout, son mode d'être en relation avec la personne soignée.

L'identité du psychomotricien serait-elle alors constituée d'une manière d'être en relation, d'une posture dans la relation ?

Pour Agnès Servant-Laval, la posture se définit par des caractéristiques en lien avec l'anatomie, la physiologie, mais aussi l'émotion :

*« La posture est la disposition relative des différents segments corporels et le maintien de cette organisation du corps dans l'espace. (...) Selon H. Wallon, la posture est déterminée par l'organisation tonique spécifique du moment, ou tonus postural, lui-même sous-tendu par l'émotion ».*¹

¹ ROBERT-OUVRAY S. et SERVANT-LAVAL A « Le tonus et la tonicité » in SCIALOM P., GIROMINI F, ALBAET J.M., *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, De Boeck, 2011, p 155

Agnès Servant-Laval ajoute :

« La posture est une « façon de se tenir », « une **façon d'être** » et désigne également une situation ou une manière de se comporter, **corporelle aussi bien que psychique.** »²

Nous retrouvons dans cette définition de la posture, la notion de monisme corps-psyché propre à la pensée du psychomotricien.

Michel Bernard souligne la dimension intentionnelle de la posture et sa dépendance à un contexte particulier :

« Mon corps ne m'apparaît pas comme une mécanique neutre associée à une mosaïque d'organes, réceptacle indifférent d'excitations interoceptives, proprioceptives et extéroceptives, mais comme **posture** en vue de certaines tâches actuelles ou possibles. Il n'est pas en face d'un espace objectif : il est ancré, enraciné dans une certaine situation qui polarise toutes ses actions. »³

Dans son article « Identité et fonction du psychomotricien », Françoise Désobeau affirme : « La spécificité du psychomotricien est qu'il **s'implique** dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est. »⁴

En considérant qu'une caractéristique de la posture du psychomotricien soit son implication dans la relation avec le patient, pouvons-nous alors penser que la « **posture impliquée** » du **psychomotricien est constitutive de son identité professionnelle?**

Peu d'auteurs ont cherché à définir l'identité de métier, ou identité professionnelle. Nous retiendrons ici la définition du sociologue Claude Dubar, qui a mené une réflexion importante quant à cette notion.

Dans son ouvrage, « *La socialisation* », il affirme :

« La construction d'une identité de métier présuppose une forme de transaction subjective permettant l'auto-confirimation régulière de la **maîtrise progressive d'une spécialité toujours plus ou moins vécue comme un art.** Mais elle suppose également des **confirmations objectives** par une communauté professionnelle dotée de ses **propres instruments de légitimité.** »⁵

L'identité de métier se constitue donc d'éléments stables et objectivés par une communauté professionnelle, mais aussi d'une capacité de chacun à s'approprier ses éléments, à s'adapter, à rester créatif. Cela nécessite une certaine présence du professionnel à lui-même, et cela lui permet de se conforter dans sa pratique, en lui donnant du sens.

² Idem.

³ BERNARD M. *Le corps*, Editions universitaires, 1972, p 40

⁴ DESOBEAU F. « Identité et fonction du psychomotricien » *Thérapies psychomotrice et Recherche* n° 162, 2010

⁵ DUBAR C. *La socialisation*, Armand Colin, 2010, p 199

D'une part, nous pouvons considérer que le bilan psychomoteur, décrit par Ajuriaguerra en 1959, et apparaissant en première ligne des actes professionnels accomplis par le psychomotricien, selon le Décret de compétences, constitue un instrument de légitimité de cette profession. Demandons-nous alors :

En quoi la *posture impliquée* du psychomotricien se retrouve-t-elle dans le cadre du bilan psychomoteur auprès des patients souffrant de glioblastome?

D'autre part, pouvons-nous parler d' « art » dans la pratique de la psychomotricité ?

Selon le « Trésor de la langue française informatisée », l'art se définit comme « *Expression humaine à travers une technique définie.* »⁶

Si le psychomotricien est formé à certaines techniques (relaxation, rythme, massages, par exemple), sa pratique ne consiste pas en la seule application de techniques apprises. Celles-ci ont valeur de **médiations à la relation**, et c'est cette relation, ce **dialogue tonico-émotionnel** instauré entre le patient et le psychomotricien qui fera place à **l'expression humaine** : du soignant, mais aussi de la personne soignée.

L'art du psychomotricien s'exprimerait alors en permanence, dans la recherche d'un ajustement, d'un dialogue tonico-émotionnel à valeur thérapeutique, tout au long de la prise en soin du patient.

Dans ce cas, quel serait le rôle de la « posture impliquée » du psychomotricien dans la pratique de cet art ?

En quoi la *posture impliquée* du psychomotricien se retrouve-t-elle dans le dialogue tonico-émotionnel avec les patients souffrant de glioblastome ?

Ainsi, nous développerons une réflexion tentant de répondre à la problématique suivante :

Pourquoi la *posture impliquée* du psychomotricien est-elle constitutive de son identité auprès de patients atteints de glioblastome dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation ?

Dans un premier temps, nous considérerons **la *posture impliquée* du psychomotricien dans le bilan psychomoteur.**

Afin de tenir compte du contexte dans lequel a lieu cette première rencontre, nous établirons au préalable une description des patients souffrant de glioblastome, en nous basant sur des définitions médicales de cette pathologie. Nous poursuivrons en développant les spécificités du service dans lequel a lieu cette rencontre, ainsi que les rôles des différents professionnels

⁶ Trésor de la Langue Française Informatisée- Article en ligne

travaillant auprès des patients. Enfin, nous préciserons notre réflexion quant à l'examen psychomoteur du patient souffrant de glioblastome.

Dans un second temps, nous nous attarderons sur la ***posture impliquée*** du psychomotricien **dans le dialogue tonico-émotionnel entre soignant et soigné.**

Nous commencerons par expliciter les notions de tonus musculaire et de dialogue tonico-émotionnel. Nous nous intéresserons ensuite aux enjeux du dialogue tonico-émotionnel : pour le patient souffrant de glioblastome d'une part, et pour le psychomotricien impliqué dans la relation, d'autre part.

Nous aboutirons à une étude de cas, qui a nourri nos réflexions, et qui s'en est enrichie.

Développement

- I. ***Posture impliquée*** dans le bilan psychomoteur des patients atteints de glioblastome.....p10
- II. ***Posture impliquée*** dans le dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient souffrant de glioblastome.....p40

I. Posture impliquée dans le bilan psychomoteur des patients atteints de glioblastome

L'examen psychomoteur constitue un des outils fondamentaux du psychomotricien.

L'évaluation psychomotrice est systématiquement comprise dans la prescription médicale d'une prise en soin en psychomotricité auprès de patients atteints de glioblastome. L'examen psychomoteur est donc le motif de la **première rencontre** entre le psychomotricien et le patient.

La situation particulière des patients atteints de glioblastome amène une réflexion concernant cet outil. Il semble nécessaire de prendre en compte, non seulement la définition et l'intérêt de l'examen psychomoteur à l'origine, mais également les spécificités de ces patients, de leur pathologie. Ainsi, le psychomotricien adaptera son évaluation, lui donnant un sens, une pertinence, dans le cadre de la prise en soin de la personne.

Nous allons tout d'abord nous intéresser à la situation avant la rencontre.

D'une part, un patient souffre de glioblastome, et nous allons tenter d'appréhender ses problématiques, en nous basant sur la définition médicale et physiologique de cette pathologie.

D'autre part, il est demandé à un psychomotricien, exerçant dans un centre de Soins de Suite et de Réadaptation, d'intervenir.

Puis, nous définirons l'examen psychomoteur et mènerons une réflexion concernant sa pertinence et la manière dont il peut être adapté auprès de patients souffrant de glioblastomes.

A. Avant la rencontre : un patient atteint de glioblastome

Le glioblastome est une pathologie grave et d'évolution rapide. Avant de rencontrer un patient souffrant de glioblastome, il semble nécessaire de pouvoir définir cette pathologie. Nous nous baserons principalement sur des définitions médicales, physiologiques, afin de clarifier notre propos. Nous mettrons en lien, par la suite, ces différentes notions avec les problématiques des personnes rencontrées.

1. Le glioblastome : une tumeur cérébrale

De la physiologie du processus tumoral à la notion de cancer

Le processus tumoral se caractérise par la multiplication de cellules anormales, (cellules tumorales) qui se divisent par mitose. Le processus tumoral est partiellement ou totalement autonome par rapport aux facteurs qui régulent normalement le tissu, et a tendance à s'étendre aux dépens du tissu dans lequel il a pris naissance.

Le tissu tumoral est composé de cellules tumorales (cellules prolifératives anormales, porteuses de lésions génétiques) et de cellules et substances extracellulaires.

Nous distinguons deux grandes catégories de tumeurs : les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Les tumeurs malignes ont la capacité d'entraîner des métastases : foyers tumoraux secondaires, situés à distance du foyer tumoral primitif. Cela les différencie fondamentalement des tumeurs bénignes.

Notons cependant l'existence d'exceptions : de rares tumeurs malignes ne donnent pas de métastases mais sont très agressives localement. Il s'agit de tumeurs dites « à malignité locale », groupe de tumeurs dont le glioblastome fait partie.

En effet, en plus d'engendrer des métastases, les tumeurs malignes se caractérisent souvent par une agressivité locale (envahissement, récurrence après destruction) supérieure à celle des tumeurs bénignes. Les tumeurs malignes sont également appelées « cancers ».

Tumeurs cérébrales : définition et classification

Les tumeurs malignes ou pré-malignes du cerveau touchent, chaque année, quatre à cinq mille personnes en France. Les hommes sont légèrement plus souvent atteints que les femmes. Un cas sur six concerne des personnes de moins de trente ans, un cas sur trois des personnes de trente à soixante ans et un cas sur deux des personnes de plus de soixante ans.

Les tumeurs cérébrales sont des proliférations de cellules : cellules nerveuses, gliales, endothéliales, dans le cerveau et dans la moelle épinière. Il s'agit soit de tumeurs primaires, qui apparaissent dans le cerveau, soit de métastases d'autres tumeurs.

La classification des tumeurs cérébrales repose sur deux types de données :

Le type cellulaire : Reconnaître dans le tissu tumoral, les caractéristiques du tissu d'origine (méninge, tissu glial, organe d'origine d'une métastase...)

Le grade d'histopronostic : Déterminer la malignité de la tumeur, donc son pronostic et la stratégie thérapeutique. Quatre grades d'histopronostic ont été déterminés selon les critères suivants : densité cellulaire, activité mitotique, atypies nucléaires, prolifération vasculaire, nécrose.

Les gliomes sont des tumeurs qui se développent à partir du tissu de soutien du système nerveux : la glie ou tissu glial. Ils représentent plus de la moitié des tumeurs primitives, leur fréquence est actuellement en augmentation. Les gliomes peuvent être bénins de grade I, pré-malins de grade II ou bas grade, malins de grade III et enfin très malins de grade IV.

Glioblastome : Définition, facteurs de risques et pronostic

Le glioblastome est une tumeur cérébrale maligne appartenant à la classification des gliomes. Cette tumeur est dite infiltrante, c'est-à-dire qu'elle envahit les tissus environnants.

Les causes précises des gliomes sont encore inconnues, mais des facteurs de risques ont été démontrés : irradiation (radiologie, radiothérapie, exposition nucléaire), champs électriques et magnétiques, certaines substances chimiques (engrais, pesticides, résines, solvants) et d'autres facteurs de risque sont suspectés (téléphonie mobile).⁷

Le glioblastome fait partie des cancers les plus agressifs. Il est caractérisé par une forte prolifération vasculaire et la présence de nécrose. Le glioblastome est, dès son diagnostic, considéré comme un **cancer de stade IV**. Le pronostic de cette pathologie est dramatique : la médiane de survie est inférieure à un an et deux pour cent des personnes diagnostiquées sont encore en vie cinq ans après leur diagnostic.

⁷ Document remis par le médecin du service aux soignants, dans le cadre d'une formation

2. Le diagnostic de glioblastome et les signes cliniques

Diagnostic de glioblastome

L'âge moyen de diagnostic de glioblastome est de soixante-deux ans. La maladie se révèle souvent par une crise d'épilepsie, ou la survenue brutale d'une hémiparésie. Au niveau de l'imagerie, un scanner confirme généralement la tumeur, mais c'est l'imagerie par résonance magnétique (I.R.M.), systématiquement réalisée, qui précise la topographie et le volume. Pour autant, elle ne permet pas de connaître la nature de la tumeur. Les examens histologiques, soit par biopsie, soit par exérèse (partielle ou totale), sont donc indispensables pour un traitement spécifique.

Selon une mesure du plan cancer 2003-2007, le diagnostic est communiqué selon un « **dispositif d'annonce** » composé de quatre temps. Le temps médical correspond à une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce du cancer suivie de la proposition d'une stratégie thérapeutique individualisée définie en réunion de concertation pluridisciplinaire. Puis, dans le temps d'accompagnement soignant, le patient et ses proches rencontrent un soignant (infirmier, dans la plupart des cas), à qui ils peuvent poser les questions relatives à la pathologie et aux traitements. Seront ensuite mis en place des **soins de support**, dans un but d'amélioration de la qualité de vie du patient, et une articulation avec son médecin traitant, intégrant ainsi ce dernier au projet de soin.

Cette mesure a fait suite à une demande de Ligue Nationale contre le Cancer, plusieurs personnes ayant en effet témoigné de la majoration de la difficulté de l'entrée dans la maladie, lorsque les conditions d'annonce étaient inappropriées (au téléphone ou dans un couloir, par exemple). Il paraît en effet primordial de prendre en considération le choc, le ressenti de rupture que peut provoquer le diagnostic de cancer.

Il peut arriver que le patient ne soit pas informé de son pronostic, voire de son diagnostic, lorsqu'il entre dans le service. Le médecin et l'équipe soignante s'organisent alors pour réaliser cette annonce.

Mais dans la plupart des cas, lorsque la personne entre dans le centre de Soins de Suite et de Réadaptation, le dispositif d'annonce a déjà eu lieu, amorcé par le médecin oncologue.

Ainsi, certains patients se montrent très « lucides » quant à leur diagnostic. Cependant, il est souvent difficile de se représenter de quelle manière les malades vivent cette situation.

« Je suis venue ici pour rester jusqu'à la mort », exprime Madame Louise, sans émotions apparentes, dès son entrée dans le service.

La psychologue s'interroge : ce « détachement » semble s'apparenter à un mécanisme de défense.

En effet, Ruzniewski a décrit différents **mécanismes de défense**, qui peuvent être présents chez la personne atteinte de maladie grave :⁸

L'annulation consiste en l'anéantissement, la négation par la personne malade, de la parole de l'équipe médicale concernant son état de santé. L'isolation correspond à une tentative d'intellectualisation de la maladie en la séparant de ses affects. Dans le déplacement, le malade focalise ses inquiétudes, sur une autre réalité, moins douloureuse. Dans la projection agressive, la personne renvoie sa colère sur son entourage, le rend responsable de ses maux. Ce mécanisme peut être une forme de lutte contre un sentiment d'impuissance. Certaines personnes montrent de la maîtrise : peut-être afin d'avoir le sentiment de contrôler encore les événements de leur vie. Ces personnes peuvent avoir recours à la rationalisation, l'humour. Dans la régression, la personne semble adopter une posture de passivité, renoncer à son autonomie. Elle laisse son environnement faire et décider pour elle. La combativité ou sublimation permet à la personne de trouver en elle une énergie nouvelle, qui alimente l'élan vital. Dans la situation de Madame Louise, il est probable que la psychologue ait fait allusion à un mécanisme de défense de type « isolation » ou « maîtrise ».

Les mécanismes de défense des patients sont transitoires, complexes et peuvent être intriqués. Les classifications comme celle de Ruzniewski ne sont ni universelles, ni exhaustives, mais peuvent nous aider à appréhender une part du vécu du patient et à cerner d'éventuels besoins.

Signes cliniques

Parmi les signes cliniques que peut présenter la personne souffrant de glioblastome, nous pouvons distinguer les signes neurologiques dits « généraux » de souffrance cérébrale (ou signes irritatifs) et les signes neurologiques déficitaires, dépendant de la localisation de la tumeur.

Parmi les **signes neurologiques « généraux »** de souffrance cérébrale, le patient peut présenter une hypertension intracrânienne : augmentation de pression dans la boîte crânienne, liée à la présence de la tumeur et de l'œdème. L'hypertension intracrânienne peut se manifester par des céphalées, intenses en fin de nuit ou matinales et réfractaires aux antalgiques, une photo- ou phono-phobie, des nausées et vomissements, une douleur et raideur de la nuque, un flou visuel ou une diplopie. Le traitement par corticoïde, en faisant diminuer l'œdème, agit sur l'hypertension intracrânienne.

Le ralentissement psychomoteur et l'apathie constituent également des signes neurologiques généraux possibles.

Les crises d'épilepsies : tonico-cloniques généralisées ou partielles, sensitives, sensorielles, ou complexes (verbales ou comportementales) sont également fréquentes.

⁸ LAVIELLE J-G. *Vivre... en corps et encore – Approche psychomotrice de la représentation du corps chez la personne gravement malade*- Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Juin 2009, p 23

Concernant les **signes neurologiques déficitaires**, dépendant de la localisation, le patient peut présenter des signes moteurs (**hémiparésie ou hémiplégie**, monoplégie, paralysie faciale, troubles de la déglutition), sensitifs, visuels, auditifs, ou des troubles de l'équilibre. Il peut aussi manifester des troubles psycho-comportementaux (dépression, euphorie, anxiété, délires, agressivité, apathie), cognitifs (troubles de l'orientation, de la mémoire, du jugement), des troubles des fonctions symboliques (aphasies, apraxie, agnosie) ou de la vigilance.

Les signes moteurs sont souvent, dans un premier temps, au centre des préoccupations des patients atteints de glioblastome.

« Vous savez, c'est difficile de perdre de l'autonomie. », déplore Madame Louise, depuis peu contrainte de se déplacer en fauteuil roulant du fait de son importante hémiparésie gauche.

Enfin, peuvent s'ajouter, avec l'évolution de la pathologie et les effets indésirables des traitements, des signes très variés, souvent complexes et intriqués, tels que : l'asthénie, l'anorexie, l'amaigrissement, les troubles métaboliques (diabète cortico-induit, désordres ioniques et rénaux), les troubles digestifs (nausées, constipation) ou respiratoires (toux, encombrement, dyspnée). La personne peut également présenter des signes cutanés (escarres, mycoses), infectieux et fébriles, urinaires (incontinence, rétention) ou psychiatrique (dépression, troubles anxieux). Enfin les signes de douleurs (manifestations verbales et non verbales) doivent faire l'objet d'une évaluation prioritaire et continue.

Nous nous devons aussi d'être attentifs aux manifestations d'angoisse, de peur qui peuvent être en lien avec la pathologie, ou avec la situation de la personne malade.

L'angoisse n'a pas d'objet réel défini, apparent. Chez les patients souffrant de glioblastomes, ce sentiment peut être, entre autre, engendré par la succession des pertes : perte de la maîtrise d'une partie de son corps (en cas d'hémiplégie, par exemple) perte de l'indépendance, perte des repères spatio-temporels.

La peur, quant à elle, est associée à un objet défini. Elle peut être directement en lien avec une perte : par exemple : peur de la dépendance, peur de « perdre la tête », chez les patients atteints de glioblastome.

La peur et l'angoisse peuvent concerner le patient, mais aussi ses proches. Le médecin, la psychologue du service peuvent recevoir l'entourage du patient en entretien pour identifier, considérer ses peurs, et tenter de trouver des outils afin de les apaiser. L'équipe soignante dans sa globalité se montre également disponible pour la personne soignée et sa famille.

3. Les traitements et l'évolution de la personne atteinte de glioblastome

Traitements de la personne atteinte de glioblastome

Les traitements de la personne atteinte de glioblastome sont toujours **pluridisciplinaires et spécifiques**.

Aussi, ils sont toujours **palliatifs** : ils peuvent avoir pour but une courte rémission, le ralentissement de l'évolution de la maladie, et l'amélioration de la qualité de vie.

Le risque iatrogène est notable, notamment en raison de la région atteinte et des intrications entre tumeur et tissus sains. Cela ajoute un élément à la complexité de la situation à laquelle est confronté le patient souffrant de glioblastome. De fait, le choix de ces traitements fait toujours l'objet d'une discussion et d'une prise de décision en réunion de concertation pluridisciplinaire. (R.C.P.)

L'**exérèse**, ou traitement chirurgical, consiste en l'ablation d'une partie de la tumeur. En effet, l'ablation de la totalité d'un glioblastome est impossible, du fait de la localisation de cette tumeur et du tissu qui la constitue. L'exérèse est réalisée parallèlement à la biopsie qui confirme le diagnostic. Elle a pour but de faire diminuer la taille de la tumeur à un moment donné, et ainsi, de ralentir l'évolution de la pathologie.

La **chimiothérapie** peut être administrée sous forme orale, intraveineuse ou par implants locaux. Les tumeurs cérébrales sont résistantes à plusieurs de ces traitements, qui ne passent pas la barrière hémato-encéphalique.

Le « TEMODAL », chimiothérapie palliative par voie orale passe cette barrière et est fréquemment utilisé. Ce traitement a pour but de bloquer la division cellulaire, ralentissant également l'avancée de la maladie. Ses principaux effets indésirables sont la leucopénie (diminution des globules blancs) et la constipation.

La **radiothérapie** est reconnue pour son effet de prolongation de la vie. Sa toxicité est cependant importante sur les tissus sains, d'autant que la marge entre dose efficace et dose toxique est faible. Elle engendre également des chutes de cheveux, particulièrement mal vécues par certains patients et patientes.

Nous pouvons nous interroger quant à ce que peut susciter, chez le patient, le fait de suivre un traitement dont les effets indésirables sont, au départ, plus visibles et gênants que ceux de la maladie.

Le **traitement médicamenteux symptomatique** agit sur les symptômes liés à la pathologie, son évolution. En font partie les traitements antalgiques, anticonvulsivants, psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques), digestifs, anticoagulants, antioedémateux cérébraux. Ils agissent sur les signes irritatifs (en particulier l'hypertension intracrânienne) et parfois déficitaires.

Les **soins de supports** sont définis comme : L' « ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a. (...) Il s'agit de pratiquer une approche globale de la personne malade par une équipe pluri-disciplinaire, avec le souci majeur de la continuité des soins. Dès lors, le patient peut recourir aux soins de support dans les phases curatives, palliatives ou terminales »⁹

L'intérêt des soins de supports réside notamment dans leur **interdisciplinarité**, permettant un **croisement des regards** portés sur une même personne, mais aussi une connaissance des compétences des autres professionnels, et de ses propres limites.

L'enjeu de ces soins est **l'amélioration de la qualité de vie** des personnes soignées, notamment en diminuant les conséquences de la maladie et des traitements. Ils s'encrent dans une continuité et ont vocation à être **adaptés** aux besoins des patients et de leur entourage.

Enfin, les infirmiers et aides-soignants réalisent les **soins quotidiens**, que nous détaillerons ultérieurement.

Le choix des traitements du glioblastome est donc dépendant de la situation du patient : de sa personnalité, mais aussi de l'avancée de sa pathologie. Différentes phases ont été définies, comme repères, dans l'évolution de la maladie incurable.

Cinq phases de la maladie cancéreuse¹⁰

La phase palliative d'une pathologie débute lorsque les traitements curatifs n'ont plus d'efficacité, ne peuvent plus mener à la guérison. Le pronostic fatal est engagé de façon irrémédiable.

Par opposition, durant la phase curative, une guérison ou une rémission complète et durable sont possibles. Dans certains cas, la frontière entre curatif et palliatif est difficile à déterminer précisément. Dans le cas du glioblastome cependant, il n'existe pas de phase curative.

Nous pouvons alors considérer quatre phases palliatives : spécifique, symptomatique, terminale, et agonique.

La première phase, **phase palliative spécifique** peut débiter avec un diagnostic d'évolution locale, de récurrence ou de premières métastases non guérissables. Dans le cas d'un patient souffrant de glioblastome, la phase palliative spécifique commence dès l'établissement du diagnostic, les patients sont alors traités par chimiothérapie et/ ou radiothérapie. Le traitement spécifique, défini en réunion d'équipe pluridisciplinaire vise à obtenir un ralentissement de l'évolution de la maladie. Les espoirs de soulagement et de courte rémission sont présents.

⁹ GAUCHER-HAMOUDI O. et GUISE M. *Soins palliatifs et psychomotricité*, Heures de France, 2007, p 15

¹⁰ BURUCOA B. Intervention lors de la Septième Journée Régionale de Bioéthique, le 19 décembre 2013 à Pessac : « Entre la volonté de vivre et la demande de mort – A propos de la fin de vie »

Puis, lors de la **phase palliative symptomatique**, l'objectif n'est plus la rémission mais le soulagement des symptômes. La chimiothérapie en cours est parfois poursuivie, mais dans le seul but d'agir sur certains symptômes délétères à la qualité de vie de la personne. Tous les traitements lourds et mal tolérés, ainsi que les examens invasifs sont évités. Le pronostic vital est établi en termes de quelques semaines ou mois.

La **phase palliative terminale** débute avec la défaillance d'une ou de plusieurs fonctions vitales. Le pronostic vital est évalué en jours. La conscience et les facultés de communication sont parfois préservées. Le traitement concerne les symptômes de fin de vie.

La **phase palliative agonique** est caractérisée par l'altération des fonctions neurovégétatives. Le décès est considéré comme inévitable et imminent. Les patients souffrant de glioblastome présentent, en phase agonique, un tableau clinique particulier avec souvent une hyperthermie, un encombrement bronchique et une cyanose des extrémités.

Cependant, en pratique, il est souvent difficile pour les soignants de reconnaître la phase de la pathologie dans laquelle se trouve le patient, et notamment de différencier la phase terminale pré-agonique, qui peut parfois être réversible, de la phase agonique, irréversible. Cette différenciation est pourtant essentielle puisqu'il s'agit, lorsque le patient se trouve en phase agonique, de prévenir ses proches.

Afin de mener une réflexion quant à la rencontre entre le psychomotricien et le patient souffrant de glioblastome, il semble intéressant, après avoir défini cette pathologie, son évolution, et sa prise en soin, de s'intéresser au contexte dans lequel le patient évolue, et est soigné.

Quels sont les enjeux d'une hospitalisation en centre de Soins de Suite et de Réadaptation à orientation oncologique ?

Comment peut s'organiser le personnel pour prendre en soin des patients souffrant de glioblastome, et de fait, en situation palliative ? Qu'est ce qui, dans ce type de structure relève de l'approche palliative ? Pourquoi l'équipe fait-elle appel à un psychomotricien ? Quelle peut-être la posture du psychomotricien dans l'équipe soignante ?

B. Avant la rencontre : une psychomotricienne en S.S.R. à orientation oncologique

1. Un S.S.R. à orientation oncologique

Les centres de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.) sont des établissements dont l'activité a pour objet, selon le Ministère de la Santé, « *de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales des déficiences et des limitations de capacités des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.* »¹¹

Depuis 2009, la dénomination « centres de Soins de Suite et de Réadaptation » regroupe des établissements divers, les anciens « centres de convalescence », ou « services de rééducation fonctionnelle » par exemple. C'est donc l'appellation associée à cette dénomination générale qui différencie la patientelle reçue dans l'établissement (Exemples : S.S.R. polyvalent, affections de l'appareil locomoteur, affections neurologiques).

C'est dans un S.S.R. polyvalent que sont accueillis les patients concernés par notre propos. Les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (S.R.O.S.) définissent ainsi les missions des S.S.R. polyvalents pour adultes :

« Ils comportent une dimension relationnelle et éducative.

*Ils se caractérisent surtout par la poursuite et le suivi des soins et du traitement, la restauration somatique et psychologique, la limitation des handicaps physiques, l'éducation du patient et/ ou de son entourage, la préparation de la sortie et la réinsertion sociale et familiale. »*¹²

Le centre de Soins de Suite et de Réadaptation dont il est question ici compte cinquante-huit lits dont quarante-six sont orientés vers la gériatrie et douze accueillent des patients relevant de soins de support à différents stades de la maladie cancéreuse.

Parmi les douze lits, six sont dédiés aux soins de support en oncologie générale et six autres, à la prise en soin de patients souffrant de tumeurs cérébrales. La majorité d'entre ces derniers sont atteints de glioblastomes.

Cette spécificité dans l'accueil des patients atteints de tumeurs cérébrales est liée d'une part à la difficulté pour ces personnes, dont la symptomatologie oscille entre neurologie et psychiatrie, d'être soignées dans des structures adaptées ; et d'autre part, à l'image de l'établissement et aux liens privilégiés entretenus avec les services pratiquant l'oncologie.

Une **habilitation spécifique** a donc été attribuée au service par l'Agence Régionale de Santé. Aucune durée de séjour n'est imposée au service, en ce qui concerne l'accueil des personnes souffrant de tumeur cérébrale. Cependant, du fait du nombre important de demandes, le

¹¹ Projet de service du S.S.R.

¹² Idem

médecin évalue régulièrement la pertinence de la présence des patients dans le service. Un patient dont l'état semble stabilisé pour quelques semaines ou mois, et qui peut s'inscrire dans un projet de vie adapté, peut rentrer à domicile. Il sera ré-hospitalisé en cas de nouvelle aggravation de ses symptômes. La durée moyenne de séjour dans le service est donc de trente-six jours.

Ce statut particulier résultant d'une convention avec l'Agence Régionale de Santé, et deux services de cancérologie avoisinants, n'a actuellement aucune reconnaissance juridique. De fait, au vue de la complexité des situations de soins, afin que des moyens supplémentaires soient alloués, ou pour le moins, que les moyens qui ont été attribués soient conservés, la direction de l'établissement réfléchit à la possibilité d'une demande d'appellation « S.S.R. cancérologie » ou d'une reconnaissance de **lits identifiés de soins palliatifs** (L.I.S.P.).

2. Des situations relevant d'une prise en soin palliative

Comment se définissent les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs sont définis dans le Code de Santé Publique comme des « *Soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.* »¹³

Pour la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (S.F.A.P.), il s'agit de :
« *Soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires, s'adressant au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.* »¹⁴

Nous retrouvons notamment, au travers de ces deux définitions, les notions de **soins actifs**, de considération **globale** et en tant que **personne** du patient, de soutien de son **entourage** et d'**interdisciplinarité**.

En outre, selon la S.F.A.P., les soins palliatifs se réfèrent à des **conceptions éthiques**. Par exemple, ils « *considèrent le **malade** comme un **être vivant** et la **mort** comme un **processus naturel**. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. (...) Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la **meilleure qualité de vie possible**, jusqu'au décès.* »

Quelles personnes requièrent des soins palliatifs ?

L'article premier de la loi du 9 juin 1999, vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs :
« *Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement* ». ¹⁵

Selon la S.F.A.P., ils concernent les personnes atteintes de maladies **graves, évolutives, terminales**. Il s'agit de pathologies « **non guérissables** ». Nous pouvons nous interroger : les soins palliatifs pourraient-ils alors concerner les patients présentant une pathologie d'organes (cœurs, reins, poumons), une pathologie neurodégénérative, un handicap lourd, des pathologies chroniques telles que le diabète insulino-dépendant ? ¹⁶

¹³ Article L1110-10 du Code de la Santé Publique

¹⁴ Article en ligne

¹⁵ Article en ligne

¹⁶ Op. Cit. BURUCOA B.

De fait, il s'agit de différencier les personnes qui requièrent des soins palliatifs et celles qui relèvent de **structures de soins palliatifs**. En effet, les soins palliatifs ne sont pas proposés uniquement dans les structures dédiées. Selon le Docteur Burucoa, les structures de soins palliatifs accueillent des patients dans un état de **souffrance intense** et/ ou dont la **problématique liée à la pathologie est complexe**. L'outil PALLIA 10¹⁷, destiné à aider les soignants à « mieux repérer le moment où une équipe spécialisée en soins palliatif devient nécessaire, peut aussi permettre cette distinction.

Au vu du questionnaire PALLIA 10, nous pouvons considérer que nombre de patients, souffrant de glioblastome notamment, accueillis dans le S.S.R. nécessitent l'intervention d'une équipe spécialisée en soins palliatifs.

Bien que le service dont il est ici question ne soit pas considéré comme appartenant aux structures de soins palliatifs, notons que l'infirmière référente du secteur consacré à l'oncologie, les médecins et la psychologue du service sont titulaires d'un diplôme universitaire en soins palliatifs. De plus, l'équipe soignante fait régulièrement la démarche de solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs (E.M.S.P.) de l'établissement.

Les L.I.S.P., des structures dédiées aux soins palliatifs

Les lits identifiés de soins palliatifs constituent une des formes de structure dédiées aux soins palliatifs, en France.

« Les lits identifiés de soins palliatifs permettent d'assurer la prise en charge des patients dont l'état nécessite des soins palliatifs, sans se trouver pour autant dans une situation trop complexe en termes de clinique ou d'éthique. »¹⁸

Les situations les plus complexes sont prises en charge en Unité de Soins Palliatifs (U.S.P.), et les équipes mobiles de soins palliatifs apportent une aide, un soutien aux soignants lorsqu'une équipe, confrontée à une situation de fin de vie, fait appel à elles.

Des soins palliatifs peuvent aussi être proposés à domicile, notamment grâce aux services d'hospitalisation à domicile, et aux réseaux de soins palliatifs.

Dans ce centre de Soins de Suite et de Réadaptation, le questionnement autour d'une demande de reconnaissance en lits identifiés soins palliatifs se justifie par l'activité actuelle du service. Celle-ci consiste notamment en:

- « *L'accueil de malades relevant de soins palliatifs extérieurs au service, dans le cadre de la collaboration avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'établissement, le réseau de soins palliatifs et les établissements partenaires ;*
- *L'écoute et l'accompagnement des proches ;*
- *La participation aux groupes d'analyse des pratiques et aux groupes de paroles ;*
- *Le soutien des proches avant, pendant et après le décès ;*

¹⁷ Cf. Annexe n°1

¹⁸ Circulaire n° DHOS/02/2008/99- Projet de service du S.S.R.

- *Une prise en charge de proximité et la continuité des soins (passage dans la même unité de soins du curatif au palliatif) ;*
- *Une prise en charge palliative dans un cadre adapté et répondant aux critères des soins palliatifs ; en complémentarité et en continuité avec les autres services de l'établissement »¹⁹*

Dans la structure, se constitue également un projet de regroupement des douze lits du S.S.R. dédiés aux soins de support, avec l'unité de soins palliatifs et l'équipe mobile du même établissement, en un pôle palliatif. L'activité palliative du S.S.R. est donc reconnue au sein de l'établissement.

¹⁹ Projet de service du S.S.R.

3. L'équipe soignante auprès des patients atteints de glioblastomes, en S.S.R.

Le rôle de l'équipe soignante

Actuellement, c'est donc au sein d'un **centre de Soins de Suite et de Réadaptation** à orientation oncologique, que l'équipe soignante accueille régulièrement des **patients en situation palliative**.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de médecins, infirmiers et d'aides-soignants, ainsi que de deux kinésithérapeutes, deux professionnels en activité physique adaptée, un ergothérapeute, une psychologue, et une psychomotricienne. De plus, une assistante sociale et une diététicienne sont présentes à temps partiel. Des aumôniers, des bénévoles et une socio-esthéticienne interviennent également, ainsi que des prestataires extérieurs (coiffeur, pédicure-podologue).

Les infirmiers et aides-soignants assurent les soins quotidiens, en se basant sur les quatorze besoins fondamentaux définis par Virginia Henderson²⁰. Ces soins comprennent notamment les actions relatives à l'hygiène, l'installation, l'aide aux repas, ou encore les pansements, l'administration de médicaments, ... En outre, le rôle de présence, d'écoute du soignant est primordial pour le patient et ses proches.

Les infirmiers et aides-soignants observent et assistent le patient dans sa vie quotidienne. Ainsi, les échanges, le croisement de leurs regards avec celui des autres professionnels paramédicaux s'avère souvent précieux dans la prise en soin du patient.

De par leur rythmicité, ces soins peuvent constituer des repères temporels pour les patients, remplissant alors une fonction de **réassurance**. En revanche, cette forte ritualisation dans le déroulement de la journée, nécessaire au fonctionnement du service, ne peut-elle induire, dans certains cas, un ressenti de **perte d'individualité**, de passage du statut de sujet, à celui d'objet de soins ?

La psychologue, l'aumônier, l'assistante sociale et la socio-esthéticienne peuvent intervenir sur demande du patient, ou si les soignants estiment qu'une telle intervention s'avère pertinente.

Les professionnels en activité physique adaptée, les kinésithérapeutes, l'ergothérapeute, la diététicienne et la psychomotricienne constituent l'équipe de réadaptation. Ils interviennent sur prescription médicale (ou indication médicale pour les professionnels en activité physique adaptée). Aussi, en cas de besoin, le médecin fait appel à une orthophoniste travaillant en libéral.

²⁰ Cf. Annexe n°2

La psychomotricienne au sein de l'équipe soignante

La psychomotricienne, **professionnelle paramédicale**, intervient sur prescription médicale. Dans ce service, des indications ont été prédéfinies, dans une collaboration entre le médecin et des psychomotriciens de l'établissement. Le médecin, prescrit un suivi en psychomotricité selon les points suivants :

- « - Evaluation psychomotrice globale/ ciblée
- Troubles de la mobilité
- Troubles tonico-émotionnels, anxiété
- Troubles du schéma corporel et de l'image du corps
- Troubles de la communication ou de la relation
- Soins de confort/ Détente/ Relaxation/ Bain thérapeutique
- Quête de sens (projets) : expression de soi, dynamique de créativité
- Travail de groupe (ouverture relationnelle) »²¹

La psychomotricienne travaille en collaboration avec le reste de l'équipe pluri-professionnelle. Une difficulté notable est cependant à soulever : pour des raisons relatives à son emploi du temps, il ne lui est pas possible de participer aux réunions de synthèse hebdomadaires. Elle tente alors de pallier ce manque en participant aux transmissions soignantes une fois par semaine, en dialoguant avec ses collègues de manière informelle, et en consultant les transmissions écrites.

La communication, l'échange entre professionnels semblent en effet tout à fait nécessaires pour la cohérence et l'adaptation de la prise en soin de chaque patient, qui plus est dans un service où les problématiques des personnes accueillies sont souvent complexes, soulevant de nombreux questionnements, éthiques notamment.

Après avoir consulté la prescription médicale, c'est la **rencontre avec le patient** qui constituera la base du suivi en psychomotricité. La psychomotricienne veillera cependant à ce que cette prise en soin soit cohérente, par rapport au projet de soin du patient, aux objectifs de l'équipe soignante. Avant cette première rencontre, elle échangera donc avec l'équipe soignante et consultera le dossier de soins.

Nous pouvons nous interroger quant à l'influence que peuvent avoir ces informations extérieures, sur la rencontre entre la personne soignée et la psychomotricienne.

²¹ Fiche de prescription en réadaptation, dans les dossiers des patients

C. La rencontre : Le bilan psychomoteur

1. Intérêt du bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est un acte réalisé sur prescription médicale. Il est inscrit dans le décret de compétences de 1988 « relatif à l’accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice ». Il constitue un des **outils fondamentaux** des psychomotriciens.

Dès 1948, Guimain publie les « tests moteurs et psychomoteurs » qui « *permettent d’établir un type de comportement moteur lié au comportement psychologique. Il s’agit de lire le caractère de l’enfant à travers eux et non pas de dépister une quelconque maladie organique* »²²

Cette idée novatrice et fondamentale, est encore actuelle. Elle constitue une des spécificités des psychomotriciens par rapport aux autres professionnels paramédicaux : le psychomotricien ne recherche pas les manques, les déficits à combler. Il appréhende l’organisation psychomotrice de la personne, valorise ses compétences, recherchant notamment des points d’appui pour une éventuelle prise en soin.

Dans son célèbre article « *Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile* », publié en 1959, Julian de Ajuriaguerra établit la « fiche d’examen en vue du traitement psychomoteur »²³

Celle-ci se constitue des items suivants :

- Etude du tonus de fond (extensibilité, ballant)
- Tonus induit (syncinésies et réactions tonico-émotionnelles)
- Particularités du contrôle moteur (épreuve d’immobilité, équilibre statique, marche, sauts, épreuve de dissociation des mouvements) Seront prises en compte : la qualité cinétique, l’adresse, la vitesse, la précision, les réactions de prestance.
- Adaptation à l’espace et orientation spatiale (avec contrôle visuel)
- Adaptation par rapport au corps : épreuves de latéralité, de limitation d’attitudes
- Structuration spatiale
- Epreuve d’adaptation aux rythmes

Le but de l’examen psychomoteur est **d’appréhender la psychomotricité du sujet**. Selon Fabien Joly, elle se définit comme « *la manière d’un sujet d’habiter son corps. C’est*

²²GIROMINI F. « Psychomotricité : les concepts fondamentaux », Eléments théoriques de première année, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, 2003-2004

²³ AJURIAGUERRA (de) J. et BONVALOT-SOUBIRAN G. « Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile » in JOLY F. et LABES G. *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité ; Volume 1 : Corps, Tonus et psychomotricité*, Papyrus, 2009, p 68

*singulièrement, selon la définition princeps d'Ajuriaguerra, le **corps-en-relation** du sujet, quels que soient son âge et sa pathologie. »²⁴*

Cet examen tient compte, à la fois et de manière intriquée de «*la **dimension imaginaire et éminemment psychique des représentations de soi-même et de l'investissement de sa corporéité et la dimension plus neurocognitive ou neuro-développementale de son rapport au monde : l'instrumentalisation au sens de Bullinger particulière (praxies, schéma corporel et organisation spatio-temporelle du corps propre, qualité tonico-posturale, qualité du geste, sensori-motricité, etc.) pour un individu donné. Mieux peut-être, c'est le lieu **carrefour d'articulation même de cette double dimension induite par notre corporéité** : à la fois au pôle psychique et au pôle neuromoteur inextricablement tressés ensemble***»²⁵

L'examen psychomoteur repose donc sur l'exploration de divers éléments relatifs à la psychomotricité du sujet, notamment la latéralité, les coordinations-dissociations, les orientations et structurations temporelles et spatiales, les motricités : globale et fine, le schéma corporel, le tonus. C'est par la **mise en lien** de ces divers éléments, entre eux et avec des éclairages tant neurologiques que psychologiques et psychiatriques, que le psychomotricien appréhende l'organisation globale du sujet en relation.

L'appréhension de la psychomotricité du sujet permettra de définir les **objectifs, le projet de soin** du patient en psychomotricité, et de les adapter en cours de suivi. De plus, cela donnera les premiers indices permettant au professionnel de **s'ajuster** au patient dans une relation thérapeutique.

²⁴ JOLY F. in JOLY F. et BERTHOZ A. *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* ; Volume 4 : « Développement corporel et relation à autrui : [actes du] colloque 1er et 2 juillet 2010 en hommage à J. de Ajuriaguerra », Papyrus, 2013, p 247

²⁵ Idem

2. Spécificités auprès de patients souffrant de glioblastome

Nous pouvons nous questionner quant à la situation particulière des patients souffrant de glioblastome.

Intérêt du bilan psychomoteur pour le patient souffrant de glioblastome

Les patients atteints de glioblastomes ont une durée moyenne de séjour de trente-six jours. Nous pouvons rencontrer des patients très anxieux, déprimés, encore sous le choc de l'annonce de leur diagnostic. La courte durée de séjour, le bouleversement émotionnel du patient ou l'engagement de son pronostic vital à moyen, voire court terme, peuvent parfois donner l'impression qu'il y a urgence à « agir ». A ce moment-là, la pertinence de l'examen psychomoteur se pose, celui-ci pouvant être vécu, par le psychomotricien, comme une « perte de temps ».

Pouvons-nous, alors, rendre un examen psychomoteur thérapeutique ?

Dans son livre *Développement et examen psychomoteur de l'enfant*, Huguette Bucher expose son point de vue de l'examen psychomoteur, qui bien que concernant les enfants, peut faire écho à la pratique de la psychomotricité auprès de patients atteints de glioblastomes :

*« L'examen psychomoteur présenté ici comme instrument de médiation, d'observation et d'analyse, cherche à concilier une pratique qui utilise les instruments, le langage, les concepts qui nous sont spécifiques, dans une démarche qui laisse à l'enfant une grande « liberté d'être » et qui tient compte, à tout moment, non seulement des réponses apportées à nos demandes, mais aussi de la dialectique relationnelle qui s'institue. »*²⁶

La notion de « **liberté d'être** » est loin d'être anodine, particulièrement pour le patient hospitalisé et atteint de maladie grave qui est soumis aux rythmes du service, des traitements, et à l'évolution de sa maladie qu'il ne peut contrôler. Nous rencontrons fréquemment des patients qui se montrent surpris lorsque nous leur proposons de faire des choix. Ils peuvent alors répondre : « *Comme vous voulez* », ou encore : « *Je ne sais plus faire de choix*. ». Le psychomotricien recherche donc d'ores et déjà, par sa **posture dans la relation** à faire émerger cette liberté d'être. Il s'attache, dès lors, à introduire les notions de « personne », de « globalité » qui se retrouvent également dans la définition des soins palliatifs.

Nous développerons par la suite, ce qui, dans la posture du psychomotricien, peut contribuer à laisser au patient, cet espace de liberté, mais néanmoins rassurant, contenant.

Le bilan psychomoteur constitue aussi un moment majeur de la prise en soin, puisque c'est dans ce cadre que commence à s'instaurer la relation entre le patient et le soignant.

En outre, selon Isabelle Marcos, dans le contexte particulier des soins palliatifs, « *L'évaluation psychomotrice n'effectue pas un bilan étalonné des capacités perdues, mais*

²⁶ BUCHER H. *Développement et examen psychomoteur de l'enfant*, Masson, 2004, p 48

*explore les **capacités maintenues**, car elles servent d'**appuis dynamiques internes** à la personne malade.²⁷ »*

Les compétences et l'organisation psychomotrices sont donc à évaluer afin d'être valorisées, et constituent, non seulement des bases pour un suivi en psychomotricité, mais aussi des appuis, des ressources utilisables par la personne soignée.

A partir de notre connaissance de la pathologie, il pourrait être intéressant d'établir les **bases d'une grille d'observation** des patients souffrant de glioblastome, pour l'adapter ensuite, en fonction de la singularité de chaque personne.

Bases d'une grille d'observation du patient souffrant de glioblastome

Le psychomotricien doit être attentif à différents aspects lors de la rencontre avec un patient atteint de glioblastome :

L'environnement, l'ambiance de la chambre

En entrant dans la chambre, **lieu de vie actuel du patient**, plusieurs questions peuvent se poser : Trouve-t-on des effets personnels (nourriture, produits de toilettes, plantes, poste de radio), des signes de dépendance (canne, change) ? Entend-on les sons de la télévision, de la musique, les bruits du couloir ou de l'extérieur ? Se dégage-t-il une odeur particulière ? Cette chambre est-elle plutôt sombre ou lumineuse ? Quelle température fait-il ?

En éveillant ses sens dès son entrée dans la chambre, le psychomotricien peut trouver des indices concernant, non seulement, l'**investissement** de sa chambre par le patient, mais aussi, l'**atmosphère**, dans laquelle ce dernier passe la majeure partie de son temps.

Il peut être intéressant de se renseigner quant aux habitudes, et au mode de vie antérieurs du patient. Ceux-ci peuvent constituer des repères concernant ses centres d'intérêts, et ses besoins potentiels. Aussi, mis en lien avec le lieu de vie actuel, ils peuvent influencer, entre autres, le rapport au temps et à l'espace de la personne soignée.

Le rapport au temps et à l'espace, ainsi que la mémoire (principalement à court terme, et épisodique, mais aussi sémantique) sont à évaluer. Une désorientation temporo-spatiale, et des troubles mnésiques, surviennent fréquemment chez le patient atteint de glioblastome, plus ou moins précocement en fonction notamment de la localisation de la tumeur. Ces troubles peuvent induire une anxiété qu'il faudra palier notamment par la mise en place de repères.

Le psychomotricien tiendra également compte des **rythmes propres au patient** (respiratoire, alternance veille/ sommeil, ...), et de la manière dont est constitué son quotidien : les journées sont-elles uniquement rythmées par ce qui a trait à la maladie, la dépendance ? Le patient

²⁷ MARCOS I. « Psychomotricité en soins palliatifs » *Revue Internationale de Soins Palliatifs*, n° 2, volume 27, juin 2012

s'aménage-t-il des temps de loisirs (lectures, télévision), de relations avec ses proches (visites, téléphone) ? Comment s'adapte-t-il aux rythmes que lui impose le service ?

Comment investit-il l'espace ? Se promène-t-il dans le couloir, apprécie-t-il de se rendre dans le petit salon, dans le jardin ? Ces déplacements sont également en lien avec les capacités de **motricité globale** de la personne.

La motricité fine de la personne soignée est aussi évaluée.

Les **praxies** (idéatoires, idéomotrices, mélokinétiques), mais aussi les **coordinations bi-manuelles** et **oculo-manuelles** peuvent être observées via des épreuves spécifiques et au moment d'une situation de vie quotidienne : le repas par exemple. Il est alors intéressant d'observer de quelle manière la personne s'organise. De même, la **latéralité** est à considérer chez la personne souffrant de glioblastome. L'hémi-parésie ou l'hémiplégie qui peut survenir sera d'autant plus handicapante, qu'elle atteindra le côté dominant.

Le schéma corporel et l'image du corps

Ils sont à évaluer tout au long de l'examen psychomoteur, pendant et entre les différents items. L'épreuve de reconnaissance des différentes parties (somatognosies) s'avère souvent intéressante. En effet, le fait que le patient désigne différentes parties de son corps peut donner lieu à des gestuelles particulières, des mimiques, des commentaires, et nous informer quant à leur investissement.

« Cette hanche m'a fait des misères »,

déplore Monsieur B, en montrant sa hanche, du côté de la jambe parétique.

Il nous explique alors qu'il a récemment chuté, du fait de ses « problèmes de hanche » mais n'établit pas de lien avec la maladie.

Les perceptions tactiles, visuelles, auditives, olfactives et gustatives, qui influencent et sont influencées par le schéma corporel sont à considérer. L'identification des canaux sensoriels privilégiés peut permettre au psychomotricien mais aussi au restant de l'équipe soignante, de s'adapter dans les propositions.

Chez le patient souffrant de glioblastome, étant donnée l'hémi-parésie fréquente, les perceptions tactiles des deux hémicorps sont souvent différentes. Parfois, cette modification de perceptions atteint surtout la jambe ou le bras d'un côté du corps.

Le psychomotricien peut interroger le patient quant à son **vécu corporel**, passé et présent.

En ce qui concerne ses expériences corporelles :

« Quelles sont les activités physiques ou sportives que vous avez pratiquées ? Avez-vous déjà eu des expériences de relaxation, de massage ? Avez-vous des stratégies pour vous détendre, vous relaxer ? Appréciez-vous de prendre des bains ? »

Les réponses du patient à ces interrogations peuvent notamment orienter le psychomotricien vers le choix d'une médiation. En outre, cet échange indique au patient les intérêts spécifiques de ce professionnel. Cela peut aider la personne soignée à se représenter les missions du psychomotricien, les demandes qu'elle peut formuler.

En ce qui concerne l'histoire de la maladie :

« *Qu'est-ce qui vous est arrivé ? Qu'est-ce qui vous amène ?* »

Ces questions ouvertes, donnent une large possibilité de réponses. Il peut être intéressant de noter ce que le patient répond prioritairement, sans forcément approfondir la réponse à ces questions. Les paroles de la personne soignée peuvent illustrer sa compréhension et sa représentation actuelles de la maladie, mais aussi faire écho à ses **ressentis et besoins**, au **moment présent**.

Le psychomotricien s'intéresse également aux symptômes liés à la pathologie et pouvant impacter l'image du corps du patient:

« *Ressentez-vous des douleurs ? Parfois ? En ce moment ? A quel endroit du corps ? Dans quel contexte ?* »

« *Ressentez-vous une gêne, un changement dans certaines parties du corps ?* »

« *Y a-t-il des choses que vous ne pouvez plus faire ? En quoi cela vous gêne-t-il ? Avez-vous mis des moyens en place pour y remédier ?* »

Les **stratégies de compensation** instaurées par le patient peuvent lui être demandées oralement, mais sont aussi à observer, tout au long du bilan.

En ce qui concerne le vécu de l'hospitalisation, la perte d'indépendance :

« *Comment se passent les repas, la toilette ?* »

Ceci peut permettre aux personnes soignées d'aborder les problèmes liés à la dépendance, la pudeur, qui peuvent aussi fortement impacter leur représentation du corps. S'il s'agit parfois d'être « seulement » à l'écoute de ces plaintes, certaines paroles formulées dans cet espace, peuvent être ensuite transmises aux équipes soignantes.

Cet entretien autour de **l'histoire de vie** et du **vécu de l'hospitalisation** peut constituer une amorce à la rencontre. Il ne s'agit pas, pour le psychomotricien, d'analyser les dires du patient, mais par sa **posture**, il se montre présent, à l'écoute, et laisse au patient un espace pour s'exprimer.

Le tonus :

Le patient souffrant de glioblastome est très fréquemment atteint d'une hémiplégie d'installation progressive. De fait, la différence de tonus entre les membres du « côté atteint » et ceux du « côté sain » tend à s'accroître avec **l'évolution de la maladie**.

Nous tiendrons compte également du lien établi par Wallon entre tonus et **émotions**. Ainsi, des paratonies ou une hypertonie de fond peuvent par exemple être mises en lien avec une

anxiété latente, ou une volonté possible de garder la maîtrise. Elles doivent, bien sûr, être considérées relativement au fond tonique singulier du patient. Cependant, le patient n'étant pas connu du psychomotricien, avant le diagnostic de sa pathologie, il est très difficile, lors de l'examen psychomoteur initial, de faire la part entre ce qui relève d'une réaction face à la maladie, et ce qui dépend du fond tonique habituel de la personne, de son identité.

Evaluer le tonus lors de l'examen psychomoteur, permet tout de même, par la suite, d'être attentif aux évolutions au cours de la prise en soin, qui pourront être liées à l'avancée de la pathologie, et/ou à des modifications au niveau émotionnel. Le psychomotricien observera donc le **tonus de fond**, dans l'extensibilité (degré d'allongement d'un muscle, et ouverture d'une articulation) et dans le ballant (capacité à détendre) des membres. Il sera également attentif au **tonus postural** (en demandant au patient de se tenir assis dans son lit, par exemple) ainsi qu'au **tonus d'action** (les échanges de ballon peuvent contribuer à cette évaluation).

Nous pouvons également demander au patient **de quelle manière il perçoit son tonus** : se sent-il plutôt tendu, ou détendu ? Comment vit-il ce ressenti ?

Le maintien de l'**équilibre** (uni- et bi-podal, yeux ouverts ou fermés) est aussi en lien avec la régulation tonique. Les troubles de l'équilibre peuvent constituer un signe neurologique déficitaire en lien avec le glioblastome.

Aussi, le tonus de la personne soignée est à mettre en lien avec sa **posture**.

La manière dont le patient est installé, ainsi que sa posture sont à prendre en compte lors de l'examen psychomoteur. Cette observation peut constituer une base, permettant de noter une éventuelle évolution. Aussi, couplée à d'autres informations, elle peut renseigner quant à l'identité de la personne ou encore au vécu actuel de sa pathologie.

Lorsque nous rencontrons Monsieur B., ancien charpentier, il est assis, dans une posture engagée, le buste en avant, et le poing gauche sur le flan.

Il se dit en colère contre un médecin qui décrivait sa cicatrice au niveau du crâne, comme une « belle cicatrice ».

Sa posture évoque l'action : action en lien avec sa colère, sa lutte contre la pathologie ? Action dans laquelle il a toujours été, de par son métier, et ses activités physiques ?

L'observation de la **posture**, mais aussi de la **gestuelle, des mimiques** est primordiale, particulièrement dans les situations où la communication est altérée. L'aphasie étant, en effet, un des signes neurologiques déficitaires possibles, en lien avec le glioblastome. Elle peut, en outre, être associée à une apraxie ou une agnosie. Cette aphasie peut être la source d'une grande souffrance pour le patient atteint de glioblastome qui ne peut plus, dès lors, communiquer comme il le souhaite avec ses proches, leur faire passer certains messages. Nous observons donc la **dynamique** de la personne **dans la communication**, ses capacités à

se placer comme émetteur et comme récepteur d'un message, ses difficultés et les stratégies compensatoires qu'elle a mises en place.

Il s'agira alors de s'appuyer sur les capacités restantes du patient, de **soutenir les stratégies compensatoires** efficaces pour trouver, avec le patient, des outils facilitant la communication, et de **soutenir l'envie d'être en relation**. Le psychomotricien cherche ainsi à garantir au patient une place de sujet, participatif et non soumis à un savoir soignant.

Le **tonus et la posture** sont donc des notions **complexes** dépendantes de **multiples facteurs**. Chez le patient souffrant de glioblastome, elles peuvent notamment être mises en lien avec l'identité de la personne soignée, ses émotions dans l'instant présent, le vécu de sa pathologie et l'évolution de celle-ci. Tonus et posture sont en outre constitutifs de la communication non verbale du sujet. C'est pourquoi, nous développerons plus précisément ces notions en deuxième partie de cet écrit.

L'examen psychomoteur, réalisé sur **prescription médicale**, correspond avant tout à un **espace de rencontre** entre le patient et le professionnel, espace dans lequel le patient est écouté, libre de s'exprimer dans son langage corporel et psychique. Catherine Potel dépasse cette idée en définissant le bilan psychomoteur comme un « *catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, émotionnelles (...)* La rencontre se fait alors véritable « *chambre d'écho* » des éprouvés sensoriels et sensori-moteurs du patient. »²⁸

Nous pouvons penser que pour qu'une telle rencontre donne lieu à un phénomène « d'écho » des éprouvés du patient et « catalyse » ses réactions, il est nécessaire que le psychomotricien **s'implique** dans la relation.

²⁸ POTEL C. *Etre psychomotricien*, Eres 2010 ; p 235

3. *Posture impliquée* du psychomotricien dans l'observation, et dans l'adaptation du bilan psychomoteur

L'examen psychomoteur se caractérise par cette **souplesse** qui permet au psychomotricien de l'adapter en fonction de **ce qu'il perçoit du patient**.

*« Les épreuves ont leur utilité, comme médiation possible pour un questionnement qui se voudrait précis. Mais elles ne doivent à aucun moment nous emprisonner dans leurs règles. Car les réponses apportées aux questions que nous posons sont rarement pures. Elles nous arrivent entachées (enrichies ?) de tout un vécu subjectif qui bien souvent en modifie l'expression. »*²⁹ écrit Catherine Potel.

Pour cette auteure, l'observation subjective du psychomotricien enrichit les épreuves et tests cotés. Elle permet d'appréhender l'organisation globale du sujet, et ainsi, de donner sens aux résultats de ces épreuves.

Pour Jean-Michel Albaret et Régis Soppelsa :

*« Selon l'âge du sujet et ses capacités, le motif de l'examen et les signes d'appels, l'examen psychomoteur se construit autour de diverses situations, standardisées (tests) ou non, permettant de recueillir des données quantitatives et qualitatives sur la mise en action finalisée et ses entraves. L'examen psychomoteur s'intéresse aux différents processus et mécanismes qui (dés)organisent la motricité intentionnelle et en influencent sa réalisation, ainsi que le contrôle de son exécution »*³⁰

L'examen psychomoteur peut donc se constituer de tests cotés et d'autres épreuves uniquement soumises à l'observation subjective du psychomotricien. Il peut même se construire uniquement autour de situations, sans inclure de test, de cotation.

Le psychomotricien adapte notamment l'examen psychomoteur, à la **demande, aux besoins de la personne soignée**. Sa durée, peut varier en fonction de la fatigabilité de cette personne. Le psychomotricien adapte aussi le choix des items, leur ordre, en fonction de ce qu'il perçoit comme possible pour le patient, intéressant vis-à-vis de sa situation.

De manière plus objective, l'examen psychomoteur est à adapter en fonction du **projet de soins** de la personne, défini en équipe pluridisciplinaire, et de **l'indication de psychomotricité** qui a été prescrite par le médecin. Notons cependant que parfois, les observations du psychomotricien se dirigent vers d'autres besoins que ceux initialement identifiés par le médecin. Il peut alors être particulièrement riche d'échanger à propos des indications perçues par différents soignants, concernant un même patient.

²⁹ Idem

³⁰ Albaret J.M. et Soppelsa R. « L'examen psychomoteur ou la mesure de l'action » in POTEL C. *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p 236

Il est aussi intéressant de noter de qui émane la demande : Est-ce du médecin, du patient, d'un soignant, de l'équipe ? Nous pouvons nous questionner : s'agit-il d'une évaluation en tant que telle ou d'un préalable à l'élaboration d'un cadre de soin ?

La conclusion de l'examen psychomoteur peut en effet donner lieu à l'établissement d'**objectifs de soins** en psychomotricité, qui s'intègrent au **projet de soin** de la personne, établi en équipe pluridisciplinaire.

L'idée même **d'adaptation de l'examen psychomoteur**, en fonction de ce que le psychomotricien **perçoit** du patient, induit une *posture impliquée* de ce dernier.

Catherine Potel affirme en effet : « *l'objectivité absolue de l'évaluateur ne peut se substituer à une subjectivité avertie et aiguisée, celle qui anime le clinicien et qui se doit d'être tout aussi rigoureuse* »³¹

Le psychomotricien se doit **d'affiner son sens de l'observation clinique**, mais aussi ses propres repères corporels afin d'appréhender au mieux la réalité du patient. Il assume donc **une part de subjectivité** inhérente à l'examen psychomoteur.

De fait, auprès de patients souffrant de glioblastome, serait-il plus juste de parler de bilan, d'examen psychomoteur, d'évaluation, d'observation psychomotrice ?

Le bilan se définit comme l' « *Inventaire général des éléments d'une situation* »³² En médecine, peuvent se réaliser des bilans métaboliques, alimentaires, urinaires, ...

Notons qu'il s'agit bien du terme de « bilan psychomoteur » qui est employé dans le décret de compétences.³³

L'examen correspond plutôt à une « *Observation attentive, minutieuse* »³⁴. En parlant d'une personne, il s'agit de l' « *Action de regarder quelqu'un d'une manière attentive, critique, pour se faire une opinion à son sujet* »³⁵, ou, en terme médical : « *Ensemble d'observations faites par divers moyens (...) qui fournissent des informations sur l'état de santé d'une personne.* »³⁶

Le terme d'évaluation qualifie une « *Mesure, à l'aide de critères déterminés, des acquis* »³⁷.

³¹ POTE C. *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p 235

³² Idem.

³³ Cf. Annexe n°3

³⁴ JEUGE-MAYNART I. *Le petit Larousse illustré*, Edition 2013

³⁵ Article en ligne

³⁶ Idem.

³⁷ Op. Cit. JEUGE-MAYNART I.

L'observation se définit comme l' « *Action de regarder attentivement les êtres, les choses, les événements pour les étudier, en tirer les conclusions.* »

En médecine, il s'agit de la « *Surveillance d'un malade pendant un temps donné, pour préciser le diagnostic ou vérifier l'évolution de son état* »³⁸

Selon le psychomotricien Franck Pitteri « *Une observation est une compréhension du sujet sans cliver l'évaluation des éléments fonctionnels et relationnels* »³⁹

Auprès des patients souffrant de glioblastome notamment, l'examen psychomoteur n'a pas d'objectif diagnostique.

Cependant, la définition de l'observation proposée par Pitteri, rappelle non seulement les propos de Fabien Joly concernant l'appréhension de la psychomotricité du sujet⁴⁰, mais fait aussi écho à la pratique de l'examen psychomoteur auprès de ces personnes. Le terme d' « **observation** », défini ainsi, serait donc approprié.

Selon Catherine Potel,

« *Ce sens de l'observation, ce regard sur les signes du corps, s'acquièrent avec l'expérience bien sûr, et font partie des outils du psychomotricien acquis au cours de sa formation. Son **action thérapeutique** (...) se situe non seulement dans les interactions motrices mais également dans **l'observation et l'écoute du corps en relation*** »⁴¹

Ainsi, lors de l'examen psychomoteur, le psychomotricien, en étant présent à l'autre, en cherchant à mettre du sens sur les éprouvés corporels, peut déjà avoir une action thérapeutique. Cette citation fait écho à la **posture impliquée** du psychomotricien **dès l'examen psychomoteur** :

Posture impliquée qui permet les « *interactions motrices* ».

Posture impliquée qui permet également « *l'observation et l'écoute du corps en relation* ».

Le psychomotricien s'implique, pour pouvoir ensuite, en **s'appuyant sur ses propres éprouvés**, faire émaner des éléments d'observation.

Son sens clinique peut donc s'affiner, non seulement avec l'expérience, mais aussi par l'exercice d'une pratique corporelle permettant une prise de conscience de ses perceptions, une présence à ce qu'il perçoit.

A la fin de l'examen psychomoteur, le psychomotricien transmet ses informations aux autres soignants. Ces transmissions, écrites et orales, ont plusieurs fonctions.

Le **partage des regards** des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire peut permettre à cette équipe de **faire des liens**, d'avoir une vision plus globale du patient. Le

³⁸ Idem.

³⁹ Op. Cit. POTEL C., p 240

⁴⁰ Cf. p 27

⁴¹ Op. cit. POTEL C., p 287

psychomotricien considère tout particulièrement **le rapport du sujet à son corps, ainsi que l'engagement de son corps dans sa relation à soi, à l'autre, à l'environnement.**

La réalisation d'un **compte rendu détaillé** permet au psychomotricien de partager son travail et la qualité de ses observations. En outre, si au terme de la rencontre, le suivi en psychomotricité paraît pertinent pour le patient, il s'agit de définir, dans cet écrit, les **objectifs** et les priorités de la prise en soins.

Enfin, la **mise en récit** permet au psychomotricien de prendre du recul par rapport à la situation vécue, de mettre en lien des éléments qu'il a observés avec la situation particulière du patient. Cette étape peut aussi l'aider à mettre du sens sur ce qu'il a perçu, sur ses propres éprouvés corporels. Impliqué, le psychomotricien peut en effet se demander, afin de le prendre en compte : « Qu'est-ce que ce patient a suscité en moi ? ».

C'est notamment cette présence à lui-même et cette prise de recul par rapport à ses éprouvés, qui permettront au psychomotricien de **s'engager, de s'impliquer** dans un **dialogue tonico-émotionnel** avec la personne soignée.

II. *Posture impliquée* dans le dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient souffrant de glioblastome

Comme nous l'avons vu précédemment, la *posture impliquée* du psychomotricien permet son engagement dans un dialogue tonico-émotionnel avec le patient, lors du bilan psychomoteur, mais aussi, par la suite, tout au long de la prise en soins.

Nous allons, dans cette seconde partie, définir tout d'abord les notions de « tonus » et de « dialogue tonico-émotionnel ». Puis, nous mènerons une réflexion quant aux enjeux du dialogue tonico-émotionnel, pour le psychomotricien, et pour le patient souffrant de glioblastome.

Le choix de traiter les enjeux de cette relation dans deux parties distinctes : l'une consacrée au patient, l'autre au soignant, a pour objectif de faciliter la compréhension de notre propos. Il ne s'agit aucunement de négliger à quel point ces enjeux, de part et d'autre, sont intriqués et interdépendants.

A. Le dialogue tonico-émotionnel entre le patient atteint de glioblastome et le psychomotricien

Selon Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval : « *Le tonus constitue le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement et se trouve en cela au carrefour du psychique et du somatique.* »⁴²

Ces auteures mettent en lien les notions de tonus et de posture. Le tonus, dépendant d'éléments physiologiques et émotionnels, influence la posture, dans la relation à soi, à l'autre et à l'environnement. Nous allons tenter d'illustrer cette citation, en revenant tout d'abord sur la physiologie du tonus musculaire, pour le réintégrer ensuite à l'idée de corps en relation, et le mettre en lien avec la notion de dialogue tonico-émotionnel.

1. Physiologie du tonus musculaire

Le mot « tonus » provient du grec « tonos » qui signifie : « tension ».

« *Le tonus d'un muscle est la réaction du muscle à son propre étirement ou la sensibilité du muscle à son propre étirement.*

*C'est un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent (Vulpian, 1874)»*⁴³

Le tonus musculaire dépend notamment du **réflexe myotatique**.

Le réflexe myotatique :

Le réflexe myotatique correspond à la contraction du muscle en réponse à son propre étirement.

Plus précisément, lors de l'étirement du muscle, le fuseau neuromusculaire, qui se trouve à l'intérieur de la fibre musculaire, envoie un message au motoneurone α qui déclenche une contraction musculaire. Les fuseaux neuromusculaires peuvent envoyer au cerveau des informations d'ordre statique (codant l'état d'allongement des muscles et permettant de connaître la position de notre corps), et dynamique (précisant la direction, la vitesse et l'arrêt du mouvement)

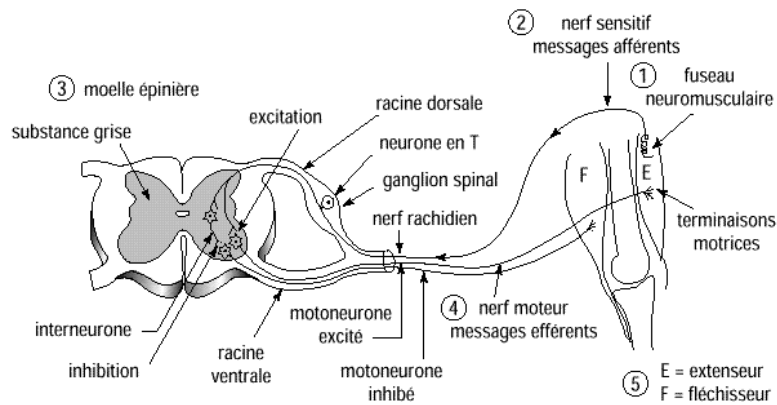
Ce réflexe disparaît en cas de section de la racine postérieure de la moelle épinière.

Parallèlement au réflexe myotatique, se produit un phénomène d'inhibition réciproque, lié à l'action d'un interneurone inhibiteur. Celui-ci inhibe donc la contraction du muscle antagoniste à celui contracté par réflexe myotatique.

Par exemple : en cas de contraction d'un muscle extenseur par réflexe myotatique, l'interneurone inhibe la contraction du muscle fléchisseur antagoniste.

⁴² Op. Cit. ROBERT-OUVRET S. et SERVANT-LAVAL A. p 145.

⁴³ Idem.



Le réflexe myotatique inverse

Le réflexe myotatique inverse protège le muscle, évitant sa rupture lorsque la pression exercée est trop forte. Les organes tendineux de Golgi détectent la forte contraction musculaire, et envoient l'information au niveau de la moelle épinière. Cela induit l'inhibition du motoneurone α et de fait, la relaxation musculaire.

Le circuit de Renshaw

L'interneurone inhibiteur de Renshaw est situé dans la corne postérieure de la moelle épinière. Sous contrôle cortical, il intervient, au moment d'une contraction, dans le contact entre le motoneurone alpha et la fibre neuromusculaire. Il s'agit donc d'une collatérale du motoneurone α qui va toujours dans le sens d'une diminution du tonus musculaire.

Le circuit de Renshaw et le réflexe myotatique inverse constituent donc deux systèmes de protection, évitant notamment la déchirure musculaire, en cas d'effort violent.

La boucle gamma

La boucle gamma est un système de contrôle myotatique qui intervient dans les moments de **préparation à l'action**.

Des afférences corticales, en provenance du système nerveux central, aux niveaux réticulaires et cérébelleux, stimulent les motoneurons γ dynamiques et γ statiques. Cela induit un étirement des fuseaux neuromusculaires, (sans étirement du muscle). Ces derniers transmettent l'information au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière et il se produit un **réflexe myotatique**, dont **l'origine est corticale et non musculaire**.

La proprioception

Selon Alain Berthoz, « *Les états toniques, la position et les mouvements de l'organisme sont signalés au système nerveux central par la sensibilité profonde, la sensibilité proprioceptive ou proprioception. La proprioception c'est le sens musculaire, le sens du corps dans l'espace* »⁴⁴

⁴⁴ Ibid. p 146

La proprioception nous permet d'ajuster notre tonus. Cet ajustement peut être conscient, ou non. Les capteurs proprioceptifs se situent notamment aux niveaux articulaire, musculaire, et des fuseaux neuromusculaires, mais la proprioception est un système sensoriel complexe dépendant aussi de récepteurs cutanés, de la vue, du système vestibulaire, et d'afférences psycho-émotionnelles.

Le tonus musculaire est donc sous influence, non seulement d'une **activité réflexe** au niveau **musculaire** (réflexe myotatique), et d'une activité **corticale**, mais aussi de la **sensibilité proprioceptive**, de **l'activité hormonale** (la testostérone, ou la chute des œstrogènes au moment des règles font augmenter le tonus), et de « **toutes les activités olfactives, gustatives, tactiles.** »⁴⁵ Il varie également, avec les rythmes biologiques, aux différents moments de la journée.

Le tonus musculaire est une notion **complexe** propre à chaque individu, et variable dans le temps.

A sa naissance, notons l'immaturation du contrôle tonique du bébé qu'il va progressivement acquérir, parallèlement aux premières acquisitions psychomotrices. En effet, dès les premiers temps de vie, le tonus est lié à la fois aux données neurophysiologiques et environnementales, relationnelles.

⁴⁵ Ibid. p 150

2. Maturation du contrôle tonique et développement psychomoteur

Julian De Ajuriaguerra distingue trois étapes, dans le développement psychomoteur de l'enfant, qu'il met en lien avec l'évolution du contrôle tonique.

Le corps vécu : de 0 à 3 ans

« La tonicité de l'enfant est organisée de façon **bipolaire** : l'enfant est dans une hypertonicité lorsqu'il est en état de besoin et en hypotonie en état de satisfaction des besoins »⁴⁶.

De fait, le contrôle tonique ne dépend pas directement de l'enfant, mais de son **entourage**, des personnes qui prennent soin de lui. L'apaisement, et donc la diminution du tonus est permise par la satisfaction du besoin (nourrissage, par exemple).

Aussi, au niveau physiologique, le contrôle tonique est fonction de la **maturation de la commande nerveuse**, qui évolue dans les sens céphalo-caudal et proximo-distal. Le nourrisson, passe d'une situation d'hypotonie de l'axe et hypertonie des membres en flexion, à une augmentation du tonus d'extension au niveau du tronc associée au relâchement des muscles fléchisseurs au niveau des membres.

Progressivement, l'enfant sort de cette bipolarité du tonus, mais aussi de la « *bipolarité émotionnelle primaire* »⁴⁷ : Les réponses de son entourage vont lui permettre de gérer la frustration, l'absence, de se vivre comme une personne globale, et ainsi, de globaliser ses tensions, ses sentiments, ses représentations opposées, dans une même enveloppe psychique, unifiée.

Le corps perçu : de 3 à 6 ans

« Le contrôle tonique est associé à la structuration perceptive. »⁴⁸

L'enfant apprend à réguler son tonus au fur et à mesure des expériences perceptivo-motrices qu'il réalise. Il intègre ce qui perdure de sa motricité primaire impulsive, pour le mettre au service de la relation.

A partir de quatre ou cinq ans, l'enfant peut se détendre volontairement, et momentanément se couper des stimulations extérieures pour porter son attention sur son corps propre.

Le corps représenté : de 6 à 12 ans

L'enfant acquiert une « image du corps opératoire » : il peut se représenter mentalement son corps réel, globalement et dans ses différentes parties. Cela lui permet de contrôler son corps, sa tonicité, de manière globale et segmentaire, mais aussi d'organiser le temps et l'espace extérieur, d'intégrer des praxies, et d'accéder à des apprentissages.

« Pour Ajuriaguerra (1972) les trois processus que sont la structure motrice, la tonicité et la proprioceptivité sont intimement associés et agissent dans un mouvement évolutif. Ils sont de la première importance pour avoir un **premier sentiment de soi**, car ils perdurent toute la vie

⁴⁶ Op. Cit. ROBERT-OUVRET S. et SERVANT-LAVAL A. p 151

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Ibid. p 152

*comme soubassement de notre organisation corporelle, soutien de notre psychisme. Ils sont à la base du sentiment de vivre inconscient et de la conscience de soi. »*⁴⁹

Ajuriaguerra souligne l'intrication entre tonus, motricité et proprioception, ainsi que leur rôle majeur dans le sentiment de soi, dès les premiers instants, et durant toute la vie du sujet.

Plus récemment, André Bullinger a mis en lien le processus d'individuation, avec la construction de l'axe sous-tendu par le développement postural et la régulation tonique.

Développement postural et régulation tonique, selon André Bullinger

Dans son ouvrage *« Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars »*, André Bullinger expose ses hypothèses concernant la régulation tonique chez l'enfant.

Avant la naissance, il note que l'enceinte utérine impose au fœtus une position en flexion. Le fœtus, quant à lui, s'ajuste au niveau tonique, dans un schéma d'extension permettant un appui contre la paroi utérine.⁵⁰

*« Après la naissance, le schéma d'extension doit trouver un appui contenant »*⁵¹, affirme l'auteur. La première partie du développement postural consisterait donc en la recherche d'un schéma d'enroulement assurant un équilibre entre flexion et extension, indépendant d'appuis extérieurs à l'organisme.

Le bébé dispose alors de quelques postures constituant un répertoire de base, parmi lesquelles : la posture symétrique (avec hypotonie du tronc et hypertonie des membres) et la posture asymétrique (ou posture de l'escrimeur, correspondant au réflexe tonique asymétrique du cou). Ces postures constituent des états d'équilibre autour desquelles le bébé s'organise. Elles déterminent des espaces droits et gauches, éprouvés d'abord comme disjoints. Avant que le bébé n'accède à la rotation du buste, c'est la zone orale qui fait lien entre ces deux espaces. Par des conduites de flexion, redressement, rotation, le bébé acquiert progressivement le contrôle du buste. Ces conduites correspondent au **développement postural** dans les premiers mois de vie du bébé. De fait, elles servent de points d'appuis permettant au bébé de contrôler les échanges avec son milieu.

Selon Bullinger, les différents mécanismes qui influencent la régulation tonique sont : le niveau de vigilance, les flux sensoriels : *« ensemble des signaux continus et orientés qui sollicitent les systèmes sensoriels archaïques susceptibles de les recevoir »*⁵², le milieu humain, et les représentations sensorimotrices (qui existent lorsque l'action est engagée et ne sont plus accessibles lorsque l'action cesse).

⁴⁹ Ibid. p 146

⁵⁰ BULLINGER A. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Eres, 2004, p 40

⁵¹ Ibid. p 41

⁵² Ibid. p 81

L'auteur précise : «*Le dialogue avec le **milieu humain** est le **moyen privilégié** de régulation tonique du tout petit* »⁵³. Ce dialogue permettrait en outre de **donner du sens** aux états toniques.

Bullinger ajoute qu'une autre fonction de cette modulation tonique est de rassembler l'organisme et d'en faire un « lieu habité », car investi. Par « *ce double aspect d'une face interne que la modulation du tonus consolide, et d'une face externe où le milieu physique et humain vient s'inscrire et prendre sens pour l'individu* », apparaît une frontière, d'où émane progressivement la subjectivité.

« *L'équilibre sensori-tonique* »⁵⁴ que l'enfant acquiert progressivement aboutit à la construction d'un **axe corporel**, qui favorise les interactions avec le milieu, rendant possible l'équilibre, la marche et les activités instrumentales, ainsi que le processus d'individuation.

Ajuriaguerra et Bullinger soulignent le rôle primordial de la régulation tonique chez le bébé, notamment dans le **processus d'individuation**, et dans le « **sentiment de soi** ». Ils mettent également en évidence l'intrication entre le tonus et les contextes émotionnels, et relationnels dans lesquels se trouve le bébé.

Les fonctions du tonus musculaire sont multiples chez le bébé, mais aussi tout au long de la vie du sujet. Nous pouvons distinguer divers types de tonus, auxquels sont attribuées différentes fonctions.

⁵³ Ibid. p 142

⁵⁴ Ibid. p 143

3. Fonctions du tonus musculaire :

Le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action constituent des types de tonus distincts par leur niveau d'intensité, ainsi que par leurs fonctions, mais néanmoins très intriqués.

Le tonus de fond : La contenance

Le tonus de fond correspond à un état *de* légère tension des muscles, d'origine réflexe. Il est involontaire, permanent, et subsiste même au repos, en dehors de toute activité. Il ne disparaît pas non plus pendant le sommeil.

Il a pour fonction la **cohésion** des différentes parties du corps, soutenant la constitution d'une « *enveloppe tonique* »⁵⁵, et de fait, le sentiment d'unité corporelle. En outre, pour Agnès Servant-Laval, le tonus de fond représente le **substrat de l'affectivité et des émotions**, dans les muscles striés, aussi bien que dans les muscles lisses viscéraux.

Le tonus de fond se caractérise donc par sa permanence, soutenant ainsi l'éprouvé d'**unité**, de contenance. Bien que permanent, le tonus de fond, sous-tendu par les émotions et les affects, varie dans les différents épisodes de la vie.

Le tonus d'action : La base de la motricité

« *Il se définit par la contraction musculaire, dite phasique, permettant l'action et le mouvement, dans un déroulement spatialisé.* »⁵⁶ Le tonus d'action permet la motricité, et de fait, la locomotion, la communication.

Le plus fréquemment, la régulation du tonus d'action est volontaire, cependant, il peut aussi être recruté dans une action réflexe ou automatique.

Le tonus postural : La posture

« *Le tonus postural représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des « mises en formes corporelles » (postures) et de leur équilibre. Il est alors lié à la vigilance et à l'éveil, dans une influence réciproque, intervenant dans la régulation de l'activité perceptive.* »⁵⁷

La régulation du tonus postural est sous commande réflexe, mais peut également être contrôlée volontairement.

Le tonus postural prépare au mouvement : il assure « *un niveau de tension optimum pour l'action et sert, en tant, qu'appui interne (intégré), de préparation à la contraction dite « phasique » du mouvement. L'hypotonicité ou l'hypertonie de posture, par exemple, engendrent un manque de réceptivité proprioceptive ainsi que d'efficacité dans l'action.* »⁵⁸

L'ajustement du tonus postural nous est donc essentiel, non seulement dans la préparation au mouvement, mais aussi dans la qualité de **présence** à nos perceptions.

⁵⁵ Op. Cit. ROBERT-OUVRET S. et SERVANT-LAVAL A, p 155

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ Op. Cit. ROBERT-OUVRET S. et SERVANT-LAVAL A, p 155

⁵⁸ Op. Cit. ROBERT-OUVRET S. et SERVANT-LAVAL A, p 156

« Il représente aussi, avec le tonus de fond, le *substrat de l'affectivité et des émotions* et porte la charge expressive du mouvement »⁵⁹. C'est notamment par l'ajustement de ce tonus postural dans la relation, que peut s'instaurer un **dialogue tonique**.

⁵⁹ Idem.

4. Wallon : le lien entre tonus et émotions

En 1949, Wallon met en évidence le **lien entre le tonus et les émotions**, et souligne son importance dans les interactions mère-nourrisson, origine des comportements émotionnels.

Pour Wallon, « *L'enfant reste des mois et des années sans rien pouvoir satisfaire de ses besoins, sinon par le moyen d'autrui. Leur seul instrument va donc être ce qui le met en rapport avec l'entourage, c'est-à-dire ses propres réactions qui suscitent en autrui des conduites profitables pour lui, et les réactions d'autrui qui annoncent ces conduites ou des conduites contraires.* »⁶⁰

Du fait de la néoténie, de la dépendance du bébé à son environnement, les premières manifestations affectives sont directement liées aux besoins de l'enfant et à la recherche de satisfaction de ses besoins.

« *Les premières manifestations affectives de l'enfant sont liées d'une part à ses fonctions végétatives, et au premier chef, aux fonctions de nutrition (...), d'autre part à des impressions proprioceptives d'origine labyrinthique ou articulaires agréables.* »⁶¹

Wallon lie ces premières manifestations affectives à des réactions d'origines intéroceptives et proprioceptives. Au niveau des réactions d'origine intéroceptive, les premières expériences de rencontre entre le bébé et la mère se font dans une alternance sommeil- hypotonie / faim-hypertonie. L'hypertonie induit une réaction de la mère qui nourrit l'enfant, et le tonus de l'enfant, rassasié, diminue à nouveau. Au niveau des réactions d'origines proprioceptives, nous pouvons par exemple citer l'apaisement tonique lié à l'expérience de bercement.

Selon Wallon, les sensibilités intéroceptives et proprioceptives s'organisent de manière très précoce, précédant la sensibilité extéroceptive, dont la mise en place est plus lente.

Pour Martinet, « *cette sensibilité organique, sous ses deux formes, intéro et proprioceptive, lors même qu'elle est éclipsée par la vie en relation qui donne la prééminence à la sensibilité extéroceptive, ne disparaît jamais complètement et conserve en sourdine son caractère affectif.* »⁶²

Cette sensibilité proprioceptive permet notamment aux adultes d'apprécier les attractions à sensations, ou certaines danses.

Le matelas à eau sur lequel peuvent s'allonger les patients souffrant de glioblastome dans le cadre de la prise en soin en psychomotricité, ou les légers bercements dans les draps proposés à une personne alitée peuvent également induire des perceptions proprioceptives agréables, apaisantes.

⁶⁰ AJURIAGUERRA (De) J. et ANGELERGUES R. « De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : à propos de l'œuvre d'Henri Wallon, in *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1, Papyrus, 2009, p 188

⁶¹ MARTINET M. *Théorie des émotions- Introduction à l'œuvre d'Henri Wallon*, Aubier Montaigne, 1972, p 50

⁶² Ibid. p 51

« Wallon (...), tantôt distingue les deux ordres de sensibilité, intéro et proprioceptive, tantôt regroupe sous le nom de **fonction posturale**, ou *proprio-plastique*, l'ensemble des « réactions que l'organisme exerce sur lui-même et par lesquelles il modifie sa forme, celle de ses organes et jusqu'à ses tissus ou la composition de ses humeurs »⁶³

Dans cette définition nous pouvons entrevoir le caractère **complexe** de la fonction posturale, qui « englobe toutes les réactions toniques, viscérales ou motrices de l'organisme »⁶⁴, mais aussi son caractère modifiable, **ajustable**.

« Essentiellement **fonction d'expression**, fonction plastique, les **émotions** sont une **formation d'origine posturale** et ont pour étoffe le **tonus musculaire** (...) Les disponibilités émotionnelles sont à tout instant en rapport, par l'intermédiaire, du tonus avec les différentes sortes de sensibilité, qui elles-mêmes mesurent et règlent les réactions de l'organisme. »⁶⁵

Chez le bébé, c'est l'émotion (et non l'élaboration d'une pensée dont il n'est pas encore capable), qui, en réapparaissant, suscite une même réaction motrice, une réponse adaptative.

« Dès les premières semaines et dès les premiers jours, écrit Wallon, des enchaînements se constituent d'où surgiront les premières assises de ce qui servira aux relations interindividuelles. Les fonctions d'expression précèdent de loin celles de réalisation. Préludant au langage proprement dit, ce sont elles qui, les premières mettent leur marque sur l'homme, animal essentiellement social. »⁶⁶

Wallon note ici la fonction expressive, communicative de l'expression motrice et tonique de l'enfant, qui constituerait un prélude au langage. Nous retrouvons également, dans la constitution « d'enchaînements » l'idée de dialogue entre l'enfant et son entourage ; idée qui sera reprise par J. de Ajuriaguerra.

⁶³ Ibid. p 53

⁶⁴ Ibid. p 45

⁶⁵ WALLON H, Les origines du caractère chez l'enfant- Quadrigue 1989

⁶⁶ Op. Cit. AJURIAGUERRA (De) J. et ANGELERQUES R.

5. Le dialogue tonico-émotionnel : un fondement de la psychomotricité

En 1962, J. De Ajuriaguerra et René Angelergues écrivent : « *La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tout le développement ultérieur du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur que l'un de nous a appelé le « dialogue tonique ». Ce dialogue tonique, qui **jette le sujet tout entier dans la communication affective**, ne peut avoir, comme instrument à sa mesure, qu'un **instrument total : le corps.** »⁶⁷*

Les auteurs soulignent ici l'importance de la « fusion affective primitive » dans le dialogue tonique, qui constitue un fondement de la communication verbale ultérieure. En outre, ils nomment le « corps » comme « instrument total », comme seul instrument possible de cette forme archaïque de communication.

*« La relation tonique n'est, en effet, qu'expérience du corps, et à l'inverse le corps est le produit vécu de cette expérience tonique. De la psychomotricité comme fonction de relation – au plein sens du terme- Wallon est donc conduit à poser le **corps** comme **instrument de relation**, et c'est comme tel qu'il est primitivement vécu et assimilé par le sujet »⁶⁸*

L'expérience tonique et l'expérience du corps en relation sont donc en constante interaction, s'influencent, se structurent mutuellement. Aussi, la notion de dialogue tonique met en évidence un fondement de la psychomotricité : dès son plus jeune âge le bébé vit et intègre son corps, comme instrument de relation.

En 1985, J. De Ajuriaguerra publie dans le magazine *Enfance*, un article dans lequel il explicite la définition de dialogue tonique.

L'auteur décrit l'évolution des échanges entre la mère et l'enfant liée au développement posturo cinétique du nourrisson. Cette évolution engendre des réactions d'équilibration entraînant de part et d'autre des manifestations émotionnelles qui constituent une base d'échanges entre la mère et l'enfant.

Dans ce même article, Ajuriaguerra souligne la précision de cette notion de dialogue tonique « *Ce que j'appelle dialogue tonique est assez précis. **Cette notion correspond au processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ; l'enfant tenu dans les bras de la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec des postures maternelles ; par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. Maintenir ne veut pas dire état fixe de maintien mais **accommodation réciproque.** »⁶⁹***

⁶⁷ Idem.

⁶⁸ Idem.

⁶⁹ AJURIAGUERRA (De) J. « Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication » in *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 3, Papyrus, 2010, p 314

L'enfant peut changer de posture pour trouver une sensation de bien être ou pour trouver des formes de régulation de la proximité et de la distance. La mère écoute, accompagne cette recherche de confort et s'ajuste. Le bébé peut, lui aussi, réagir à un changement de posture de sa mère, et s'adapter à son tour : le corps de la mère et le corps de l'enfant s'accommodent en permanence.

Parfois, les attitudes du bébé correspondent à des mécanismes innés qui ne traduisent pas un besoin de communiquer, alors que l'adulte va les ressentir comme un signal et y répondre par une accommodation du maintien.

La mère donnant sens aux variations toniques de l'enfant, celui-ci va progressivement utiliser des attitudes ou expressions qui deviennent des signaux intentionnels à partir desquels il attend une réponse de l'adulte.

*« Au cours de ces échanges, celui qui interpelle et celui qui est interpellé s'ouvrent à la communication. »*⁷⁰écrit J. de Ajuriaguerra.

Le dialogue tonique, défini par Ajuriaguerra, correspond donc, à l'origine, au dialogue entre le bébé et la mère (ou objet maternant). Cependant, nous avons vu précédemment qu'y compris à l'âge adulte, le tonus et la posture gardent une dimension expressive. Rappelons que selon Agnès Servant-Laval et Suzanne Robert-Ouvray, le tonus de fond et le tonus postural représentent les substrats de l'affectivité et des émotions.

Peut-on, dès-lors, parler de dialogue tonique, de dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient souffrant de glioblastome ?

⁷⁰ Idem.

6. Le dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient souffrant de glioblastome

Nous pouvons nous demander ce qui perdure, à l'âge adulte, de nos possibilités à nous impliquer dans un dialogue tonique, à écouter l'autre et à lui transmettre une réponse.

Par sa *posture impliquée*, le psychomotricien s'engage consciemment dans un dialogue tonique avec le patient. Mais que peuvent transmettre le patient et le psychomotricien, par leur posture, par le dialogue tonique ?

« Selon Wallon (1942), la **posture** est déterminée par l'organisation tonique spécifique du moment, ou **tonus postural**, lui-même sous-tendu par l'**émotion**. Cependant, la dimension de ressenti de la posture et du mouvement, au quotidien, est en grande partie mise en veilleuse et leurs organisations respectives sont le plus souvent « préenregistrées » dans les automatismes. Cette « perte de contact » avec les sensations internes peut être à l'origine des difficultés de repérage ou d'identification des vécus émotionnels. »⁷¹

En effet, particulièrement chez l'adulte, les dimensions émotionnelles de la posture, du tonus, sont en partie masquées par les automatismes, et habitudes posturales. Plus ces habitudes posturales seront rigides, moins la posture sera sous influence des émotions dans l'instant présent, et ajustable : d'où l'idée d'une « perte de contact » avec les sensations internes.

Le dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient souffrant de glioblastome ne consiste pas forcément en un corps à corps. Il peut s'agir d'un jeu de **postures**, à plus ou moins grande distance, dans lequel le psychomotricien s'**implique** pour recevoir les messages verbaux et non verbaux du patient, les transformer, et s'ajuster, renvoyant alors au patient, ce qu'il perçoit.

Le psychomotricien, par sa formation et sa pratique corporelle, cherche à affiner ses perceptions, et ses repères corporels, afin de trouver une présence à soi, à l'autre, qui lui permettra de donner sens au dialogue tonico-émotionnel dans lequel il est impliqué avec le patient.

De fait : Quels peuvent être les enjeux de ce dialogue tonique, qui «jette le sujet tout entier dans la communication affective », pour le patient souffrant de glioblastome ? Pour le psychomotricien ?

⁷¹ Op. Cit. ROBERT-OUVRET S. et SERVANT-LAVAL A. p 155

B. Les enjeux du dialogue tonico-émotionnel pour le patient atteint de glioblastome

« *Le dialogue tonico-émotionnel est à l'œuvre toute la vie durant. (...) son usage réfléchi, dans des modalités adaptées à l'âge et aux besoins, pourrait participer aux soins.* »⁷² écrit la pédopsychiatre Marie-Françoise Livoir-Petersen.

Bien qu'a priori, en accord avec cette affirmation, nous pouvons nous demander pourquoi et comment parler de dialogue tonico-émotionnel, entre un psychomotricien et un patient souffrant de glioblastome.

Devant la situation de dépendance à laquelle peuvent être confrontés ces patients, nous pourrions établir un parallèle avec la situation du bébé qui dépend de son environnement pour la satisfaction de ses besoins vitaux. Considérons également l'altération possible de la communication par canal verbal liée fréquemment à une aphasie ou à une diminution de la vigilance. De fait, nous pouvons penser que le patient est particulièrement sensible à la communication non verbale, aux inductions tactiles, aux rythmes, au dialogue tonique.

Il semble cependant primordial de considérer que la personne soignée, bien qu'ayant perdu son indépendance, ait pu conserver une certaine **autonomie** : une capacité à identifier ses besoins, et à se fixer soi-même ses propres règles. Cette autonomie se doit d'être respectée et soutenue.

En effet, chaque patient a un vécu qui lui est propre, une représentation du corps qu'il s'est construite, mais qui a pu évoluer avec la maladie.

Selon Isabelle Marcos :

« *Chacun a construit au fil de son histoire une identité, une unité psychomotrice qui nous définissent dans nos repères d'être et d'agir.*

Nous nous matérialisons au monde et nous existons par notre dimension corporelle.

La maladie grave, la douleur qui dure, de brusques changements corporels mais aussi la proximité de la mort induisent une fragilisation globale et d'un point de vue psychomoteur modifient notre image corporelle, nos modes de communication, nos perceptions sensorielles, nos capacités motrices ... »⁷³

Les enjeux du dialogue tonico-émotionnel sont bien sûr différents en fonction des personnes soignées, de leur situation, de leur personnalité, mais nous pouvons néanmoins repérer certains points récurrents chez les patients souffrant de glioblastome.

Ainsi, face à cette « fragilisation » globale qu'induit la maladie, la recherche de soutien de la communication, de l'identité, et du système de pare-excitation peuvent faire partie des objectifs du psychomotricien.

⁷² LIVOIR-PETERSEN M-F. « Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme », *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 157, 2009, p 107

⁷³ MARCOS I. « Corps vécu/ corps réel, redonner du sens quand la vie emmure » *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 129, 2002

1. Soutien de la communication et de l'expression

Monsieur R. est un homme de soixante-et-un ans dont le diagnostic de glioblastome temporal gauche a été posé un an avant notre première rencontre. La maladie a engendré une importante aphasie d'expression, source de grande souffrance pour Monsieur R. ainsi que pour son épouse. En dépit de son aphasie, Monsieur R. cherche à communiquer par canal verbal et s'agace, du fait de ne pas trouver ses mots. Hypertonique, m'apparaissant comme « figé », il n'investit pas son corps comme espace d'expression.

Ses praxies étant conservées, la psychomotricienne et moi proposons un jeu de mimes, impliquant des variations de postures, distances, gestes et mimiques. Monsieur R. investit cette proposition et semble y prendre plaisir.

Il ne s'agit pas alors de trouver un nouveau langage, remplaçant le langage verbal, mais de permettre à Monsieur R. de percevoir qu'il peut encore se placer comme émetteur, et récepteur d'un message : qu'il peut encore communiquer.

Par la suite, Monsieur R. pourra utiliser un classeur de communication mis en place par l'équipe soignante.

La communication se définit par le « processus par lequel une personne émet un message et le transmet à une autre personne qui le reçoit, avec une marge d'erreurs possibles. »⁷⁴

Cette marge d'erreur peut être liée à la manière dont le message a été émis, à celle dont il a été reçu, au canal de communication emprunté ou aux interactions entre ces différents éléments. La communication implique aussi un feed-back du récepteur vers l'émetteur informant sur les modalités de la réception du message, sur ce qui a été compris.

La capacité à communiquer induit donc une possibilité de se placer comme émetteur : produire un message, ou comme récepteur : recevoir un message et produire un feed-back.

Auprès du patient atteint de glioblastome, la communication non verbale peut, dans certains cas, prendre une place essentielle. La maladie engendre parfois une aphasie d'expression ou de compréhension, qui implique une mise en échec des tentatives de communications verbales. Dans d'autres cas, certains patients hypovigilants, ne sont plus en mesure de porter leur attention à la compréhension ou à l'émission des mots : ils restent alors en contact avec leur environnement, par des signaux non verbaux, uniquement. Nous pouvons aussi rencontrer des patients anxieux, et hypervigilants pour qui des gestes brusques, un rythme rapide sont perçus comme violents, et induisent des réponses de repli.

Les postures du psychomotricien et du patient, tout comme leurs mimiques, leurs gestuelles, leurs regards, leurs respirations sont constitutives de leur **communication non verbale**.

Dans le cadre d'une proposition d'inductions tactiles par exemple, une véritable communication peut s'instaurer entre le psychomotricien et le patient via leur tonus, leur posture, leur respiration. Le psychomotricien, par sa *posture impliquée* se rend présent, à

⁷⁴ Trésor de la langue française informatisée – Article en ligne

l'écoute de la personne qu'il touche ou masse. Celle-ci peut répondre par une diminution de son tonus, un ralentissement de la respiration. Le psychomotricien, attentif à ses signes, s'ajuste à nouveau. Ce type de situation met notamment en évidence la valeur communicative du dialogue tonico-émotionnel entre soignant et patient.

Benoît Lesage souligne l'importance de l'**écoute** dans le travail du psychomotricien: Il qualifie celle-ci d'une « *qualité d'attention beaucoup plus qu'une modalité sensorielle précise* ». ⁷⁵

En prêtant une écoute attentive au patient, le psychomotricien autorise également ce dernier à s'exprimer : il lui signifie que ses éprouvés au moment présent, mais aussi sa souffrance peuvent être exprimés et entendus.

Céline Bolly et Véronique Grandjean définissent l'écoute comme une **qualité de présence** à l'autre. Elles soulignent l'importance d'accompagner l'autre, tout en lui laissant une place, sans savoir à sa place, ce qui est bon pour lui.

« L'écoute est impossible si nous croyons savoir ce qui est bon pour l'autre.

Il s'agit, en étant là, de l'aider à sentir ce qui est bon pour lui. Et s'il le souhaite, de le dire.

De le rejoindre dans ce qu'il vit » ⁷⁶

La pratique de danseur de Lesage l'amène à faire le parallèle avec la notion d'écoute en danse, notion intéressante pour notre propos : « *c'est se mettre dans un état de vigilance réactive, une capacité d'ajustement immédiat qui shunte l'étape du jugement et de la pensée.* » ⁷⁷

Cette idée d' «ajustement immédiat » peut nous amener à faire le parallèle avec la notion d'**accordage affectif** de Stern : expérience subjective partagée de la mère et de son bébé, particulièrement autour des neuf mois de l'enfant.

Selon Daniel Stern : « *l'accordage affectif est [...] l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne* ». ⁷⁸

La mère n'est donc pas dans l'imitation du bébé mais dans une reproduction, de l'état affectif qu'elle perçoit, sur un ou plusieurs canaux sensori-moteurs. Elle produit par exemple des vocalisations correspondant aux gestes du bébé. Pour Daniel Stern, cette transposition transmodale (transférant des informations d'un mode sensoriel à un autre) dans l'accordage affectif est essentielle au processus qui mène l'enfant à l'activité symbolique et au langage.

Vandenbroucke ajoute que cette réponse en « miroir » permet aussi de « développer la connaissance de son affectivité et de **consolider le sens de soi** » ⁷⁹. Elle souligne, de plus, son

⁷⁵ LESAGE B. dans GIROMINI F. et LESAGE B. « Quand le corps parle de soi-même... et à l'autre » *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 174- 2013, p 122

⁷⁶ BOLLY C. et GRANDJEAN V. *L'éthique en chemin- Démarche et créativité pour les soignants*, L'hammartan 2004, p 32

⁷⁷ Op. cit. LESAGE B.

⁷⁸ STERN D. cité par VANDENBROUCKE E. « Les sensorialités en psychanalyse », *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 2007/2 N° 122, p. 73-81.

importance dans la relation à autrui : « *cette communication interpersonnelle a pour valeur le partage de l'expérience de l'autre* »⁸⁰. Nous rejoignons donc l'impression de cette auteure qui indique : « *Il me semble qu'un certain nombre d'interventions en séance avec les patients sont de l'ordre de l'accordage affectif.* »⁸¹

Rappelons cependant que cette communication par le dialogue tonico-émotionnel n'est pas synonyme de corps-à-corps.

L'écoute et le respect de la singularité du patient dans le dialogue tonico-émotionnel se fait aussi par le respect de la distance qui lui est propre.

« *Pour Babette Rotschild (thérapeute psychocorporelle) il s'agit de travailler avec les données « musculaires, posturales, comportementales, gestuelles et sensorielles en respectant la distance corporelle propre à chaque patient, et en évitant ce qui pourrait être vécu comme une intrusion dans son champ corporel* »⁸²

La *posture impliquée* du psychomotricien permet cet ajustement de la **distance**, qui n'est ni fixe, ni contrainte. Il ne lui est aucunement imposé d'être derrière un bureau, ou dans un corps à corps, comme lors d'une toilette. Le psychomotricien peut donc, en fonction de ce qu'il perçoit du patient, rechercher une distance qui permette d'être là, en relation, mais sans envahir.

L'accordage affectif et le respect de la distance propre au patient ont non seulement valeur de communication, mais peuvent aussi participer à l'objectif du psychomotricien de conforter la personne soignée dans son identité.

⁷⁹ VANDENBROUCKE E. « Les sensorialités en psychanalyse », *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 2007/2 N° 122, p. 73-81

⁸⁰ Idem

⁸¹ Idem

⁸² CAUT I. « Revenir sur ses traces, vécu traumatique et relaxation psychomotrice » *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 169, 2012, p 100

2. Soutien de l'identité

Monsieur D., 54 ans souffre d'un glioblastome temporal droit. Bien que toujours sur le ton de l'humour, il parle de lui comme d'un « cochon » qui « boit » (son diabète cortico-induit, engendre en effet une soif importante) et qui « pète ».

Nous proposons un bain, afin de permettre à Monsieur D. d'accéder à des perceptions corporelles agréables.

Dans un premier temps, M. D. ne parvient pas à faire de choix. Concernant la musique, son installation, il répète inlassablement : « Comme vous voulez ».

Après quelques minutes, Monsieur D. verbalise ses éprouvés : « Ca fait du bien ». Nous nous montrons réceptives à ses paroles. Sans rien « faire », nous sommes simplement présentes, au bord de la baignoire, validant les perceptions agréables de M. D., et l'encourageant à profiter de ce moment.

Après un temps de silence, M. D. parle de son activité professionnelle dans le milieu du bâtiment, et notamment de grands chantiers auxquels il a été fier de participer. Un peu plus tard, il évoque de lui-même sa sensorialité, nous parlant des odeurs qu'il apprécie, et nous précisant qu'il a une audition extrêmement fine.

Ma maître de stage et moi sommes touchées d'entendre de tels propos valorisants, et relatifs à son identité.

Lorsque le psychomotricien amène le patient souffrant de glioblastome à se centrer sur ses éprouvés, à percevoir ce qui se passe en lui, il veille, par sa posture impliquée à accompagner le patient dans ce qu'il vit.

« Les techniques les plus sophistiquées, les plus intelligentes dans le projet de permettre au patient de sentir son corps sont sans intérêt si elles ignorent que la **difficulté n'est pas de sentir mais d'investir d'affects une sensation signifiante**. Cet investissement ne peut se passer de l'idée de transfert et de contre-transfert et c'est ce double investissement qui va faire du corps et de ces sensations, une référence dans la perception d'une continuité d'identité. »⁸³, écrit George Pous.

L'identité se définit, dans le *Dictionnaire international de psychanalyse*, comme : « La capacité à demeurer le même à travers des changements, sentiment de continuité, somme des représentations de soi. »⁸⁴ Il est également indiqué qu'elle « implique toujours une relation à l'autre. »⁸⁵

Selon Georges Pous, un double investissement est nécessaire pour qu'un éprouvé prenne sens, s'ancre dans une continuité et fasse fonction de soutien de l'identité. Le patient, mais aussi le

⁸³ POUS G, *Thérapie corporelle des psychoses*, L'harmattan, 1995

⁸⁴ MIJOLLA (De) A. et alii. *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Pluriel 2013, p 822

⁸⁵ Idem.

soignant doivent être présents à cette perception. C'est lorsqu'elle est prise dans ce lien entre soignant et patient, que celle-ci prend sens.

Bien que l'ouvrage de Georges Pous concerne les personnes atteintes de psychoses, sa pensée nous semble intéressante dans la mise en sens de la pratique du psychomotricien, auprès des patients souffrant de glioblastome.

Isabelle Caut, rejoint cette idée, en ajoutant notamment le concept de dialogue tonique :

*« En réactualisant le dialogue tonique, l'accompagnement sécurisant du thérapeute permet au patient d'aller à la rencontre de ses éprouvés corporels. La dynamique du processus de trace peut alors être retrouvée : c'est-à-dire que la sensation soit nommée, puisse prendre sens et s'inscrire dans une histoire. »*⁸⁶

Pour cette auteure, c'est par le dialogue tonique, que la perception pourra s'inscrire dans l'histoire du sujet et y prendre sens. Nous retrouvons cette notion de « continuité d'identité », dans une mise en lien entre le passé et l'instant présent.

Marie-Lise Roux évoque une posture soignante qui s'apparente à celle de la mère suffisamment bonne de Winnicott, confortant le patient dans son identité, en lui permettant de se reconnaître, de s'aimer, tel qu'il est, tel qu'il se perçoit.

*« Redonner à chaque infans désarmé par l'apprentissage de la vie qui sommeille en chacun de nous, le droit de se reconnaître, de se prendre en charge, de pouvoir s'aimer, c'est bien là le rôle de l'objet primaire « suffisamment bon (Winnicott) »*⁸⁷

En outre, en accompagnant, et en soutenant les éprouvés de la personne soignée, nous soutenons quelque chose qui lui est propre, soit une part de sa singularité, de son identité.

Dans un article concernant les « aînés », ces personnes âgées dont certaines, comme les patients souffrant de glioblastome, ont connu une succession de pertes et un ébranlement identitaire lié à une pathologie, Geneviève Ponton synthétise différentes idées évoquées précédemment.

*« En **créant du sens**, nous prenons appui sur le contexte de l'ici et maintenant pour découvrir au cours de l'accompagnement que l'expérience que nous sommes amenés à proposer nous est « dictée » par la personne elle-même. Quelque chose de la personne nous est révélé, à quoi nous donnons une signification, parce que cette part de l'autre, en particulier, vient résonner dans **notre propre intériorité**. Ainsi **reconnue dans sa singularité**, la personne « se construit » elle-même, notre présence lui a servi de catalyseur pour qu'elle structure en elle les bases de son autonomie. Nous rejoignons ici Albert Jacquard (« L'homme est l'avenir de*

⁸⁶CAUT I. « Revenir sur ses traces, vécu traumatique et relaxation psychomotrice » *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 169, 2012, p 105

⁸⁷ROUX M. « Le corps en dialogue » in *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 4, Papyrus, 2013, p 20

l'homme ») lorsqu'il dit que l'existence de soi en tant que « sujet » ne pré-existe pas, elle réclame une altérité pour se révéler. »⁸⁸

Geneviève Ponton met en évidence un des enjeux de la *posture impliquée* du psychomotricien permettant une mise en sens des éprouvés dans la relation, dans le phénomène de transfert/ contre-transfert. Elle décrit le rôle du thérapeute comme « catalyseur », soulignant ainsi la part **active** de la personne soignée dans son propre maintien identitaire.

Le psychomotricien se doit donc de laisser à l'autre le temps, et l'espace de s'exprimer, mais aussi de créer un cadre contenant afin d'accueillir cette expression. Il veille en outre à soutenir le système de pare-excitation du patient, afin que celui-ci puisse exprimer ses émotions, sans en être envahi.

⁸⁸ PONTON G. « La réorganisation de la conscience corporelle, Se construire vivant dans la durée, Rendre visible l'invisible » *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n° 169, 2012

3. Pare-excitation

« Chez Freud, le terme « pare-excitation » désigne, dans le cadre de son modèle psychophysiologique, une fonction essentielle de l'appareil psychique et le dispositif qui en est le support. Cette fonction consiste à protéger l'organisme des excitations venues du monde extérieur et qui pourraient lui nuire. »⁸⁹

Selon Winnicott, le système de pare-excitation est assuré, chez le jeune enfant, par le « holding » maternel. Sa construction n'a a priori pas été défaillante chez les patients souffrant de glioblastome.

Or, Isabelle Caut nous indique qu'un événement traumatique provoque une effraction du système de pare-excitation.

En nous basant sur les définitions suivantes du traumatisme :

« Violent choc émotionnel provoquant chez le sujet un ébranlement durable »⁹⁰ et « Tout événement subit, brutal, entraînant pour le sujet qui en est victime des transformations plus ou moins profondes, plus ou moins réversibles »⁹¹, nous pouvons considérer que l'annonce du diagnostic d'une maladie grave et non guérissable peut constituer un **traumatisme** pour nombre de patients souffrant de glioblastome.

Ainsi, comme chez le jeune enfant, où « la mère porte son enfant et veille sur lui de manière à ce qu'il ne soit pas submergé et qu'il puisse se vivre contenu et limité. »⁹², le psychomotricien peut chercher, dans un dialogue tonico-émotionnel avec la personne à exercer une fonction de « holding », « dont l'objectif est d'aider le patient à se sentir capable d'accueillir et d'élaborer ce qui vient du dehors sans être débordé, envahi ou mis en danger. »⁹³

Babette Rotschild évoque les bénéfices en terme de pare-excitation du dialogue tonico-émotionnel, dans le cadre d'une séance de relaxation psychomotrice :

« Le vécu de la séance est une **expérience inédite** dont les traces pourront se nouer aux traces tonico-émotionnelles anciennes. Ceci pourra aider le patient à une structuration nouvelle de lui-même et en particulier de son **système de protection et de filtrage par rapport au monde extérieur** (le pare-excitation) Ainsi, un moment d'apaisement n'est pas un simple moment de détente mais représente bien l'occasion d'un **rapport à soi même nouveau et restructurant**. Moment de mieux être qui peut faire trace et **renforcer le sentiment de sécurité interne**. »⁹⁴

⁸⁹ MIJOLLA (De) A. et alii. *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Pluriel 2013, p 1240

⁹⁰ Trésor de la langue française informatisé- Article en ligne

⁹¹ Idem.

⁹² CAUT I. « Revenir sur ses traces, vécu traumatique et relaxation psychomotrice » *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 169, 2012, p 101

⁹³ Idem.

⁹⁴ ROTSCCHILD B. citée par CAUT I. « Revenir sur ses traces, vécu traumatique et relaxation psychomotrice » *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 169, 2012, p 106

L'auteure ajoute : « *Tout travail développant une meilleure conscience corporelle peut amener à une sensation de calme, de solidité, et de plus grande présence à soi.* »⁹⁵

Cette dernière affirmation nous semble à nuancer, dans la mesure où nous considérons des patients souffrant de maladie grave.

Les propositions d'inductions tactiles contenant, d'enroulement dans des draps peuvent donner lieu à des situations, lors desquelles le sujet retrouve une perception rassurante de contenance. Cependant, il nous faut veiller, dans ces situations propices à la détente, à ne pas conduire le patient dans un relâchement tonique trop brutal, qui risquerait d'affaiblir son propre système de pare-excitation.

En effet, la personne souffrant de glioblastome a généralement d'ores et déjà tenté, de manière non consciente, de mettre en place un système de pare-excitation, plus ou moins opérant, qui se manifeste souvent par une hypertonie.

Considérons les réflexions de Suzanne Robert-Ouvray concernant la notion de « **pare-excitation endogène** » chez le jeune enfant. L'auteure considère l'hypertonie comme une manière, pour le bébé, de se défendre par rapport aux stimuli extérieurs, et de se maintenir en état de vigilance.

« *Le système hypertonique de pare-excitation est un système d'inflation, faire plus dur que le dur, que l'enfant subit de façon réflexe et involontaire* »⁹⁶

Progressivement, le rôle de cette fonction tonique tendra à diminuer, grâce à la fonction pare-excitatrice de la mère et à la maturité du bébé. « *Elle reste cependant inscrite à des degrés divers de réflexivité dans notre motricité d'adulte comme mode archaïque défensif* »⁹⁷ : face à la douleur ou au danger, par exemple.

Isabelle Caut conclut : « *Ainsi les défenses toniques sont aussi l'expression des capacités défensives de l'individu* »⁹⁸

Il semble donc primordial, pour le psychomotricien de considérer et de respecter l'hypertonie, le « pare-excitation endogène » du patient. Le relâchement tonique se doit d'être **recherché progressivement**, dans le respect du rythme propre au patient, et **accompagné**.

En effet pour Babette Rotschild : « *C'est à partir de cette dialectique entre les tonicités du thérapeute et du patient que celui-ci peut se sentir accompagné, soutenu et reconnu dans ses capacités de sécurité interne.* »

Le psychomotricien, via le dialogue tonico-émotionnel, peut permettre au patient de trouver un équilibre dans la construction d'un système efficace de pare-excitation, en s'appuyant sur son propre système de « pare-excitation endogène », et sur les situations pare-excitatrices, contenant, proposées en séance.

⁹⁵ Ibid. p 105

⁹⁶ ROBERT-OUVRAY S. citée par CAUT I. « Revenir sur ses traces, vécu traumatique et relaxation psychomotrice » *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 169, 2012, p 101

⁹⁷ Idem.

⁹⁸ Op. Cit. CAUT I. p 101

Conclusion

Ces objectifs de soutien de l'identité, de la communication, et du système de pare-excitation réfèrent à une considération de la personne soignée en lien avec elle-même, l'autre et l'environnement.

Nous rejoignons alors l'affirmation d'Isabelle Diard :

« *A plus ou moins grande distance corporelle, le cœur de notre travail est de créer ou maintenir un lien entre le sujet et lui-même et le sujet et autrui.* »⁹⁹

Et l'auteure d'ajouter :

« *Cette dimension d'un corps en lien, chère à Ajuriaguerra est thérapeutique, car elle préserve le statut de sujet, restaure l'identité du patient en le maintenant dans la société langagière des humains* »¹⁰⁰

C'est donc bien par sa **posture impliquée** dans le dialogue tonico-émotionnel avec le patient, que le psychomotricien poursuit cet objectif ambitieux.

« *Or, sur qui porte ce dialogue ? nous interpelle Benoît Lesage, La pathologie nous confronte à des fixations, des stagnations, une image du corps figée, des représentations figées...(...) Comment dé-fixer le sujet ?*

Avec mon tonus, ma posture, mon geste, j'amène mon partenaire à moduler les siens, je lui donne à sentir que cela peut varier et pour cela j'implique ma corporéité. Il éprouve qu'il peut être autrement, s'impliquer autrement »¹⁰¹

Benoît Lesage souligne l'implication du psychomotricien par sa « corporéité », définie par Françoise Giromini comme le « *nom générique que l'on donne à l'ensemble des corps : corps réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel* »¹⁰². Françoise Giromini s'appuie sur la considération, par Merleau-Ponty, d'un corps sujet, lieu des perceptions, des émotions, de la pensée, de la parole de l'expression. Elle précise : « *Ce n'est pas le corps mais mon corps (...) le médiateur des affects et le point de rencontre de toutes les expériences, de toutes les découvertes.* »¹⁰³

Qu'en est-il alors des enjeux du dialogue tonico-émotionnel pour le psychomotricien ?

⁹⁹ DIARD I., « Sentiers corporels, chemin de rencontre en unité de soins palliatifs », *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 174-2013

¹⁰⁰ Idem.

¹⁰¹ LESAGE B. dans GIROMINI F. et LESAGE B. « Quand le corps parle de soi-même... et à l'autre » *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 174- 2013, p 122

¹⁰² GIROMINI F. citée par DIARD I., « Sentiers corporels, chemin de rencontre en unité de soins palliatifs », *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 174-2013, p 36

¹⁰³ GIROMINI F. « Le corps et ses représentations » in SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, De Boeck 2011 ; page 181

C. Les enjeux du dialogue tonico-émotionnel pour le psychomotricien

Monsieur Z. est un patient de cinquante-quatre ans, vis-à-vis duquel l'équipe s'interroge beaucoup. Le glioblastome frontal droit dont il souffre évolue rapidement, et a engendré une hémiparésie gauche importante.

Monsieur Z. montre de nombreux signes que la psychologue du service met en lien avec un déni de sa pathologie, de son pronostic. Il s'investit beaucoup dans les séances de kinésithérapie, d'activité physique adaptée et fait de nombreux exercices pour « récupérer » au niveau de son bras et de sa jambe gauches. A force de stimulations, il a pu réaliser de légers progrès dans la mobilité de la jambe gauche, et précise : « Le bras, ça sera dans un deuxième temps. » Il affirme penser qu'il récupèrera complètement.

L'équipe soignante s'interroge quant au sens de sa prise en soin : dans quelle mesure faut-il accéder à sa demande de rééducation ?

Avant ma première rencontre avec Monsieur Z., ma maître de stage me parle du risque de se laisser « embarquer » par ce patient, dans sa souffrance mais aussi dans ses projets de rééducation.

En entrant dans la chambre de Monsieur Z., je suis interpellée par sa posture : le patient est assis dans son fauteuil, croisant sa jambe droite devant la gauche, et tenant sa main gauche, avec sa main droite, comme s'il cherchait à « bloquer » ses membres déficients. Il penche également la tête légèrement vers la droite.

Ma maître de stage et moi nous asseyons en face de Monsieur Z. pour prendre quelques nouvelles et émettre différentes propositions quant à la séance du jour.

Après cinq minutes d'échanges, je réalise que ma tête est légèrement penchée vers la droite. Je m'étonne de cela, je n'ai pourtant pas mal à la nuque ! Je prends alors conscience que mes jambes sont croisées et que ma main droite tient ma main gauche. Je suis dans la même posture que Monsieur Z.

Ma posture souligne-t-elle alors le fait que je me sois laissée « embarquée », que je n'ai pas su, dans un premier temps, prendre du recul, face à la situation de cet homme ?

Selon Françoise Giromini, « *En s'engageant dans une action de la rencontre avec l'autre, c'est tout notre être (...) qui s'implique dans la relation : ce qui s'éprouve alors à l'instant même de la rencontre est une singularité et une altérité essentielle* »

Cette auteure souligne ici l'implication du psychomotricien, de tout son être, dans le dialogue tonico-émotionnel, qui donne lieu à une rencontre singulière entre deux personnes, à la fois reliées par leur condition humaine, mais aussi et surtout différentes, uniques.

Dans cette relation, interviennent notamment les notions de transfert et de contre-transfert.

1. Transfert et Contre-transfert

Les notions de transfert et contre-transfert ont été tout d'abord définies dans le champ de la psychanalyse.

« Le terme de « transfert » désigne la transposition, le report sur une autre personne- et principalement le psychanalyste- de sentiments, désirs, modalités relationnelles jadis organisés ou éprouvés par rapport à des personnages très investis dans l'histoire du sujet »¹⁰⁴

Le transfert permet la projection de sentiments conflictuels antérieurs réactualisés dans la relation avec un nouvel interlocuteur avec lequel la personne n'a pas de passé commun.

Olivier Moyano souligne la « relation transférentielle particulière »¹⁰⁵ en psychomotricité. Cette particularité se retrouve d'une part dans le cadre des séances : « pas de neutralité bienveillante du psychomotricien mais une écoute amenant à des échanges verbaux où chacun donne son avis »¹⁰⁶, et d'autre part, dans la nature même du transfert.

Oliver Moyano considère en effet que tandis que le psychanalyste est en position de « Surmoi », d'autorité, le psychomotricien se place comme un « **Moi auxiliaire** ». « La relation est alors horizontale et non plus verticale. »¹⁰⁷ Le psychomotricien fait temporairement fonction de « contenant psychique », permettant au patient de laisser émerger des perceptions, des pensées, supportables dans un tel cadre.

« Il ne s'agit plus de travailler sur un matériel constitué de contenus psychiques, mais d'amener le patient à ressentir, vivre des expériences lui donnant la capacité d'en faire la synthèse par rapport à sa propre histoire »¹⁰⁸

Dans cette relation, les perceptions et pensées qui émergent ne sont pas analysées par le thérapeute : le patient, accompagné par le psychomotricien, à un rôle actif dans la mise en sens de ses éprouvés.

Dans la relation transférentielle entre le psychomotricien et le patient, il n'est donc pas question de « neutralité bienveillante ».

Prendre en compte les particularités du transfert en psychomotricité, peut nous aider à considérer celles du contre-transfert.

« Le contre-transfert est l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste au transfert de son patient y compris les sentiments projetés en lui par celui-ci »¹⁰⁹

Considérant que le contre-transfert est, par définition, inconscient, il s'agirait, en psychomotricité, de prendre conscience et de nous appuyer sur **ce qu'induit notre contre-**

¹⁰⁴ MIJOLLA (De) A. et alli. *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Pluriel 2013, p 1832

¹⁰⁵ MOYANO O. « La relaxation psychomotrice, une autre idée du transfert », *L'information psychiatrique* n°8, Octobre 1994

¹⁰⁶ Idem.

¹⁰⁷ Idem.

¹⁰⁸ Idem.

¹⁰⁹ Op. Cit. MIJOLLA (De) A. et alli., p 386

transfert (« Qu'est-ce-que ce patient suscite en moi ? »), et non sur notre contre-transfert en tant que tel.

Notons cependant, qu'il réside une ambiguïté autour de la notion de contre-transfert « inconscient », puisque dans certains de ses écrits, Freud a évoqué la nécessité de reconnaître son contre-transfert et de le surmonter : ce qui impliquerait une élaboration.

Rappelons que la psychanalyse induit une règle de neutralité : le psychanalyste apparaît comme une « feuille blanche » sur laquelle le patient pourrait déverser ses pulsions. C'est le patient lui-même, par le principe de la libre association, qui accède, à son inconscient. De fait, le psychanalyste doit maîtriser ce qu'il perçoit de son contre-transfert, pour demeurer dans la neutralité.

L'utilisation du contre-transfert, et ses objectifs sont tout à fait différents, pour le psychomotricien auprès de patients souffrant de glioblastome.

Après avoir évoqué les enjeux du dialogue tonico-émotionnel pour le patient, qui font écho aux objectifs de l'utilisation du contre-transfert par le psychomotricien, il s'agit à présent de considérer comment le professionnel utilise ce contre-transfert et qu'est-ce que cela peut susciter en lui.

Suzanne Robert-Ouvray introduit la notion de « **contre-transfert émotionnel** » :

« Le contre-transfert peut être utilisé comme outil thérapeutique. On accueille la tension du patient dans notre corps et on l'utilise au mieux pour percevoir ce qu'émet le patient corporellement. La compréhension de l'autre nous est permise grâce à nos éprouvés corporels. »¹¹⁰

Le psychomotricien utilise ses émotions, les tensions qu'il perçoit, comme des « objets de savoir » pour mieux appréhender l'autre, et mieux s'y ajuster. Le contre-transfert du psychomotricien constitue donc un outil pour comprendre l'autre, et a en outre, une valeur thérapeutique.

Le psychomotricien s'implique, dans sa corporéité, pour accueillir les éprouvés des personnes souffrant de glioblastome : perceptions corporelles, émotions, expression d'espoir, d'envie de vivre, mais aussi, parfois, de désespoir, d'envie de mourir.

Particulièrement auprès de patients en grande souffrance, ou en fin de vie, il est primordial pour le psychomotricien de prendre conscience de ce que son contre-transfert induit en lui, pour se protéger d'émotions qui le déborderaient, mais aussi pour se maintenir dans une relation thérapeutique avec le patient. En effet, selon Isabelle Diard :

¹¹⁰ ROBERT-OUVRAY S. « Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice » *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 132, 2002, p 63

«Parfois, le patient dépose en nous ce qu'il ne peut nommer, et cela nous habite, nous parasite même, jusqu'à ce que nous puissions élaborer dans l'après coup, qu'il s'agit de transfert ou de contre-transfert. »¹¹¹

Isabelle Marcos, quant à elle, décrit la diversité et la richesse des éprouvés auxquels les soignants travaillant auprès de personnes en fin de vie peuvent être confrontés :

« Ces expériences amènent à ressentir en une journée une palette d'émotions très vaste. Nous sommes confrontés en tant que soignants à des réalités crues, sans arrangements pour atténuer, éviter, camoufler, embellir ... ce qui est dans l'ici et maintenant et qui peut disparaître rapidement. »¹¹²

Or ces émotions influencent notre tonus, donc notre posture dans la relation, dans le dialogue tonico-émotionnel.

Suzanne Robert-Ouvray souligne la « nécessité d'un travail de supervision pour prendre connaissance de ses éprouvés corporels »¹¹³.

Les échanges au sein de l'équipe soignante, mais aussi la pratique corporelle du psychomotricien peuvent constituer des repères, des appuis pour lui permettre de mettre du sens et prendre du recul quant à ses éprouvés.

Outre ses éprouvés, ses émotions, la personne soignée renvoie aussi au psychomotricien des éléments de l'ordre de son mode de rencontre avec autrui :

« Se rencontrer, c'est également prendre conscience de sa difficulté ou de sa facilité à aller vers l'autre (...) C'est aussi **éprouver les limites de la rencontre avec autrui**, c'est percevoir et respecter l'espace et la temporalité d'autrui par rapport à soi-même, c'est construire une **éthique relationnelle**. »¹¹⁴

Etre présent à soi et à l'autre dans la rencontre, permet aussi au psychomotricien d'apprendre de lui-même, et de **se questionner** sur lui, sur ce qu'il attend d'une rencontre, sur le sens que celle-ci prend pour lui.

Cette réflexion rappelle les écrits de Céline Bolly et Véronique Grandjean qui définissent l'éthique comme : « une capacité de se laisser questionner pour discerner les valeurs en jeu et pour que les meilleures solutions possibles puissent émerger. »¹¹⁵

¹¹¹ DIARD I., « Sentiers corporels, chemin de rencontre en unité de soins palliatifs », *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 174, 2013, p 35

¹¹² MARCOS I. « Corps vécu/ corps réel, redonner du sens quand la vie emmure » in *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 129, 2002

¹¹³ Op. Cit. ROBERT-OUVRAY S., p 67

¹¹⁴ GIROMINI F. et LESAGE B. « Quand le corps parle de soi-même... et à l'autre » *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 174- 2013, p 118

¹¹⁵ BOLLY C. et GRANDJEAN V. *L'éthique en chemin- Démarche et créativité pour les soignants*, L'hammartan 2004, p 13

2. Empathie et Créativité

Isabelle Marcos s'appuie sur les écrits de Winnicott pour définir, ainsi, la créativité :

*« La créativité peut se définir (...) comme une attitude de vie caractérisée par une ouverture du sujet à tous les « champs de possible pour être », dans une prise de repères intérieurs et personnels dans une attitude « positive » où le sujet reste ouvert aux changements dans une capacité d'adaptation détendue et confiante dans ses forces intrinsèques. »*¹¹⁶

Auprès du patient souffrant de glioblastome, le psychomotricien est créatif, lorsqu'il s'implique et s'adapte dans la rencontre. Son ancrage, ses appuis, lui permettent d'accepter de se laisser transformer par l'autre.

Pour Benoît Lesage, la **créativité** nécessite une forme de disponibilité, une capacité de **présence** à soi permettant au psychomotricien d'être présent à l'autre, et à ce qui se joue dans la relation.

L'auteur précise que le corps (au sens de corporéité) du psychomotricien doit devenir une « antenne » pour « capter, réagir ». A partir de là, pour Benoît Lesage, l'« accordage » se fait à trois niveaux : de la modulation tonique, de la posture et de la gestuelle, dans le but d'aller rencontrer le patient, « là où il est. »¹¹⁷

Cet auteur évoque une « disponibilité informée » du professionnel qui se nourrit de ses rencontres, et particulièrement de ce qui le touche :

*« On sait ce que l'on écoute, on fait le tri, en fonction de nos savoirs, de nos expériences, de nos éprouvés, et ce que nous renvoyons est bien sûr nourri de ce que nous aurons perçu, c'est-à-dire ce que nous aurons construit et comment nous aurons été affectés corporellement par ce que nous laissons nous toucher. »*¹¹⁸

Il semble donc primordial, pour le psychomotricien, de se laisser toucher par la rencontre, source de créativité.

Cette capacité à se laisser toucher par l'autre, sans pour autant être ébranlé dans son identité nous amène à la définition de l'**empathie** de Carl Rogers :

*« Lorsque le thérapeute devine les sentiments et les réactions personnelles éprouvées par le client à chaque instant, quand il sait **les percevoir « de l'intérieur »** tels qu'ils apparaissent au client et quand il réussit à **communiquer quelque chose** de cette compréhension au client alors [la condition de la compréhension empathique] est remplie... (...)*

¹¹⁶ GUERIN I. *Un travail de créativité pour être puis pour grandir*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, Juin 1994

¹¹⁷ LESAGE B. « Intentionnalité du geste : quelle adresse ? » Intervention au congrès *Les gestes qui soignent*, Milan 2014

¹¹⁸ LESAGE B. dans GIROMINI F. et LESAGE B. « Quand le corps parle de soi-même... et à l'autre » *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 174, 2013, p 123

*Lorsque le thérapeute arrive à saisir instant par instant ce que le client éprouve dans son monde intérieur comme le client le voit et le sent, sans que sa propre identité se dissolve dans ce processus empathique, alors le changement peut s'opérer. »*¹¹⁹

Benoît Lesage propose même un parallèle avec l'art, puisque le terme allemand « Einfühlung » qui désigne l'empathie, a été, au XIX^{ème} siècle, proposé par le philosophe Robert Vischer pour désigner l'empathie dans la contemplation d'un tableau.

*« Lorsqu'on se laissait toucher au point de ressentir de l'intérieur..., écrit Benoît Lesage, il faut apprendre à regarder et écouter le corps comme une œuvre d'art. (...) l'œuvre d'art me met au travail, elle me travaille, à condition que je me laisse toucher, ce qui n'a rien d'évident. Cela s'éduque... »*¹²⁰

Ainsi : *« Les artistes (...) nous entraînent dans de profonds remaniements de notre perception, des re-catégorisations qui émergent plus tard et changent notre posture, notre regard. »*¹²¹

Le psychomotricien, par sa *posture impliquée* se laisse toucher, se laisse questionner, se laisse transformer dans sa posture, son regard, et ainsi, reste créatif.

Odile Gaucher-Hamoudi propose l'image du **psychomotricien trapéziste**, qui, impliqué dans la rencontre accepte, durant un temps, de lâcher ses repères. Le soignant reste cependant présent à lui-même, afin de se rendre disponible pour l'autre, sans se laisser envahir par ses éprouvés, sa situation :

*« Parce qu'emportés par la rencontre de l'Autre dans sa dimension tonico-émotionnelle, nous devons parfois accepter de lâcher nos propres repères pour les retrouver plus loin. Tout comme le trapéziste, nous sommes alors concentrés sur notre ajustement tonique, notre souffle et notre objectif pour que notre élan vital dans ce saut contrôlé ne nous mette pas trop en danger. »*¹²²

Enfin, Benoît Lesage souligne la réciprocité de l'échange entre corporéité du patient et corporéité du professionnel :

« Notre corps est de la partie – comment pourrait-il en être autrement ?-, il réagit et si nous écoutons notre partenaire dans notre propre chair, n'oublions pas que c'est réciproque. En clair, l'autre écoute notre écoute ».

A nouveau, laissons Geneviève Ponton synthétiser et conclure :

¹¹⁹ ROGER C. cité par KISS A., *L'empathie et la rencontre interculturelle*, L'Harmattan, 2001, 216 pages, p 9

¹²⁰ Op. Cit. LESAGE B. dans GIROMINI F. et LESAGE B. « Quand le corps parle de soi-même... et à l'autre », p 123

¹²¹ Idem.

¹²² GAUCHER-HAMOUDI O. « Tonus et émotions en soins palliatifs », *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 162, 2010

« Se transformer ensemble. (...) Le présent s'invente d'instant en instant, il fait émerger une **nouvelle réalité** en chacun des partenaires de la rencontre dans leur capacité à **accueillir cette part de « pas encore »** en eux. (...) Nous participons à ce qui a lieu tout en étant modelé par ce qui advient. La pratique psychomotrice participe ainsi à une **démarche artistique.**»¹²³

¹²³ PONTON G. « La réorganisation de la conscience corporelle, Se construire vivant dans la durée, Rendre visible l'invisible » in *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n° 169, 2012

Conclusion

Le psychomotricien, dans le dialogue tonico-émotionnel s'appuie sur son contre-transfert pour appréhender l'autre et s'y ajuster dans une relation thérapeutique. Son implication est donc nécessaire. En effet, selon Benoît Lesage : « *Ce que chacun perçoit ici, c'est soi-même, expérience précieuse car dans notre écoute clinique, il nous faudra percevoir finement ce qui nous affecte chez l'autre.* »¹²⁴

Le psychomotricien dispose de différents outils afin de se laisser « affecter », « transformer » mais non « déborder », afin de pouvoir « faire quelque chose » de ce qu'il reçoit, et continuer à créer.

Les espaces de supervision, mais aussi la formation du psychomotricien et sa pratique corporelle personnelle peuvent l'aider à mettre du sens sur ses éprouvés. Françoise Giromini évoque une « *distanciation* » *entre notre propre corps, comprenant nos sensations et nos affects et notre savoir-faire avec notre corps dans la relation thérapeutique.* »¹²⁵

Elle précise que cette « distanciation » s'éprouve « *dans le travail d'expressivité du corps et de relaxation que le psychomotricien expérimente dans sa formation corporelle personnelle.* »¹²⁶

C'est cette « distanciation » qui permet au psychomotricien de s'engager de tout son être dans une relation thérapeutique.

C'est cette distanciation qui permet la *posture impliquée* du psychomotricien dans le dialogue tonico-émotionnel avec le patient souffrant de glioblastome.

Et Françoise Giromini d'ajouter :

« *Cette double formation corporelle est indispensable car elle constitue le creuset de l'identité professionnelle du psychomotricien.* »¹²⁷

¹²⁴ Op. Cit. LESAGE B. dans GIROMINI F. et LESAGE B. « Quand le corps parle de soi-même... et à l'autre », p 122

¹²⁵ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Editions DE Boeck 2011 ; p 296

¹²⁶ Idem.

¹²⁷ Idem.

Etude de cas

L'étude de cas que je vais présenter concerne Madame Louise, qui a été hospitalisée en centre de Soins de Suite et de Réadaptation à orientation oncologique suite à la survenue d'un glioblastome multifocal.

Madame Louise est une dame de soixante-dix-sept ans, aux cheveux courts et grisonnants, portant de petites lunettes.

Ancienne institutrice, elle est mère de trois enfants et veuve depuis 2005, son mari étant décédé d'un cancer. Elle a également perdu une sœur en 2012. Elle vit seule.

L'histoire de la maladie de Madame Louise débute en février 2013, par l'apparition brutale d'une hémiparésie gauche. Un scanner est réalisé et un accident ischémique transitoire est suspecté. En avril 2013, survient un nouvel épisode d'hémiparésie gauche. Une biopsie est alors réalisée : le diagnostic de glioblastome multifocal est posé.

En juin 2013, Madame Louise est hospitalisée pour la première fois au centre de Soins de Suite et de Réadaptation, pour « surveillance neurologique d'un glioblastome très évolutif ». Elle est alors traitée par chimiothérapie.

L'équipe soignante note que la patiente est lucide concernant son diagnostic et son pronostic vital. Elle affirme en effet : « *Je suis venue ici pour rester jusqu'à la mort. Ca va durer de quelques semaines à quelques mois.* » Dans son dossier, il est tout de même question d'un « fond anxieux », mis en lien avec son appréhension quant à un retour à domicile éventuel. Madame Louise ne voudrait pas devoir demander l'aide de ses enfants.

Lors de sa première rencontre avec la psychomotricienne, Madame Louise marche avec une canne, en raison d'un léger déficit moteur gauche. Droitière, elle reste relativement autonome pour les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage). Elle demande exceptionnellement l'aide de soignants. Elle maintient une hypertonie de fond associée à une posture redressée. Elle se montre orientée dans le temps, et dans l'espace. La somatognosie ainsi que les praxies idéatoires et idéomotrices sont conservées. Il en est de même pour l'écriture : la patiente a pour habitude de noter tous ses rendez-vous dans un petit agenda, qu'elle garde toujours à sa portée.

Madame Louise évoque le bilan positif qu'elle dresse de sa vie, sa philosophie. Elle pense alors que son décès est imminent et en parle sans trouble apparent. Suite à son entretien, la psychologue note « un certain détachement qui pourrait faire penser à un mécanisme de défense ».

Lors de la deuxième séance de psychomotricité, Madame Louise apparaît triste et anxieuse. Elle s'est disputée avec sa fille et culpabilise d'avoir été agressive verbalement. Elle ne se reconnaît pas dans cette attitude. Ses émotions sont verbalisées et manifestées par des pleurs. La relaxation ne permet pas à Madame Louise de se centrer sur un vécu corporel agréable et la visualisation lui est impossible. De plus, Madame Louise se montre aux aguets de ses symptômes : elle ressent depuis deux jours des céphalées et une sensation de baisse de force musculaire à gauche, rendant ses mouvements moins précis.

La psychomotricienne passe le relais à la psychologue qui peut mener un entretien juste après la séance.

Lors des deux séances de psychomotricité suivantes, Madame Louise ne formule pas de demande particulière quant à la prise en soin : elle semble mieux investir les propositions dans lesquelles elle garde la maîtrise de ce qui se joue pour elle (travail sur l'équilibre statique par exemple), que les situations dans lesquelles il lui est permis de se détendre. La psychomotricienne s'adapte, afin de respecter le rythme, les besoins de Madame Louise dans le moment présent.

Après un mois de prise en soin pluridisciplinaire à visée de réadaptation, l'état général de la patiente lui permet de rentrer à domicile.

Deux mois plus tard, elle est à nouveau hospitalisée pour récurrence pariéto-occipital droit de glioblastome. Lors de son admission dans le service, elle exprime : « *Je suis venue pour un Noël en famille* ». De par la proximité géographique, il est en effet plus aisé pour ses proches de lui rendre visite dans le service que chez elle.

Madame Louise débute alors sa seconde cure de chimiothérapie et suit des séances de radiothérapie. Il s'agit d'une situation palliative spécifique : le traitement vise à obtenir un ralentissement de l'évolution de la maladie. Les espoirs de soulagement et de courte rémission sont présents.

Le projet de soin a pour but la ré-autonomisation, afin de permettre à la patiente de rentrer à domicile avec des aides.

La prise en soin en psychomotricité a été indiquée pour des évaluations psychomotrices globale et ciblée, en rapport avec l'anxiété perçue par l'équipe soignante. L'aggravation des symptômes est manifeste : l'hémiplégie gauche est plus massive. Les gestes proposés dans l'évaluation de la motricité gnosopraxique (E.M.G.) restent possibles, mais la jambe est plus lourdement atteinte que le bras. Madame Louise, qui se déplace en fauteuil roulant, dit ne pas comprendre comment elle a pu perdre son autonomie aussi rapidement. Lorsqu'elle retrouve la psychomotricienne, elle évoque son souhait de pouvoir aller aux toilettes, seule. Elle demande également à ce que la séance du jour soit centrée sur l'équilibre, la marche.

Tout en s'ajustant le temps de cette séance, la psychomotricienne garde à l'esprit que, du fait de l'évolution rapide de la pathologie, cet intérêt pour la marche pourrait s'avérer source de déception pour Madame Louise à plus ou moins long terme.

Considérant que son rôle est de soumettre à Madame Louise un autre point de vue, une autre attention en lien avec son vécu corporel, la professionnelle propose, dès la séance suivante, une relaxation de type « Jacobson ». L'idée est alors de permettre à la patiente de faire l'expérience de la relaxation, tout en restant, comme à son habitude, dans une place active.

La relaxation s'avère inefficace : Madame Louise se centre sur ses capacités, plutôt que sur ses perceptions. La psychomotricienne s'adapte alors, et propose un massage du bras droit, sain : ce qui permet une détente plus globale.

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Madame Louise est déjà ré-hospitalisée depuis deux semaines. Elle se montre très avide de progrès au niveau de la mobilité de sa jambe gauche et fait d'importants efforts. Je perçois alors une dame souriante, dynamique et volontaire qui effectue ses transferts de manière autonome.

Elle s'adresse à moi, déplorant : « *Vous savez, c'est difficile de perdre de l'autonomie* ». Ses paroles me surprennent : elles me semblent alors contraster avec son sourire, sa posture droite, digne, et son tonus élevé de femme active.

Juste après qu'elle m'ait fait part de ses inquiétudes quant à sa perte d'autonomie, je m'étonne, à nouveau, de voir Madame Louise, au côté de la psychomotricienne, s'allonger sur le matelas à eau en salle sensorielle. Il s'agit de la première séance de psychomotricité à laquelle j'assiste, dans le cadre de ce stage.

Ma maître de stage, propose alors des inductions tactiles avec un ballon enveloppant, en musique, dans le but de faire diminuer l'anxiété et de favoriser l'émergence et l'écoute de perceptions corporelles agréables.

A la fin de cette séance, Madame Louise dit avoir beaucoup apprécié mais ne pas se souvenir des parties de son corps qui ont été en contact avec le ballon. Elle n'a pas cherché à ressentir et a préféré s'évader avec la musique.

De nombreuses questions me traversent : **Quels sont les objectifs de la prise en soin en psychomotricité ? Quel sens la patiente peut-elle donner à cette prise en soin ? Comment la psychomotricienne se positionne-t-elle dans l'équipe ? Quelle est sa posture face à la patiente et à sa demande?**

Je m'interroge également quant à mes propres réactions lors de cette rencontre avec Madame Louise. Je me rends compte de mon envie, dans un premier temps, d'adopter, moi aussi, une posture de femme active, pour lui proposer des mouvements dynamiques.

Mais je réalise surtout, que face à Madame Louise, première patiente du service rencontrée, je n'ai pas cherché, dans un premier temps, à prendre du recul. Je n'ai pas essayé de mettre du sens sur ce que je percevais, et sur ce que je souhaitais renvoyer. J'ai voulu répondre dans l'immédiat, à cette dame qui s'adressait à moi, sans rechercher au préalable un certain ancrage, une certaine qualité de présence. Ces réflexions, en plus d'interroger les phénomènes

de transfert et contre-transfert, me semblent faire écho aux écrits de Céline Bolly et Véronique Grandjean :

« *Le soignant, engagé à répondre à la fragilité d'autrui a besoin d'être bien ancré pour pouvoir rester le temps nécessaire dans cette zone d'incertitude où le patient le convoque.* »¹²⁸

C'est grâce à ma place de stagiaire, d'observatrice lors de cette rencontre, que j'ai pu, ensuite, me laisser questionner par la pratique de ma maître de stage, et entrer dans cette « zone d'incertitude ».

L'équipe soignante se réjouit des progrès réalisés par Madame Louise, et je m'interroge. Ces progrès sont sans doute liés au fait que Madame Louise stimule sa jambe de manière intensive, mais du fait de l'évolution rapide de la maladie, ils seront, a priori, très éphémères. L'équipe se réjouit-elle alors de voir la patiente satisfaite dans le moment présent ? Ou s'agit-il d'un mécanisme de défense pour supporter cette situation difficile ? **Comment la psychomotricienne a-t-elle à se positionner ?** Madame Louise n'a de cesse de nommer ses pertes, ses récupérations, nous amenant aussi, en tant que soignants, à porter notre regard sur ces dernières.

Il semble primordial **d'appréhender la réalité** de Madame Louise, dans le moment présent. Pour autant, **faut-il tout de même se décaler, de ce vécu corporel envahissant afin de proposer un suivi pertinent, en tenant compte de l'évolution rapide de la pathologie ?** Comment soutenir son identité, tout en entendant les plaintes liées à ses pertes ?

Madame Louise se montre très active, dans le « faire » et il est fort probable que dans un futur proche, cela lui soit de moins en moins possible. Or lorsqu'on est constamment dans le « faire », qui est-on encore lorsque le corps ne peut plus faire ? Le rôle de la psychomotricienne est-il alors de permettre à la patiente de ressentir, **d'être plutôt que de faire ?** Cette posture est-elle fataliste ? Est-elle pertinente alors que la patiente semble toujours être dans l'espoir d'une amélioration, et que l'équipe soignante semble se réjouir des progrès réalisés ?

La semaine suivante, Madame Louise souhaite que soit réutilisé le même ballon. La psychomotricienne propose un massage des jambes de la patiente avec le ballon, à quatre mains, dans un échange avec elle. L'objectif est de développer la procuration **autonome** de sensations agréables, en vue de son futur retour à domicile, mentionné dans le projet de soins. Madame Louise participe volontiers, d'abord dans un souci de bien faire. Elle précise que les perceptions de ses deux hémicorps sont différentes. Elle cherche à imiter les gestes de la psychomotricienne, à reprendre sa « technique » particulièrement lorsqu'il s'agit de masser son hémicorps parétique.

¹²⁸ Op. Cit. BOLLY C. et GRANDJEAN V., p 49

Petit à petit, et surtout lorsqu'elle masse son hémicorps sain, Madame Louise semble se recentrer et s'autoriser à ressentir. Elle ferme alors les yeux, écoute sa respiration.

A la fin de la séance, Madame Louise paraît plus détendue et nous confie en souriant : « *Je ne me suis jamais autant écoutée.* » Il semble que pour la première fois, en séance de psychomotricité, elle ait réellement pris plaisir à écouter ses perceptions.

Lors de cette séance, **la psychomotricienne a-t-elle pu, par sa posture impliquée dans un dialogue tonico-émotionnel, transmettre à Madame Louise, une forme de présence à ses perceptions, à elle-même ?**

Les séances de psychomotricité se poursuivent, à raison d'une séance d'une heure par semaine, et Madame Louise semble de plus en plus s'investir dans cette recherche de vécu corporel agréable.

La dernière séance de radiothérapie a lieu le 6 novembre 2013.

Une semaine plus tard, en début de séance, Madame Louise nous évoque son appréhension quant à son retour à domicile programmé, notamment du fait qu'elle verra moins sa famille, une fois chez elle. Elle nous dit aussi attendre les résultats de la prochaine imagerie par résonance magnétique pour décider si elle continuera ou non la chimiothérapie. Elle craint en effet que ce traitement ne la fatigue et nous dit : « Je ne suis plus à quelques semaines prêts ».

Cette phrase m'interpelle : Madame Louise exprime-t-elle ici son souhait de privilégier la qualité à la quantité de vie ? Ou s'agit-il d'une expression de lassitude ? Se sent-elle vraiment « prête » à mourir ? Ou s'agit-il d'un mécanisme de défense ?

Pour cette séance, nous proposons un massage à quatre mains en symétrie: la psychomotricienne et moi-même, dans une idée de ressenti des deux hémicorps, différemment mais tout de même de manière agréable. En travaillant sur les éprouvés des deux hémicorps, il s'agit aussi d'amener la perception de **réunion** de ces derniers, le ressenti d'un **centre** confortant les **éprouvés d'unité, d'individualité**.

Madame Louise souhaite que ce massage soit réalisé en musique. Lorsque la mélodie commence, elle nous apprend qu'elle a choisi une musique pour son enterrement. Elle nous parle de la beauté de celle-ci, de ce qu'elle ressent en l'écoutant.

Je ne me sens pas triste mais émue d'entendre cette dame parler ainsi. En effet, je ne perçois pas de tristesse chez Madame Louise, mais plutôt une certaine sérénité, qui laisse place à l'accueil et à l'expression des émotions. Je suis simplement touchée par ce moment d'échange, à trois, qui me semble paisible et authentique.

A la fin du massage, Madame Louise dit avoir beaucoup apprécié cette séance. Lorsque ma maître de stage l'interroge sur les différences éventuelles entre les deux touchers, la patiente répond : « *Oui, bien sûr, c'était différent, mais c'était très agréable* ».

Puis, lorsque ma maître de stage continue à interroger Madame Louise sur ses ressentis celle-ci répond : « *Ne me gêchez pas le plaisir en demandant comment on se sent. On peut juste être bien.* »

Madame Louise, assez loquace habituellement, ne nous demande pas, ici, de lui permettre de mettre des mots sur ce qu'elle vit. Dans un premier temps, je m'interroge : Est-elle à présent en capacité de faire elle-même ce travail ? Ou est-il encore difficile pour elle de s'exprimer quant à ses ressentis quand bien même ces derniers seraient agréables ? Dans quelle mesure la verbalisation doit-elle être encouragée ?

La nécessité de s'adapter en fonction de nos objectifs, de ce que nous percevons, et de ce qu'exprime la patiente apparaît alors. Il pourrait s'agir de s'approcher de la posture de la « mère suffisamment bonne », décrite par Winnicott.¹²⁹

Dans un deuxième temps, émane un second questionnement :

Gardant à l'esprit le schéma sensation-perception-représentation, j'ai pu, au début de ce stage, considérer la verbalisation comme une sorte d'aboutissement du travail en psychomotricité.

Mais Madame Louise nous interroge : Pourquoi faut-il toujours *dire* ? Quels seraient le sens, la pertinence de la verbalisation dans ce contexte ?

Les éprouvés qui émergent lors des séances, s'ils ne sont pas mis en mots, peuvent tout à fait être porteurs de sens, avoir valeur de **communication non verbale**. En effet, « représenter » ne signifie pas « verbaliser ».

Ainsi, par sa *posture impliquée*, le psychomotricien peut parfois, sans parole, permettre l'expression des éprouvés corporels, les accueillir, puis les « transformer » en un vécu qui prenne sens pour le patient. Nous pouvons effectuer un parallèle avec la théorie de Bion selon laquelle la mère transforme les éléments Bêta, bruts, de l'enfant, et lui renvoie les éléments Alpha, porteurs de sens.¹³⁰

De par de successives aggravations de son état, le retour à domicile est reporté à deux reprises. Madame Louise s'inquiète de la majoration des symptômes, et de la perte de son autonomie. Elle dit savoir qu'elle va mourir mais craindre surtout de devenir un fardeau pour ses enfants. Elle fait d'ailleurs le choix d'arrêter le traitement par chimiothérapie. .

Lors d'une séance, Madame Louise exprime de la colère du fait d'être encore en vie : « *On m'avait dit que ça ne serait pas long*, déplore-t-elle, *je pensais en avoir pour quelques semaines.* » Aussi, à plusieurs reprises, lorsqu'elle évoque son quotidien, ou son avis quant à un éventuel retour à domicile, elle exprime : « *Je ne sais plus faire de choix* » ou encore : « *Je n'ai plus d'envie* ». Pourtant, dans le cadre des séances de psychomotricité, dès lors que nous

¹²⁹WINNICOTT D. *La mère suffisamment bonne*, Payot 2006

¹³⁰SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Editions De Boeck 2011 ; p 290

soumettons différentes propositions de soins, Madame Louise parvient à choisir, ce que nous valorisons.

Notons que dans les services hospitaliers aux fonctionnements très ritualisés, régis par des contraintes de temps et d'organisation, les patients ont peu d'occasions de faire des choix. Les séances de psychomotricité constituent un espace-temps particulier : il est primordial de garantir au patient une **place de sujet**, dans lequel il peut encore choisir ce qui est bon pour lui, **s'affirmer et être conforté dans sa personnalité**. Cet enjeu semble particulièrement important dans le cadre de la prise en soins de Madame Louise, qui a pour habitude de revendiquer ses choix et ses décisions.

Madame Louise évoque tantôt son souhait de décéder au plus vite, et tantôt le plaisir de partager un repas avec sa sœur, le bien-être qu'elle ressent après un massage, et même l'importance des séances de kinésithérapie pour sa rééducation. Par son ambivalence, elle nous montre donc sa souffrance, son envie, parfois que tout s'arrête, mais aussi sa faculté à conserver de petits îlots d'espoir et de plaisir pour continuer à vivre.

Madame Louise dit apprécier les séances de psychomotricité qui paraissent, pour elle, constituer une parenthèse. De plus, elle semble s'être **approprié** ce suivi. Elle nous demande à plusieurs reprises un massage à quatre mains, lors duquel elle peut alors se laisser aller à simplement ressentir. Elle sollicite également ses proches, afin qu'ils lui achètent un ballon similaire à celui que nous utilisons. Elle garde celui-ci à proximité de son lit et nous explique qu'elle l'utilise lorsque son épaule est douloureuse « *à la place d'un médicament* ».

Madame Louise rentre à domicile au mois de décembre, ce qui lui permet de passer les fêtes en famille, avant de revenir dans le service, début janvier pour « glioblastome multifocal en phase palliative symptomatique ». L'objectif du traitement n'est pas la rémission mais le soulagement des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie. La prise en soin en psychomotricité est alors indiquée pour : évaluation psychomotrice globale, troubles de la mobilité, soins de confort et de détente, relaxation.

Lorsque nous la retrouvons, Madame Louise, alitée et affaiblie, nous accueille en souriant. Elle a réinvesti sa chambre d'hôpital avec des effets personnels (dessins, agenda, son propre fauteuil).

Elle explique que son retour à domicile s'est bien déroulé mais qu'elle trouve cela trop lourd, trop fatigant pour ses enfants. Elle nous fait part de son inquiétude concernant l'apparition de troubles mnésiques de plus en plus fréquents. Elle évoque les fêtes, passées en famille, tout d'abord sur un ton assez neutre, puis éclate en sanglots en murmurant : « *C'était le dernier Noël* ». Très vite, elle cesse de pleurer, reprend le dessus sur ses émotions, qui continuent cependant à se manifester par de fins tremblements et la majoration de son hypertonie.

Elle nous demande alors un massage « avec nos mains » : que nous réalisons en symétrie, sur ses deux hémicorps. A la fin du massage, Madame Louise évoque uniquement les perceptions

agréables dans son hémicorps gauche, parétique, et souligne que parfois, elle parvient à bouger les orteils. Lorsque nous lui demandons ce qu'elle a ressenti du côté droit, elle répond : « *Je ne sais pas, je n'ai pas senti.* ».

Je m'interroge quant aux raisons pouvant amener Madame Louise, dans ce moment précis, à centrer son attention uniquement sur son hémicorps parétique. Est-ce que, dans les moments où l'angoisse de la mort se fait plus prégnante, la patiente a besoin de se rassurer en ressentant son hémicorps gauche « vivant » ? La recherche de mouvement (au niveau des orteils, qui habituellement servent à agripper, appuyer) constitue-t-elle une manière de se raccrocher à la vie, chez cette femme active ? Ou est-ce que, dans une tentative de **réunification** de son schéma corporel, Madame Louise s'est saisie de la séance pour encore ressentir son hémicorps gauche, malgré les pertes croissantes de perceptions et de mobilité, liées à la maladie ?

Comment, alors, lui permettre d'accéder à un éprouvé d'unité corporelle ? Aurions-nous pu, par exemple, proposer un travail autour de la perception de l'axe, par des inductions tactiles au niveau de la colonne vertébrale ?

La séance suivante, nous retrouvons Madame Louise allongée dans son lit, dans une hypovigilance, et un ralentissement psychomoteur important. Elle parvient tout de même à nous demander un massage à quatre mains, sur tout le corps, avec une « musique douce » Elle murmure également : « *Ca me fait du bien, la psychomotricité* ».

Il est intéressant de noter que Madame Louise peut encore, en dépit de son hypovigilance, exprimer ses volontés, ses choix et ce qu'elle perçoit comme bon pour elle.

Aussi, je me questionne quant aux demandes claires et récurrentes de Madame Louise, de la masser « avec nos mains », particulièrement lors des dernières séances, alors qu'en début de prise en soin, elle se montrait adepte du ballon enveloppant. Que perçoit-elle de différent entre les massages par le ballon et le « peau à peau » ? Est-elle sensible à la différence de matière, de chaleur, de distance, de présence ?

Anzieu met l'accent, non seulement sur la valeur communicative du toucher : « *Le massage devient message* »¹³¹ mais aussi sur « *la peau comme donnée originale à la fois **d'ordre organique et d'ordre imaginaire, comme système de protection de notre individualité en même temps que comme premier instrument et lieu d'échange avec autrui.*** »¹³²

Est-ce alors l'évolution de notre relation avec Madame Louise qui a induit le fait que le « peau à peau » soit possible, et même souhaité ? Ce peau à peau qui **faisait alors place à l'individualité de chacune de nous**, patiente et soignantes, confortait peut-être Madame Louise dans son individualité.

¹³¹ ANZIEU D. *Le Moi-peau*, Dunod 1995, p 60

¹³² Ibid. p 25

De plus, le toucher en peau-à-peau réduit la distance à la dimension de « l'intime » définie par E.T. Hall. Madame Louise, de par la situation de dépendance à laquelle elle est à présent soumise, est confrontée quotidiennement à cette « distance intime », dans le cadre des soins de nursing. Sa perception de la proxémie s'est-elle, de fait, modifiée ?

Le **dialogue tonico-émotionnel**, qui s'est instauré et a évolué lors des séances successives, semble à présent plus prégnant encore, dans la communication, dans la relation, entre Madame Louise, ma maître de stage et moi-même.

Je ne suis pas présente pour la dernière séance de psychomotricité de Madame Louise qui a lieu deux jours plus tard. L'équipe soignante a prévenu la famille de Madame Louise de son état d'hypovigilance qui s'est aggravé, et, a priori, de son décès imminent

Trois personnes, silencieuses, sont présentes au chevet de Madame Louise, lorsque la psychomotricienne entre dans la chambre. Il s'agit de Madame B. : fille de la patiente, de sa sœur, et d'une de ses cousines, bénévole dans l'établissement, que Madame B. ne semble pas connaître. Lorsque ma maître de stage propose un soin, Madame B. l'accepte volontiers. Relaxologue, elle a apporté ses huiles qu'elle met à disposition de la psychomotricienne. Celle-ci lui propose de revenir dans la chambre, si elle le souhaite, durant le massage. En essayant de masser Madame Louise « comme elle aime », ma maître de stage cherche non seulement à induire du bien-être, mais aussi, comme tout au long du suivi, à **conforter Madame Louise dans sa personnalité, dans son identité**, malgré toutes les pertes induites par la pathologie.

Madame B. revient doucement dans la chambre de sa mère, à la fin du massage. Elle s'assoit avec la psychomotricienne, et toutes deux échangent, en tenant compte de Madame Louise. Bien que très peu communicante, gardant les yeux fermés, et émettant quelques rares sons non compréhensibles, elle est toujours là, présente. Cet échange se veut triangulaire : il s'agit de maintenir une place à la patiente, mais aussi de conforter Madame B. dans sa place de fille. Madame B. raconte que durant la période de Noël, elle a, à plusieurs reprises, massé sa mère. Alors qu'auparavant, Madame Louise ne comprenait pas vraiment le métier de sa fille, ces massages lui ont peut-être permis de rencontrer une partie de la vie de Madame B., une partie de son être. Mère et fille se sont-elles alors rejoint dans un mode de rencontre différent, recréant un dialogue tonico-émotionnel ? L'écoute de ses perceptions qu'a pu vivre Madame Louise a-t-elle constitué une découverte autour de laquelle les deux femmes ont pu se rencontrer ?

Madame Louise décèdera le lendemain, entourée de sa famille.

Conclusion de l'étude de cas

Mon choix de relater la prise en soin de Madame Louise, est notamment lié à la richesse de cette rencontre, et des questionnements professionnels et personnels qu'elle a suscités. J'ai ainsi pu suivre l'évolution de Madame Louise, tout au long de son hospitalisation, dans l'aggravation de symptômes mais aussi, dans les modifications de son rapport au corps, dans l'expression de ses ressentis, dans ses questionnements jusqu'à la fin de sa vie.

La prise en soin de Madame Louise a donné lieu à de nombreuses interrogations qui s'avèrent récurrentes dans ce service : Comment se situer vis-à-vis de la demande du patient, notamment lorsqu'une personne en situation palliative formule une demande en terme de rééducation ? Comment, dans un tel suivi, prendre en compte la notion de temps, prégnante au vu de l'évolution rapide de la pathologie ? Comment se situer face à quelqu'un qui exprime son ambivalence entre désir de vivre et désir de mourir ?

Jusqu'où s'implique-t-on dans la relation ? **Jusqu'où s'engage-t-on dans le dialogue tonico-émotionnel ?** Jusqu'où peut-on s'engager émotionnellement ?

Et pourquoi s'implique-t-on ?

Tant d'interrogations qui ont donné naissance à ce mémoire, et qui l'ont nourri.

Tant d'interrogations auxquelles il a été passionnant de chercher des ébauches de réponses, des hypothèses.

Tant d'interrogations qui, je l'espère, continueront longtemps à m'animer, à me pousser à rencontrer l'autre, et à me laisser questionner.

« L'être humain ne se réduit pas à ce que nous voyons ou croyons voir. Il est toujours infiniment plus grand, plus profond que nos jugements étroits ne peuvent le dire. Il n'a, enfin, jamais dit son dernier mot, toujours en devenir, en puissance de s'accomplir, capable de se transformer à travers les crises et les épreuves de sa vie. »¹³³

¹³³ HENNEZEL (De) M. *La mort intime*, Robert Laffont, Paris 1995, p 37

Conclusion

Nous avons pu constater que la *posture impliquée* du psychomotricien est primordiale à différents niveaux du suivi des patients souffrant de glioblastome.

Cette *posture impliquée* se retrouve dans l'observation du psychomotricien, et dans l'adaptation du **bilan psychomoteur** du patient atteint de glioblastome.

En effet, l'observation du psychomotricien est basée sur ce que celui-ci perçoit du patient. Le professionnel conforte, aiguise ses repères corporels par son expérience et sa propre pratique corporelle, ce qui lui permet d'assumer sa subjectivité dans l'observation.

En outre, c'est à partir de ses propres éprouvés dans la relation avec la personne soignée, que le psychomotricien adapte le bilan psychomoteur, notamment dans ses propositions, dans sa durée.

Le bilan psychomoteur constitue un **outil fondamental** du psychomotricien, reconnu par une **communauté professionnelle**.

Nous retrouvons ici **une partie de l'identité de métier** définie par Claude Dubar, qui suppose :

« *des confirmations objectives par une communauté professionnelle dotée de ses propres instruments de légitimité* ». ¹³⁴

Dès le bilan psychomoteur, le psychomotricien s'implique dans un **dialogue tonico-émotionnel** avec la personne soignée. Ce dialogue se poursuit ensuite, et évolue tout au long de la prise en soin.

Nous avons relevé différents enjeux de cette relation entre le psychomotricien et le patient souffrant de glioblastome.

En ce qui concerne la personne soignée, le dialogue tonico-émotionnel peut être source d'expression, de communication, de soutien identitaire, ou être l'occasion d'un renforcement du système de pare-excitation.

Cette valeur thérapeutique recherchée dans le dialogue tonico-émotionnel, nécessite l'implication du psychomotricien dans la relation: la *posture impliquée* du psychomotricien est inhérente à la prise en soin du patient souffrant de glioblastome.

Il semble primordial de garder à l'esprit les enjeux de cette implication dans la relation du psychomotricien avec des patients souffrant de maladie grave. Le professionnel vit en effet

¹³⁴ DUBAR C. *La socialisation*, Armand Colin, 2010, p 199

des situations émotionnelles intenses. Tout en restant présent à l'autre, il lui faut maintenir une capacité à prendre du recul sur ces situations, et à considérer son propre contre-transfert. Les échanges au sein de l'équipe soignante, les espaces de supervision, ou encore la pratique corporelle du psychomotricien peuvent l'aider à maintenir une certaine présence à lui-même, ainsi qu'un certain recul.

Notons qu'un autre enjeu capital de ce dialogue tonico-émotionnel, pour le psychomotricien, est le développement de sa créativité, lorsque suffisamment ancré, il peut accepter de se laisser modifier, transformer par l'autre.

Geneviève Ponton et Benoît Lesage établissent des liens entre la notion d'**art** et l'implication du thérapeute dans la relation.

La *posture impliquée* du psychomotricien participerait à une démarche artistique puisqu'elle nécessite de se laisser toucher, de s'adapter continuellement, de s'éloigner de ses propres repères pour ensuite les retrouver. La justesse de cette *posture impliquée* se recherche en permanence et suppose une présence à ses éprouvés. Par sa pratique corporelle régulière et ses expériences de rencontres, le professionnel affine ses propres repères corporels.

La seconde partie de la définition de l'identité de métier nous apparaît alors :

«La construction d'une identité de métier présuppose une forme de transaction subjective permettant l'auto-confirimation régulière de la maîtrise progressive d'une spécialité toujours plus ou moins vécue comme un art.»¹³⁵

Ces réflexions nous ont permis de démontrer l'importance de la « **posture impliquée** » du psychomotricien dans le bilan psychomoteur et dans le dialogue tonico-émotionnel avec les patients souffrant de glioblastome.

D'après la définition de l'identité de métier de Claude Dubar, en considérant d'une part que le bilan psychomoteur constitue un outil fondamental du psychomotricien, et d'autre part, que son ajustement dans le dialogue tonico-émotionnel participe à une démarche artistique, nous pouvons valider notre hypothèse de départ :

La posture impliquée du psychomotricien auprès du patient souffrant de glioblastome est constitutive de son identité, dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation.

Et au-delà de cette réflexion, nous pourrions nous poser la question suivante:

Dans un contexte où le psychomotricien s'engage de tout son être dans la relation avec un patient en souffrance, dans quelle mesure **le cadre des séances** de psychomotricité peut-il faire fonction de pare-excitation pour le patient, mais aussi pour le professionnel?

¹³⁵ Idem.

Bibliographie

ALVAREZ L. et GOLSE B. « Du concept de dialogue tonique au concept d'interactions, Emotions et polysensorialités » *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 162, 2010

ANZIEU D. *Le Moi-Peau*, Dunod, Paris 1995, 291 p.

BALLOUARD C. *Le travail du psychomotricien*, Dunod, Paris 2006, 245 p.

BERNARD M. *Le corps*, Editions universitaires, Paris 1972, 163 p.

BENGRINE A. *Le temps que je possède et le temps qui me possède*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Bordeaux, Juin 2010

BLOCH Huguette et alii., *Grand Dictionnaire de la psychologie*, Larousse, 2011

BOLLY C. et GRANDJEAN V. *L'éthique en chemin- Démarche et créativité pour les soignants*, L'hammartan, Paris 2004, 263 p.

BUCHER H. *Développement et examen psychomoteur de l'enfant*, Masson, Paris 2004, 177 p.

BULLINGER A. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Eres, Ramonville-Saint Agne 2004, pp. 34 - 44, 76 - 92, 136 - 143.

CALZA A. et CONTANT M. *Psychomotricité, 2^{ème} édition*, Masson, Paris 1999 pp. 1 - 49 et 209 - 236.

CHATEL T. *Vivants jusqu'à la mort, Accompagner la souffrance spirituelle en fin de vie* Albin Michel, Paris 2013, 264 p.

CAUT I. « Revenir sur ses traces, vécu traumatique et relaxation psychomotrice » *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 169, 2012

DIARD I., « Sentiers corporels, chemin de rencontre en unité de soins palliatifs », *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 174, 2013

DE MELO M. *Un lien à l'autre pour des liens à soi*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Bordeaux, Juin 2013

DUVAL F. (Dr.) Document remis au personnel soignant du service dans le cadre d'une formation, le 14/12/2012

DESOBEAU F. « Identité et fonction du psychomotricien » *Thérapie psychomotrice et Recherche* n° 162, 2010

DORON Roland et PAROT Françoise (coordonné par), *Dictionnaire de psychologie*, Quadrige, 2003

DUBAR C. *La socialisation*, Armand Colin, Paris 2010, 251 p.

GAUCHER-HAMOUDI O. et GUIOSE M. *Psychomotricité et soins palliatifs*, Heures de France, Paris 2007, 124 p.

GIRAC-MARINIER Carine et alii., *Dictionnaire Le Petit Larousse Illustré*, 2013

GIROMINI F. « Psychomotricité : les concepts fondamentaux », Eléments théoriques de première année, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, 2003-2004.

GIROMINI F. et LESAGE B. « Quand le corps parle de soi-même... et à l'autre » *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 174, 2013

GOLSE B. « Regards actuels sur l'œuvre d'Ajuriaguerra », in *Evolutions psychomotrices* ; Mars 2009 ; Volume 21 ; n°83 : *Le bilan psychomoteur dans tous ses états*.

GUERIN I. *Un travail de créativité pour être puis pour grandir*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, Juin 1994

HENNEZEL (De) M. *La mort intime*, Robert Laffont, Paris 1995, 232 p.

<http://atilf.atilf.fr/> (Le Trésor de la Langue Française Informatisée)

<http://gfme.free.fr/index.html>- (Glioblastoma Fondation Michèle Esnault)

<http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dispositif-dannonce/>

<http://www.has->

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_argumentaire_mise_en_ligne_2006.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_argumentaire_mise_en_ligne_2006.pdf)

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://soinspalliatifs.fondationdefrance.org/>

JOLY F. et LABES G. (coordonné par) *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*

Volume 1 : Corps, Tonus et psychomotricité, Editions du Papyrus, Paris 2009, pp. 55 à 196.

Volume 3 : Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce, Editions du Papyrus 2010, pp. 121 - 133 et 307 - 323

JOLY F. et BERTHOZ A. (coordonné par) *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*

Volume 4 : Développement corporel et relation à autrui : [actes du] colloque 1^{er} et 2 juillet 2010 en hommage à J. de Ajuriaguerra, Editions du Papyrus, 2013, pp 63-81, 180 - 201 et 241 - 277.

JOLY F. « Psychomotricité et médiations corporelles et thérapeutiques : Le médiatif et le travail du médium malléable » in *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 173, 2013, p 38 à 51

LAVIELLE J-G. *Vivre encore et en corps*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, Bordeaux, Juin 2009

KISS A., *L'empathie et la rencontre interculturelle*, L'Harmattan, 2001, p. 9

LIVOIR-PETERSEN M-F. « Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme », *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 157, 2009,

MARCOS I. « Corps vécu/ corps réel, redonner du sens quand la vie emmure » in *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 129, 2002

MARCOS I. « Psychomotricité en soins palliatifs » in *Revue Internationale de Soins Palliatifs*, n° 2, volume 27, 2012

MARCOS I. et BURUCOA B., « La psychomotricité en unité de soins palliatifs : au sujet d'une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA) », in *Médecine Palliative Volume 11*, 2012

MARTINET M. *Théorie des émotions- Introduction à l'œuvre d'Henri Wallon*, Editions Aubier Montaigne ; 1972 ; pp. 43 à 68.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, Circulaire n° DHOS/ 02/ 2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

- MIJOLLA (De) A. et alii. *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Pluriel 2013
- MURCIA R. « Diversité des modèles en psychomotricité » in *Evolutions Psychomotrices* n° 52, 1994
- PONTON G. « La réorganisation de la conscience corporelle, Se construire vivant dans la durée, Rendre visible l'invisible » in *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n° 169, 2012
- MORIN E. *Introduction à la Pensée complexe*, Seuil, Paris 2005, 160p.
- MOYANO O. « La relaxation psychomotrice, une autre idée du transfert », *L'information psychiatrique* n°8, 1994
- POTEL C. *Etre psychomotricien*, Eres, Toulouse 2010, 469 p.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, DE Boeck, Bruxelles 2011 ; 333 p.
- SEGUIN P. Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice – Version consolidée au 7 août 2004
- VANDENBROUCKE. « Les sensorialités en psychanalyse », *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 2007/2 N° 122, p. 73-81.
- VARELA. F *L'inscription corporelle de l'esprit - sciences cognitives et expérience humaine*, Seuil, Paris 1993
- WINNICOTT D. *La mère suffisamment bonne*, Payot et Rivages Paris 2006, 122 p.
- WINNICOTT D. W, *Jeu et réalité*, Folio Essais, Paris 2002, 276 p.

Annexes

Annexe n°1.....	Outil Pallia 10
Annexe n°2.....	Quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson
Annexe n°3.....	Article 1 ^{er} du Décret de compétence du psychomotricien
Annexe n°4.....	Grille d'évaluation psychomotrice

Annexe n° 1

Outil d'évaluation PALLIA 10

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant

DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

Pallia 10 est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire.

La mise en œuvre de la démarche palliative tirera profit de la collaboration avec une équipe mobile (patient hospitalisé), un réseau (patient à domicile) ou une unité de soins palliatifs.

QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

Chez des patients atteints de maladies ne guérissant pas en l'état actuel des connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soin le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

COMMENT UTILISER PALLIA 10 ?

Elaboré par un groupe d'experts de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, Pallia 10 explore les différents axes d'une prise en charge globale.

Répondez à chacune des questions.

Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolation, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs 	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

Annexe n° 2

Les quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

1. **Respirer**
2. **Boire et manger.**
3. **Éliminer** : Capacité à éliminer selles et urine et d'assurer son hygiène intime.
4. **Se mouvoir, maintenir une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate** : se déplacer seule ou avec des moyens mécaniques. Également de connaître les limites de son corps.
5. **Dormir, se reposer** : dormir et se sentir reposée. Également de gérer sa fatigue et son potentiel d'énergie.
6. **Se vêtir et se dévêtir** : Également de construire son identité physique et mentale.
7. **Maintenir sa température corporelle dans la limite de la normale (37,2 °C).**
8. **Être propre, soigné et protéger ses téguments** : Capacité à maintenir son niveau d'hygiène, à prendre soin d'elle, à ressentir un bien-être. Également à se percevoir au travers du regard d'autrui.
9. **Éviter les dangers** : maintenir et promouvoir son intégrité physique et mentale.
10. **Communiquer avec ses semblables** : Capacité à être compris et à comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code. Également à s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité.
11. **Pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances** : Capacité d'une personne à connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs.
12. **S'occuper en vue de se réaliser** : Capacité d'une personne à avoir des activités, à les impliquer dans son autoréalisation et conserver son estime de soi. Également de tenir un rôle dans une organisation sociale.
13. **Se divertir, se récréer** : se détendre et se cultiver. Également s'investir dans une activité qui ne se centre pas sur une problématique personnelle.
14. **Apprendre** : Capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un événement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en résilience et à pouvoir transmettre un savoir.

Annexe n° 3

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, Article 1^{er}

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

1. Bilan psychomoteur.

2. Education précoce et stimulation psychomotrices.

3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination:

- retards du développement psychomoteur ;

- troubles de la maturation et de la régulation tonique ;

- troubles du schéma corporel ;

- troubles de la latéralité ;

- troubles de l'organisation spatio-temporelle ;

- dysharmonies psychomotrices ;

- troubles tonico-émotionnels ;

- maladrotes motrices et gestuelles, dyspraxies ;

- débilité motrice ;

- inhibition psychomotrice ;

- instabilité psychomotrice ;

- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Annexe n° 4 Grille d'évaluation psychomotrice, réalisée en collaboration avec les deux psychomotriciens de l'institution

Évaluation Psychomotrice

NOM Prénom :

Date Naissance :

Date(s), horaire(s) et lieu(x) de rencontre :

Lieu de suivi: USP / SSR / HDJ :

Rédigé par :

*Demande et/ou indication initiale :

.....

Besoins/difficultés rencontrés par l'équipe :

.....

Motif et contexte de l'hospitalisation (perspectives de sortie ?):

.....

*Histoire de la maladie :

- Date diagnostic :

- Hospitalisations antérieures :

.....

- Faits marquants, autre :

*Sphère sociale/Entourage (amis, famille) :

.....

*Régions corporelles affectées par la maladie : symptômes, plaintes, gênes :

.....

.....

*Retentissement sur la vie quotidienne (handicaps / autonomie)

(Élimination – Hygiène – Alimentation – Déplacements – Communication – Cognition)

.....

.....

Conclusions

.....

Objectifs du suivi psychomoteur

.....

Préconisations

.....

Ambiance générale

- Luminosité :
- odeur, aération, t° :
- ambiance sonore :
- éléments personnels :
.....
- signes de dépendance :

Espace et temps

* Capacités d'investissement de l'espace alentours (chambre, service, extérieur...)

.....

* Rythme de la personne et vigilance (sommeil)

.....

* Teneur du temps quotidien/hebdomadaire

Impact de la maladie et traitements sur le rythme - initiatives personnelles - présence de l'entourage

.....

* Histoire et habitudes de vie. Retentissement sur le vécu de l'hospitalisation

.....

.....

* Centres d'intérêts, goûts, envies et besoins :

.....

.....

Relation et Communication

* **Compréhension** (orale/ écrite/ gestuelle)

.....

* **Ecoute** et place laissée à l'interlocuteur

.....

* **Expression verbale** :

- cohérence
- débit, tonalité, prosodie :
- difficultés langagières (aphasie, manque du mot, écholalie...)
.....

***Expression non-verbale :**

- Regard et orientation corporelle (posture)
.....
- Mimo-gestualité
- Attention/présence
.....
- Rythme dans les échanges
- Souffle et Respiration

***Climat émotionnel, impressions sur la rencontre**

.....
.....

Représentations du corps (schéma corporel & image du corps)

***Posture :**

- Installation (confort)
- Attitude d'accueil (ouverte, adaptée)
.....

***Investissement corporel**

- Présentation : vêtements, bijoux, parfum, maquillage, coiffure, hygiène, odeurs
.....
.....
- Verbalisation
.....
.....

*** Connaissance et perception du corps (somatognosie et motricité gnoso-praxique)**

.....
.....
.....

***Rapport aux sens (perceptions, représentations, troubles, attraits)**

- Vision (luminosité)
- Audition (bruits, musique)
- Toucher (température, contact peau, perceptions, verbalisations)
.....
.....
- Goût et odorat (nourriture, parfum)
.....
- Proprioception

.....
- perceptions internes (douleurs, gênes, tensions)
.....

***Compréhension et représentation de la maladie** (réalité physiologique-anatomique ; vécu : hypervigilance aux symptômes, intérêts amplifiés pour des données soignantes)
.....
.....

***Angoisses corporelles** (existence, intensité, condition de survenue, affect généré)
.....
.....

Tonus et Force

***Force musculaire effective** : -bras/mains
.....

- jambes
.....

- tronc
.....

* Tonus de fond (passif)

* Tonus postural (prépa au mvt)
.....

* Tonus d'action (ds le mvt)

*Impact de l'émotion sur la tonicité et mécanisme de défense corporel

Hypertonie (fond, action, posturale)
.....

Paratonies

Motricité

***Motricité globale**

*Autonomie et amplitude de mouvement, investissement de la kinésphère
.....
.....

*Equilibre statique (assis, debout, bipodal spontané, yeux fermés, contre résistance, rétropulsion)
.....
.....

*Equilibre dynamique

- Transferts (autonome/aide)
- Marche (autonome/aide)

Investissement du déplacement (utilisation, fonction, intérêt)

.....

***Motricité fine**

*Latéralité usuelle et impact de la maladie

.....

* Coordinations bimanuelles

Coordinations oculo-manuelles

.....

*Praxies idéatoires et écriture (objets : sonnette, téléphone, télécommande, verre d'eau, brosse, stylo)

.....

Praxies idéomotrices et symboliques (sans objet)

.....

Praxies mélokinéthiques

Remarques

.....

.....

.....

.....

Table des matières

Avant-propos.....	3
Remerciements.....	5
Sommaire.....	6
Introduction.....	7
Développement.....	11
I.Posture impliquée dans le bilan psychomoteur des patients atteints de glioblastome..	12
A. Avant la rencontre : un patient atteint de glioblastome.....	13
1. Le glioblastome : une tumeur cérébrale.....	13
De la physiologie du processus tumoral à la notion de cancer.....	13
Tumeurs cérébrales : définition et classification.....	13
Glioblastome : Définition, facteurs de risques et pronostic.....	14
2. Le diagnostic de glioblastome et les signes cliniques.....	15
Diagnostic de glioblastome.....	15
Signes cliniques.....	16
3. Les traitements et l'évolution de la personne atteinte de glioblastome.....	18
Traitements de la personne atteinte de glioblastome.....	18
Cinq phases de la maladie cancéreuse.....	19
B. Avant la rencontre : une psychomotricienne en S.S.R. à orientation oncologique.....	21
1. Un S.S.R. à orientation oncologique.....	21
2. Des situations relevant d'une prise en soin palliative.....	23
Comment se définissent les soins palliatifs ?.....	23
Quelles personnes requièrent des soins palliatifs ?.....	23
Les L.I.S.P., des structures dédiées aux soins palliatifs.....	24
3. L'équipe soignante auprès des patients atteints de glioblastomes, en S.S.R.....	26
Le rôle de l'équipe soignante.....	26
La psychomotricienne au sein de l'équipe soignante.....	27
C. La rencontre : Le bilan psychomoteur.....	28
1. Intérêt du bilan psychomoteur.....	28
2. Spécificités auprès de patients souffrant de glioblastome.....	30
Intérêt du bilan psychomoteur pour le patient souffrant de glioblastome.....	30
Bases d'une grille d'observation du patient souffrant de glioblastome.....	31
3. <i>Posture impliquée</i> du psychomotricien dans l'observation, et dans l'adaptation du bilan psychomoteur.....	36
II.Posture impliquée dans le dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient souffrant de glioblastome.....	40
A. Le dialogue tonico-émotionnel entre le patient atteint de glioblastome et le psychomotricien.....	41
1. Physiologie du tonus musculaire.....	41
Le réflexe myotatique :.....	41
Le réflexe myotatique inverse.....	42
Le circuit de Renshaw.....	42
La boucle gamma.....	42
La proprioception.....	42
2. Maturation du contrôle tonique et développement psychomoteur.....	44
Le corps vécu : de 0 à 3 ans.....	44

Le corps perçu : de 3 à 6 ans.....	44
Le corps représenté : de 6 à 12 ans.....	44
Développement postural et régulation tonique, selon André Bullinger	45
3. Fonctions du tonus musculaire :	47
Le tonus de fond : La contenance.....	47
Le tonus d'action : La base de la motricité	47
Le tonus postural : La posture	47
4. Wallon : le lien entre tonus et émotions.....	49
5. Le dialogue tonico-émotionnel : un fondement de la psychomotricité.....	51
6. Le dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient souffrant de glioblastome	53
B. Les enjeux du dialogue tonico-émotionnel pour le patient atteint de glioblastome	54
1. Soutien de la communication et de l'expression	55
2. Soutien de l'identité.....	58
3. Pare-excitation	61
Conclusion	63
C. Les enjeux du dialogue tonico-émotionnel pour le psychomotricien	64
1. Transfert et Contre-transfert	65
2. Empathie et Créativité	68
Conclusion	71
<i>Etude de cas</i>	72
<i>Conclusion</i>	82
<i>Bibliographie</i>	84
<i>Annexes.....</i>	88
Outil d'évaluation PALLIA 10	89
Les quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson	90
Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, Article 1 ^{er}	91
Grille d'évaluation psychomotrice, réalisée en collaboration avec les deux psychomotriciens de l'institution.....	92
<i>Table des matières.....</i>	97