

Approche du rythme en psychomotricité: le rythme comme élément fondamental dans la régulation de la fonction tonique

Jérémy Julien

► **To cite this version:**

Jérémy Julien. Approche du rythme en psychomotricité: le rythme comme élément fondamental dans la régulation de la fonction tonique. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018344

HAL Id: dumas-01018344

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018344>

Submitted on 4 Oct 2014

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Approche du rythme en psychomotricité

**Le rythme comme élément fondamental dans la
régulation de la fonction tonique**

JULIEN Jérémy

Né le 26 février 1992
à Blaye

Juin 2014

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Approche du rythme en psychomotricité

**Le rythme comme élément fondamental dans la
régulation de la fonction tonique**

JULIEN Jérémy

Né le 26 février 1992
à Blaye

Juin 2014

Remerciements

Je remercie tout d'abord Madame Nelly MUNIER, cadre de santé et psychomotricienne, qui m'a permis d'effectuer mon stage en centre de rééducation fonctionnelle.

Je tiens à remercier grandement mon maître de stage et maître de mémoire Lucile HOUDRE, psychomotricienne, qui m'a porté dans sa pratique et qui m'a énormément soutenu dans l'écriture de ce mémoire.

Merci à Nicolas TOURNEUR, mon second maître de stage psychomotricien, qui par sa clinique et sa pratique auprès d'enfants m'a également amené à de nombreuses réflexions.

Je remercie aussi l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux, les personnes qui y travaillent et tous les intervenants de ces trois années.

Une pensée pour toute ma famille qui a toujours été là et qui m'a toujours étayé dans mes choix et accompagné dans ma progression.

Merci à tous mes amis proches les plus fidèles.

Enfin merci à toi Fanny.

Sommaire

Avant-propos	5
Introduction	6
I/ Partie clinique	8
1. Présentation du lieu de stage.....	8
2. Présentation des études de cas.....	14
3. Quelles problématiques dégager ?.....	32
II/ Partie théorique	34
1. Pourquoi le rythme ? Et le tonus dans tout ça ?.....	34
2. Introduction au rythme.....	38
3. Le rythme à la base de la vie.....	43
4. Le rythme en psychomotricité : un organisateur fondamental de la conscience de soi.....	47
III/ Partie clinico-pratique	52
1. Monsieur B. : « à vous, à moi ! ».....	52
2. Monsieur BT. : autour de la conscience corporelle.....	68
3. Groupe fibromyalgique : l'atelier rythme.....	78
Conclusion	87
Bibliographie	89
Table des matières	91

Avant-propos

« Le rythme de la vie moderne ne nous permet pas de nous arrêter un instant sur le bord du trottoir de l'existence. »

Pierre DAC⁽¹⁾, humoriste et comédien français

*« Le silence est une tranquillité mais jamais un vide ;
il est clarté mais jamais absence de couleur ;
il est rythme ; il est le fondement de toute pensée. »*

Yehudi MENUHIN⁽²⁾, violoniste et chef d'orchestre américain

(1) <http://www.les-citations.com/>

(2) <http://www.citation-celebre.com/citation/rythme>

Introduction

Pratiquant depuis une dizaine d'années la musique et passionné de percussions, je me suis souvent dit que ces outils pourraient faire partie de ma mallette de futur psychomotricien. Le rythme et la guitare, sources inépuisables de plaisir et de création, m'accompagnent au quotidien depuis un certain temps maintenant.

S'ajoute à cela l'approche du rythme que j'ai pu expérimenter à l'Institut de Formation en Psychomotricité avec les enseignements de Monsieur NARPON. Cet atelier m'a permis de découvrir et d'explorer une multitude de rythmes par des engagements corporels, vocaux et instrumentaux. Je souligne ici la complémentarité de cet atelier avec ma pratique de musicien.

Au fil des mois, il m'a donc paru intéressant de rédiger mon mémoire de troisième année autour de cette notion de rythme. Pour cela j'ai voulu ne pas totalement me focaliser sur l'aspect des percussions mêmes ou du rythme pur ; ou du moins pas seulement. Je souhaitais alors traiter de l'approche et du travail qui peuvent être fait en psychomotricité sur les différents rythmes organisateurs de la personne en lien avec son vécu.

Pour pouvoir élaborer ce mémoire je me suis appuyé sur mon stage en Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle (CMPRF), que j'ai effectué tous les jeudis et certains mercredis d'octobre 2013 à fin juin 2014 à raison de dix heures par semaine. J'ai également reçu le soutien de mon maître de stage Lucile HOUDRE pour ce sujet qui par la suite est devenue mon maître de mémoire. J'ai par ailleurs effectué sur la même période un second stage, celui-ci en Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD), tous les vendredis avec Nicolas TOURNEUR.

Les problématiques n'ont pas été si simples à définir : entre l'ensemble des questionnements, les liens à faire avec les différentes populations rencontrées dans la clinique, les apports théoriques et les différentes observations... Que serait-il intéressant de traiter dans un mémoire de troisième année de psychomotricité sur cette notion transversale de rythme ?

Il en ressort que les patients présents dans le centre de rééducation fonctionnelle ont en commun un empêchement ou un ralentissement dans leurs mouvements et leur évolution, pour des raisons d'origines différentes (qu'elles soient neurologiques, chroniques, traumatiques ou orthopédiques). Ces affections ont également un retentissement sur le plan psychologique. Le caractère des troubles est plus ou moins réversible, voire irréversible, et les perceptions ainsi que l'image de soi se retrouvent souvent plus ou moins troublées. Tout cet ensemble a aussi un impact déstructurant sur les différents rythmes de la personne.

L'organisation psychomotrice de ces patients connaît donc une altération ; altération qui s'accompagne parfois d'une atteinte au niveau de leur fonction tonique. Ces personnes peuvent être en effet dans une grande rigidité ou dans une hypotonie excessive avec par exemple des troubles de la posture, de la régulation gestuelle ou des émotions.

Suite à mes rencontres avec les patients et suite aux multiples réflexions que j'ai pu avoir avec mon maître de stage, une problématique globale m'est alors apparue pertinente :

- Le rythme peut-il jouer un rôle dans la régulation et l'ajustement de la fonction tonique ?

Dans le premier temps de mon mémoire je choisis de développer une partie clinique. En effet je vais commencer par présenter trois études de cas contextualisées par la description de l'institution. Ainsi je vais revenir aux observations et aux réflexions cliniques qui m'ont permis de mettre en avant cette première problématique globale. C'est également à partir de tous ces éléments que je vais étayer ma réflexion en posant des hypothèses de travail tant sur les axes thérapeutiques que sur la recherche engagée dans ce mémoire avec des problématiques plus affinées.

Je vais ensuite continuer avec une partie théorique qui va permettre de préciser la compréhension des liens entre les notions de tonus et de rythme, en partant des définitions pour au fur et à mesure cibler sur leur pertinence en psychomotricité.

Je termine enfin par une partie clinico-pratique dans laquelle je reprends les trois études de cas précédentes pour avancer dans les réflexions autour de la problématique, et pour tenter d'apporter des éléments de réponse à mes questionnements par le témoignage de l'expérience clinique et de ce qui a été mis en œuvre en séances de psychomotricité.

I/ Partie clinique

1. Présentation du lieu de stage ⁽¹⁾

Le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle dans lequel j'effectue mon stage a été fondé en 1971 à Bordeaux. Il est régulièrement rénové et agrandi depuis 1997. Environ 200 professionnels réunis parmi une quinzaine de métiers travaillent au sein de cet établissement qui accueille près de 1800 patients chaque année.

1.1 Pour quels patients ?

Les patients présents dans l'institution sont très différents mais nécessitent le besoin de restauration fonctionnelle selon un projet global. Ce sont des patients adultes, hommes ou femmes, qui peuvent présenter des affections orthopédiques, rhumatologiques, traumatiques ou neurologiques dans le cadre de leur suivi après un séjour en milieu hospitalier ou dans le cadre d'un suivi au long cours pour des affections chroniques. Ils peuvent aussi présenter des facteurs d'incapacités fonctionnelles (fibromyalgie) ou des fragilités médico-psycho-sociales.

1.2 Trois grands types de pathologies : quels objectifs ?

Les pathologies traumatiques regroupent les problèmes médicaux intervenants après un traumatisme comme les accidents, les fractures ou les chutes.

(1) Plusieurs informations sont tirées du site internet de l'institution.

Les pathologies orthopédiques concernent les suites des actes de chirurgie de l'appareil locomoteur (os, articulations, tendons, ligaments, muscles) pour usure comme l'arthrose ou pour déformations et instabilités comme par exemple les séquelles d'entorse.

Les pathologies neurologiques apparaissent quant à elles suite à un accident vasculaire cérébral, une rupture d'anévrisme, une tumeur cérébrale, ou concernent des maladies neuro-dégénératives comme la maladie de Parkinson ou la Sclérose en plaques.

Des prises en charge particulières sont également mises en place pour les patients lombalgiques et fibromyalgiques au sein de dispositifs plus spécifiques.

L'objectif de la clinique de réadaptation va être de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, psychiques, économiques et sociales des déficiences et des incapacités de la personne. Un des buts est d'amener le patient vers une autonomie après avoir entendu ce qu'il souhaitait, mais surtout après avoir défini de manière claire et raisonnable des objectifs négociés et possibles. C'est une médecine sociale et de technique qui vise à un retour à la vie quotidienne, au domicile ou en milieu institutionnel.

1.3 Les différents types d'hospitalisation

Il existe deux principaux modes d'hospitalisation dans cette clinique de réadaptation fonctionnelle (*à savoir que la durée moyenne d'un séjour est d'environ trois mois*) :

- **L'hospitalisation complète** : Le patient est pris en charge 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. L'institution comptabilise 132 lits d'hospitalisation complète (dont 42 lits pour les pathologies neurologiques et 90 lits pour les pathologies traumatologiques). Le patient arrive soit d'un service hospitalier, d'une clinique chirurgicale ou d'une consultation privée, ou soit de son domicile avec une demande du médecin traitant.
- **L'hospitalisation de jour** : La clinique compte 50 places d'hospitalisation de jour. Dans ce cadre là le patient est pris en soin uniquement durant la journée du lundi au vendredi. La fréquence varie de deux à cinq fois par semaine avec un planning de

soins personnalisés. Le plus souvent le mode d'organisation se fait en demi-journée. Le patient peut arriver d'une hospitalisation complète, d'un service hospitalier, d'une clinique ou du domicile avec un avis du médecin traitant. Les moyens thérapeutiques en hôpital de jour restent néanmoins identiques à ceux de l'hospitalisation complète.

1.4 Le parcours du patient dans la clinique

Dans le cadre d'une hospitalisation complète, le patient doit d'abord passer par le service administratif le jour de son arrivée. Il passe ensuite par le service de soin pour arriver jusqu'à sa chambre et pour qu'une infirmière puisse évaluer ses besoins (recueil de données, gestion des repas, alertes aux diététiciens, etc.). Puis le patient passe une visite médicale d'entrée où est réfléchi la prescription des médicaments, des examens et des actes de rééducation en fonction de ses besoins.

Un kinésithérapeute référent est attribué en fonction de la chambre et des rendez-vous ponctuels en vue de premiers bilans sont définis par les autres thérapeutes (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, neuropsychologue et diététicienne). La personne reçoit alors une carte de planning personnalisée des actes de rééducation de la semaine.

Entre le jour d'entrée et le quinzième jour, le projet thérapeutique du patient en rééducation fonctionnelle est déterminé :

- Pour un patient ayant une pathologie traumatique ou orthopédique, le projet est établi entre la personne, l'équipe de soin, l'équipe de rééducation et le médecin spécialiste.
- Pour un patient ayant une pathologie neurologique et/ou complexe, le projet comprend une trame remplie par tous les intervenants en fonction des résultats des bilans, une réunion organisée entre le médecin spécialiste, le patient, son entourage et l'équipe, et enfin un document de contractualisation tracé dans le dossier médical.

À la suite du projet thérapeutique, une date prévisionnelle de sortie est fixée avec un courrier spécifique d'informations et un document de synthèse remis au patient et/ou à sa

famille. La date de sortie définitive est validée au moins 7 jours avant la date de sortie prévue après un entretien avec le médecin spécialiste.

Le jour de la sortie différents comptes rendus sont réalisés (derniers bilans de l'équipe de rééducation et rendus infirmiers) et les documents administratifs sont remis. Les prescriptions de sortie sont transmises au patient et le compte rendu d'hospitalisation est remis dans les 48 heures au médecin traitant. Des transmissions sont également faites aux équipes relais ou aux intervenants libéraux.

Il peut y avoir l'ouverture d'un dossier d'hospitalisation de jour selon la prescription et l'avis du médecin spécialiste. Pour le retour, le patient peut choisir son prestataire de transport.

Dans le cadre d'une hospitalisation de jour, l'élaboration du projet thérapeutique se fait soit suite à des consultations privées par des médecins spécialistes ou une consultation institutionnelle, soit suite à un parcours en hospitalisation complète dans cette clinique. Les modalités de rééducation (spécialités, fréquences des séances) sont prescrites en suivant.

La planification se fait en revanche en fonction des places limitées d'hospitalisation de jour. Il peut en effet y avoir un délai entre la prescription et le début de cette hospitalisation. Le planning personnalisé des soins est cependant remis à jour tout au long du séjour.

Un kinésithérapeute référent est attribué au patient et des rendez-vous ponctuels sont posés en vue de premiers bilans avec les autres thérapeutes s'il n'y a pas eu de séjour en hospitalisation complète. Une évaluation des besoins en soins infirmiers est aussi réalisée ainsi que la programmation des traitements.

Le parcours de rééducation et de réadaptation se compose de prises en charge en kinésithérapie, en physiothérapie, en balnéothérapie, et si besoin en ergothérapie, en psychomotricité, en orthophonie et en psychologie.

Un contrôle de rééducation est réalisé par le médecin spécialiste environ toutes les quinze séances. Le but est d'évaluer l'évolution du patient, d'ajuster le projet et les prescriptions si cela est nécessaire, et de renouveler le nombre de séances si cela est juger utile.

Pour la sortie du patient, une décision médicale de fin d'hospitalisation est prise par le médecin spécialiste. Un courrier médical est remis au patient et/ou à sa famille et transmis au médecin référent, et les comptes rendus des derniers bilans de l'équipe de rééducation sont déposés dans le dossier du patient. Des transmissions sont également faites pour les équipes relais ou les intervenants libéraux.

1.5 La place de la psychomotricité

Trois psychomotriciennes exercent dans ce centre de réadaptation fonctionnelle. Leurs champs d'action restent très larges et ouverts et s'adressent à des patients accompagnés de troubles instrumentaux, d'une maladie somatique, psychique ou d'une situation de handicap. Ils concernent l'aspect préventif, rééducatif, thérapeutique et l'accompagnement.

Les psychomotriciennes peuvent effectuer un bilan lors du premier entretien avec le patient. Ces tests portent sur l'éventail de la pratique psychomotrice avec différents exercices explorant le tonus, le schéma corporel, l'équilibre, les coordinations motrices, la communication non verbale, le domaine spatio-temporel, etc. Il est alors important de recueillir des informations et des analyses cliniques pour pouvoir faire un travail de synthèse et de restitution. C'est avec tous ces éléments que les psychomotriciennes peuvent ensuite évaluer la pertinence ou non d'une prise en soin en psychomotricité pour le patient en individuel ou en groupe dans le cadre de sa rééducation.

Les propositions de prises en soin restent là aussi très riches. Voici quelques exemples des différentes approches qui peuvent être réalisées en psychomotricité :

- Travail sur la conscience corporelle (individuel ou en groupe),
- Utilisation de la relaxation comme médiation (groupal ou individuel), méthode Sapir, travail sur la respiration,
- Thérapies à médiation corporelle (travail en binôme, travail par le toucher),

- Atelier d'expression (conduire la personne de l'expressivité vers l'expression),
- Travail en balnéothérapie (individuel),
- Travail sur la communication verbale et non verbale (prise en charge de groupe avec l'orthophoniste ou en individuelle avec une approche rééducative possible), trouver des variables d'ajustement,
- Travail sur l'adaptation et la régulation tonique,
- Aide dans l'acceptation des troubles et dans l'acceptation d'un outil palliatif et recherche de stratégies d'adaptation pour palier au handicap.

Les intentions en psychomotricité sont d'aider le patient à se recentrer sur ses sensations et ses perceptions pour au fur et à mesure pouvoir se représenter son propre corps de façon globale et unifiée. C'est dans ce sens que le psychomotricien peut aider la personne à retisser des liens entre son soma et sa psyché en contribuant à la symbolique de ses éprouvés.

Les psychomotriciennes accompagnent la personne dans l'adaptation à sa situation en le soutenant dans la construction de nouveaux repères ou dans la création de nouvelles stratégies. Elles peuvent avoir une approche rééducative qui vise plus particulièrement à l'amélioration d'une fonction, une approche réadaptative dans les démarches palliatives ou une approche plus thérapeutique.

Un des éléments indispensables des psychomotriciennes est celui de travailler en transdisciplinarité sur des notions transversales pour accompagner le patient dans son projet de soin. Elles échangent des informations et travaillent ensemble pour être plus efficaces dans le système de rééducation de la personne tout en tenant compte de son expérience de vie, de sa dimension socio-culturelle, de son parcours médical et des moyens qui sont mis en œuvre. Le professionnel peut parfois être amené à modifier ses techniques pour pouvoir s'adapter au projet de vie du patient.

Je compte maintenant présenter trois études de cas cliniques en détaillant le parcours des patients et leur pathologie. C'est à partir de là que je vais affiner la problématique en fonction également des observations cliniques et des hypothèses faites en psychomotricité.

2. Présentation des études de cas

2.1 Monsieur B. : un retour vers le mouvement

2.1.1 Notre première rencontre

Je rencontre ce monsieur la première fois mi-octobre dans sa chambre. C'est un homme plutôt corpulent avec les cheveux courts grisonnants. Il est assis dans un fauteuil roulant manuel, comme avachi dans celui-ci, le dos voûté, le bras gauche dans une attelle et les pieds sur les cale-pieds. Son regard est plongé dans le vide et il n'y a aucune expression sur son visage. Mon maître de stage me présente à ce monsieur qui me sert la main en acquiesçant légèrement de la tête.

Je remarque que cet homme a une incontinence salivaire du côté gauche avec la bouche un peu tombante de ce même côté. Il ne parle quasiment pas, répondant que très peu et de façon à peine audible. Je le trouve très fatigué et son attention semble particulièrement difficile à capter. La rencontre ne s'éternise pas et nous laissons Monsieur B. dans sa chambre. La première séance à laquelle je vais assister se déroulera le jeudi suivant.

2.1.2 Anamnèse de Monsieur B.

Monsieur B. a 67 ans, il mesure 1m73 pour 80kg et il est droitier. Il est adressé à la clinique en hospitalisation complète le 9 août 2014 par un service de neurologie où il a été hospitalisé du 22 juillet au 8 août. Les premiers motifs sont une paralysie faciale centrale gauche suite à un Accident Vasculaire Cérébral ischémique (apparu le 22 juillet) de l'artère cérébrale antérieure droite et sylvienne superficielle droite, responsable d'une hémiplégie gauche massive et d'une paralysie oculo-motrice.

L'accident vasculaire cérébral ischémique apparaît suite à l'occlusion d'une artère cérébrale ou d'une artère à destination du cerveau causant une privation d'oxygène et de glucose et entraînant de fait un infarctus cérébral.

Au cours de son hospitalisation, Monsieur B. rencontre des troubles de la déglutition compliqués d'une pneumopathie d'inhalation ayant nécessité la pose d'une sonde nasogastrique pour permettre une nutrition entérale pendant 48 heures.

Cet homme présente également un trouble bipolaire de type 1. Ce trouble se caractérise par au moins un épisode maniaque ou mixte accompagné plus ou moins d'une histoire de dépression majeure (mais pas nécessairement).⁽¹⁾ Le développement est soudain avec une escalade rapide des symptômes et la durée peut varier de plusieurs semaines à plusieurs mois si ceci n'est pas traité. La moyenne est d'environ quatre épisodes tous les dix ans et la récurrence du trouble se retrouve dans environ 90% des cas. Le premier épisode se veut souvent être un épisode maniaque chez les hommes.

Monsieur B. était en dépression depuis environ deux ans quand l'accident vasculaire cérébral est survenu, et d'après son épouse il restait couché toute la journée. Auparavant un passage en phase maniaque se révèle et cela l'amène à être hospitalisé pour une sismographie (électroconvulsivothérapie). Actuellement une contre-indication au Prozac (anti-dépresseur) est posée pour des risques d'inversion de l'humeur après avoir été vu par un psychiatre de liaison, mais il reste traité par Depakote (thymorégulateur).

Monsieur B. est marié et vit avec sa femme dans une maison de plein pied dont il est propriétaire dans la région bordelaise. Il a également une fille qui vit sur Paris. Il est retraité depuis sept ans et était auparavant animateur culturel et sportif. Ses loisirs sont la marche, les jeux de société, la vie associative, et je découvre chez ce monsieur au fur et à mesure de nos prises en charge une grande passion pour le rugby. Avant son hospitalisation il était indépendant dans les activités de la vie quotidienne et s'occupait d'un club pour personnes âgées. Il est sevré du tabac depuis trois ans et ses antécédents dévoilent une hypercholestérolémie et une hypertension artérielle (qui par ailleurs peuvent être les facteurs d'un accident vasculaire cérébral ischémique).

(1) Docteur GOUZIEN C., Cours sur les troubles de l'humeur, Psychomotricité, 2013-2014, diapo. 36-39.

2.1.3 Les prescriptions de rééducation

Les premières prescriptions par le médecin dès l'arrivée de Monsieur B. se font en kinésithérapie pour des mobilisations, de la verticalisation et un renforcement musculaire, et en électrophysiothérapie. Une prescription en ergothérapie est réalisée pour un bilan, pour une rééducation de l'hémiplégie et pour une amélioration du positionnement au fauteuil roulant.

Une semaine plus tard une prescription se fait en orthophonie pour les troubles de la déglutition. Les séances de psychomotricité ne seront prescrites qu'au mois d'octobre, c'est à dire deux mois après son entrée dans la clinique.

2.1.4 Synthèse des bilans d'entrée

À son arrivée Monsieur B. est atteint d'une hémiparésie gauche avec un ralentissement psychomoteur global. Il ne tient pas son tronc et il n'y a pas de récupération spontanée au niveau du membre supérieur et inférieur gauche. Il souffre de même de troubles de la déglutition importants qui font que ses repas doivent se présenter sous forme mixée avec de l'eau gélifiée ou parfois gazeuse.

- **En kinésithérapie** : Il n'y a pas de limitation d'amplitude du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche. En revanche la motricité est à 0 et il y a une faiblesse musculaire globale du tronc et des membres supérieurs et inférieurs droits. Il y a une hypoesthésie (diminution de la sensibilité du toucher face aux stimuli) et un trouble de la sensibilité profonde du membre supérieur gauche ainsi qu'une hypoesthésie du membre inférieur gauche. La position debout est impossible.
- **En orthophonie** : On observe des mouvements totalement diminués au niveau de la mâchoire. Monsieur B. a un manque de tonicité au niveau des lèvres, sans mouvements latéraux, avec une salivation à gauche très invalidante. Il ne gonfle pas les joues et ne peut pas tirer la langue. Pour le repas il y a besoin d'un aménagement à gauche avec des coussins pour éviter un affaissement du tronc. Il ne mâche pas, mange trop rapidement, et les aliments restent dans la bouche du côté gauche. Il a besoin d'être guidé et accompagné au cours de ses repas.

- **En ergothérapie** : La diminution de la sensibilité et l'héminégligence corporelle sont retrouvées, et il est difficile pour lui de maintenir son attention. Au niveau de l'indépendance l'index de Barthel est de 5/100. Due aux risques de chutes, une contention est mise en place au fauteuil confort et les transferts se font avec le lève-personne. Les incontinences se retrouvent au niveau urinaire et fécal.
- **En neuropsychologie** : Monsieur B. note qu'il a du mal à se positionner dans l'espace et à se repérer dans le temps. Au niveau visuo-perceptif il y a existence d'une négligence spatiale gauche sévère dont il a apparemment conscience.
Il signale également être suivi par un psychiatre pour son trouble bipolaire et semble plutôt stable au niveau de l'humeur. Malgré sa fatigabilité et ses troubles attentionnels, Monsieur B. se montre agréable et fait preuve d'une bonne collaboration. En revanche les capacités en mémoire de travail (stockage et manipulation mentale à court terme) apparaissent non fonctionnelles en situation. Il présente des capacités d'évocation lexicale faibles au regard de son niveau antérieur. Il y a également des difficultés d'exploration visuelle avec l'existence d'un syndrome dysexécutif et des difficultés de programmation motrice et d'élaboration conceptuelle.

2.1.5 Le projet thérapeutique

Monsieur B. ne peut se déplacer seul en fauteuil roulant manuel et il se retrouve dans l'incapacité de pouvoir gérer son quotidien. Il a besoin d'une aide complète pour tous ses transferts avec la nécessité d'un environnement adapté. Il a également besoin d'être stimulé pour les soins personnels et pour participer à la toilette.

Sur le plan de l'alimentation la nourriture est toujours mixée, l'eau gélifiée, et la blédine au petit déjeuner est maintenue (il bénéficie d'un régime hypocholestérolémiant). Il peut aussi porter les aliments à la bouche avec l'utilisation de la cuillère. Il faut en revanche s'assurer qu'il repère bien tous les éléments sur le plateau à cause de son héminégligence.

Dans la communication il est capable d'exprimer oralement ses besoins personnels. Il est en revanche en difficultés dans la lecture. Monsieur B. dit cependant ne pas avoir le moral et cela se retrouve dans sa participation pour les actes de la vie quotidienne.

Compte tenu du potentiel fonctionnel de Monsieur B. et de la perspective d'évolution, le retour à domicile sera envisagé avec la nécessité d'un aménagement de la maison ainsi que de la mise en place d'aides techniques et d'aides humaines importantes pour pouvoir sécuriser au maximum ce retour. Les situations prévisibles sont que le handicap sera persistant et qu'il n'y aura vraisemblablement pas de récupération du membre supérieur gauche. Dans la période du projet Monsieur B. aurait apparemment peu conscience de ses troubles.

Les objectifs de rééducation posés par le médecin sont de travailler l'équilibre du tronc et les transferts (en ergothérapie essentiellement), de stimuler la « récupération » sensitive et motrice du membre supérieur gauche, de diminuer l'héminégligence (par des exercices d'exploration avec un point d'ancrage à gauche) et de favoriser l'indépendance dans les actes de la vie quotidienne par des mises en situation avec des aides techniques.

2.1.6 Réflexions en psychomotricité

Les réflexions se basent sur des observations cliniques mais pas sur des tests psychomoteurs à proprement parler. Monsieur B. bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité depuis début octobre en individuel.

Cet homme présente un trouble de la fonction tonique avec une perte du tonus axial et postural. Il est voûté, comme déposé dans son fauteuil, et enroulé sur son axe avec une rétropulsion du bassin et une déviation latérale. Il paraît comme complètement enfermé dans l'hypotonie et il a également des difficultés d'ajustement et de régulation de son tonus d'action. Il montre aussi une perte des coordinations de base et en particulier dans le schème du repoussé. De plus son visage est très souvent figé et amimique. Monsieur B. peut rester silencieux de très longues minutes, les yeux fixés sur la personne ou dans l'espace malgré les tentatives de communication. Il parle très peu et reste apathique que ce soit en séance ou en dehors.

On peut noter aussi des troubles au niveau de son schéma corporel associés à une héminégligence et une désorganisation importante des repères temporo-spatiaux et des représentations.

Le repli dans lequel Monsieur B. apparaît donne l'impression d'être vide de pensées et de perceptions, comme dans une situation de perte du sentiment même de soi qui est par ailleurs un contenant nécessaire au fonctionnement psychique. Ses rythmes vitaux semblent totalement altérés de par cette hypotonie importante, de par cette absence de mouvement et d'expression, et de part cette impression de se laisser aller et de ne pas être présent dans la relation. Suite à l'accident vasculaire cérébral le rythme de sa vie se retrouve comme « retiré » tant sur le plan physique que sur le plan psychologique.

Comment pourrait-on en psychomotricité permettre une remobilisation de la fonction tonique chez ce patient qui se retrouve dans une perte d'élan vital ? Il serait tout d'abord intéressant de travailler sur la perception de la colonne et de sa solidité afin de réinvestir au fur et à mesure le tonus de son axe pour qu'il puisse retrouver une certaine posture. Nous pouvons essayer de repartir pourquoi pas sur des schèmes d'enroulement et de déroulement de la colonne et sur des jeux de flexion/extension avec des redressements axiaux.

Comment lui permettre de retrouver du mouvement en stimulant son tonus d'action ? Il me semble important de retrouver un réinvestissement tonique et une sensibilité émotionnelle par le biais d'une relation dynamisante, et de solliciter au possible le mouvement des membres sains en cherchant un certain plaisir moteur. Le fait de s'appuyer sur l'autre permet de réinvestir le dialogue tonique, l'action, l'espace et le rythme de l'échange. Comment ramener justement ce monsieur dans la relation et comment l'aider à retrouver des moyens d'expression de ses émotions ?

Ce qui serait intéressant pour Monsieur B. c'est qu'il puisse retrouver du rythme tant au niveau moteur que psychique par un réinvestissement du corps dans le senti, dans le perçu et dans le faire, pour que nous puissions l'accompagner progressivement vers des représentations plus justes et plus construites. L'intention est de l'étayer dans l'accès à ses représentations corporelles (limites du corps, formes, consistances, fonctions, etc.) en favorisant l'expression de son vécu afin de construire une cohérence par la mise en sens.

2.2 Monsieur BT. : une rigidité persistante

2.2.1 Notre première rencontre

Je rencontre la première fois Monsieur BT. vers mi-octobre dans une séance en groupe sur la conscience corporelle. C'est un homme d'environ 50 ans, plutôt grand, athlétique, les cheveux courts et bruns, souriant et très agréable.

Au cours de cette première séance mon maître de stage propose un travail sur la respiration : un des principes est de se déposer un peu plus à chaque expiration sur le tapis, allongé sur le dos. Je remarque chez Monsieur BT. une respiration saccadée sans réelle fluidité. Mon maître de stage lui propose donc que je l'accompagne dans sa respiration en posant mes mains en triangle au niveau de son sternum. J'exerce alors une légère pression lors de son expiration tout en respectant le temps de latence à la fin, et je relâche la pression de mes mains lors de son inspiration. Sa respiration s'apaise petit à petit en trouvant un rythme plus harmonieux.

J'observe également que les battements de son cœur propagent une vibration rythmique qui est visible sur une bonne partie de la surface de son abdomen, entre les côtes flottantes et le nombril. Cette observation, peut-être banale, m'interpelle tout de même.

Je remarque au cours de cette première rencontre que Monsieur BT. a souvent des douleurs qui se déclenchent au niveau du dos. D'ailleurs il tient souvent cette partie là du corps avec ses mains. J'observe aussi qu'il se tient très droit avec une posture figée et raide.

Je suivrai ce monsieur tous les jeudis dans le groupe de conscience corporelle, c'est à dire une heure par semaine, après le repas du midi.

2.2.2 Anamnèse de Monsieur BT.

Monsieur BT., 51 ans, entre dans le centre de réadaptation fonctionnelle en hospitalisation de jour le 4 octobre dernier suite à une hospitalisation pour une arthrodèse lombaire. L'arthrodèse correspond à une intervention chirurgicale qui a pour objectif de fusionner deux os.⁽¹⁾ Cette opération peut se faire suite à une scoliose, une fracture du rachis, de l'arthrose, un spondylolisthésis (glissement d'une structure de la colonne vertébrale par rapport à une autre), ou pour libérer un ou plusieurs nerfs dorsaux qui se retrouvent comprimés.

Il s'est fait opérer pour une arthrodèse des vertèbres L4 L5 et S1 par voie antérieure en octobre 2012 suite à une double discopathie inflammatoire (usure des disques intervertébraux) qui a entraîné des lombalgies extrêmement invalidantes. Ces lombalgies refont surface avec un syndrome inflammatoire vers le mois de janvier 2013 et Monsieur BT. perd également une dizaine de kilos. Il se fait de nouveau opérer en juin 2013 par voie postérieure avec une greffe osseuse pour une pseudarthrose. La pseudarthrose correspond à une absence complète et définitive de consolidation d'une fracture après des délais normaux.⁽²⁾ Cette seconde opération nécessite la réalisation d'une arthrodèse complémentaire des mêmes vertèbres. Il porte par la suite une ceinture lombaire durant environ trois mois.

Monsieur BT. présente aussi depuis deux ans des douleurs lombaires avec des sciatalgies bilatérales plutôt de topographie S1. La sciatalgie désigne la maladie reliée aux nerfs sciatiques.⁽³⁾ Elle se manifeste comme une douleur insoutenable qui émane de ces nerfs. Les douleurs peuvent survenir suite à une posture inadéquate, une position debout trop longue, ou suite à des activités physiques intenses et des efforts importants. Elles peuvent également être causées à la suite d'une inflammation ou d'un pincement du nerf sciatique.

Le nerf sciatique provient des racines des deux dernières vertèbres lombaires et des trois premières sacrales. Ce nerf mixte, à la fois sensitif et moteur, innerve les muscles de la fesse, les muscles de la partie postérieure de la cuisse et ceux de la jambe avec deux branches terminales (nerf tibial et nerf fibulaire) jusqu'au pied.

(1) Centre Francilien du Dos : <http://www.cfodos.com/pathologies/lombaire/arthrodese%20lombaire/>

(2) <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/pseudarthrose/15590>

(3) <http://sciatalgie.fr/>

Le médecin spécialiste du centre de réadaptation relève que les douleurs sont moins fortes au repos qu'à l'effort et que Monsieur BT. est très enraidi. De plus il a une rétraction marquée des chaînes postérieures. Il est à préciser qu'aucun déficit neurologique n'est présent.

Il semble cependant exister une kinésiophobie. Cela peut se traduire par une peur excessive d'effectuer des mouvements, en lien avec la douleur, pouvant amener le patient à adopter une hypervigilance par rapport à l'activité. Le médecin précise que cette kinésiophobie peut être prise en charge en psychomotricité.

Monsieur BT. est brancardier mais il est en arrêt depuis mai 2012. Il vit maritalement sans enfant dans un appartement avec ascenseur. C'est un monsieur qui a de l'hypertension artérielle. Dans le cadre de ses loisirs il pratiquait la musculation, la course à pied, la natation et le cyclisme. Aujourd'hui il ne pratique plus que la marche mais il souhaiterait beaucoup reprendre ces activités sportives. Il a néanmoins repris la conduite sans grandes difficultés, mais les angles morts restent très difficiles voire impossibles à réaliser.

Récit personnel

Monsieur BT. dit qu'étant enfant il souffrait de *genu valgum*, c'est à dire que ses genoux se touchaient en rentrant vers l'intérieur alors que les chevilles étaient plutôt écartées vers l'extérieur. Il a alors connu tout un système de sangles et d'atèles pour corriger cela jusqu'en classe de 6ème en étant longtemps exempté de sport. Il a ensuite eu des entorses aux chevilles à répétition et cela jusqu'à ses 17 ans. Malgré tout ça il ne se sentait pas différent des autres pour autant. Mais peut-être que ces traumatismes ont pu avoir une incidence sur ses futures douleurs dorsales (il est à noter que l'ossification du rachis ne se termine pas avant 18-20 ans). Dans ce récit Monsieur BT. énonce les faits mais n'y associe aucune charge affective. Il n'en fait rien et semble comme désaffecté.

Il a ensuite fait son service militaire où il a pratiqué énormément de sport, sans entorses apparentes. Il a également été dans la manutention où il portait de lourdes charges et c'est à ce moment là qu'il a commencé à avoir des douleurs au dos ainsi qu'un lumbago. Mais Monsieur BT. n'a alors bénéficié que de très peu de prises en charge sur ce plan là. Il continua néanmoins le sport, pour « se défouler » dit-il, et ce de façon excessive avec une pratique de la musculation intensive (sachant que sa musculature posturale était insuffisante).

S'ajoute à tout cela des problèmes familiaux avec un père hospitalisé, un frère atteint d'un cancer et une amie décédée suite aussi à un cancer dont il n'a pu faire le deuil. Il n'a également pas non plus fait le deuil de sa mère.

Depuis maintenant deux ans Monsieur BT. souffre d'angoisses envahissantes. Il connaît des tétanies avec un processus de vie arrêté et se retrouve dans un état de sidération. Ces angoisses là se cumulent à des angoisses existentielles qui sont signes de sa souffrance psychique et physique.

2.2.3 Les prescriptions de rééducation

Le médecin lui prescrit un protocole de rééducation fonctionnelle du rachis constitué de séances en kinésithérapie pour des étirements, de la marche, un renforcement musculaire, ainsi qu'en mécanothérapie pour de la bicyclette et du tapis roulant. Monsieur BT. bénéficie également de l'électrophysiothérapie avec de l'électrostimulation et de la parafangothérapie (utilisation thérapeutique de la boue d'argile).

Une prescription est faite en balnéothérapie et en ergothérapie. La psychomotricité est mise en place à raison de deux heures par semaine le mardi et le jeudi.

2.2.4 Observations cliniques en psychomotricité

Monsieur BT. s'investit très favorablement dans ces prises en charge groupales. Les réflexions se basent ici aussi sur des observations cliniques.

Monsieur BT. présente une hypertonie et une grande rigidité au niveau de toute la zone dorsale. Ses douleurs ne le figent pas seulement au niveau de la zone opérée mais aussi plus haut et plus bas dû à l'intrication anatomique et fonctionnelle des différentes chaînes musculaires. Aucune cyphose n'est visible du cou jusqu'au bassin s'il faut qu'il arrondisse le dos. Il se tient très droit avec le tronc redressé et les épaules crispées. Cela se répercute aussi au niveau des membres inférieurs et supérieurs avec une amplitude et une flexion limitée.

J'ai donc observé les pulsations de ses battements cardiaques se propageant au niveau de son abdomen : Serait-ce à cause d'un manque de tonicité au niveau de la ceinture abdominale ? Serait-ce une atteinte musculaire à ce niveau là à mettre en lien avec les interventions d'arthrodèses ? Ou serait-ce tout simplement un fait commun mais plus visible chez cet homme ?

Je constate néanmoins que sa souffrance n'est pas seulement physique. Il existe aussi chez cet homme une souffrance psychique et morale. En effet Monsieur BT. voit plusieurs éléments de sa vie quotidienne se modifier : au niveau de son statut socio-professionnel dû à son arrêt de travail depuis deux ans, au niveau de sa vie de famille, et au niveau de son identité avec des limitations physiques et de la rééducation en clinique qui pourrait l'amener à se poser comme question « Qui suis-je réellement maintenant ? À quoi est-ce que je peux bien servir désormais ? ». Monsieur BT. semble très affecté sur tous ces points évoqués en séances de psychomotricité.

Les rythmes de sa vie quotidienne rencontrent donc des obstacles, notamment son sommeil qui est de mauvaise qualité avec des difficultés d'endormissement. Les douleurs, conjointement liées à une fonction tonique altérée dans le sens d'une hypertonie très importante, empêchent l'écoulement et les variations de ses rythmes vitaux. Cela se traduit par un blocage au niveau de sa gestuelle, de sa respiration et de sa marche, mais aussi au niveau de ses représentations corporelles sur lesquelles il ne dit pas grand chose et sur lesquelles il reste sans avis. Ceci est observable lors du dessin du bonhomme sur lequel il reste pauvre dans l'expression comme s'il avait une inhibition de ses représentations et au delà même des capacités de rêverie et de projection.

Que pourrait-on proposer en psychomotricité à Monsieur BT. pour lui permettre de réharmoniser au possible sa fonction tonique et de lever cette inhibition généralisée ? Face à la problématique de sidération psychomotrice nous pouvons proposer de l'accompagner par une pratique de conscience corporelle basée sur le rythme afin de tenter de relancer une dynamique interne et de remettre en mouvement ses représentations corporelles. Il semble donc intéressant d'amener Monsieur BT. dans le fait de sentir et de percevoir son intégrité corporelle par des gestes fins et rythmés et de l'aider à se défocaliser de cette zone douloureuse et handicapante pour qu'il puisse mieux se représenter son propre corps. Cela peut le soutenir dans une réappropriation du rythme de la marche et de la respiration ; la respiration qui est intimement liée à notre état tonique et émotionnel.

2.3 Groupe fibromyalgique : douleur, quand tu nous tiens !

2.3.1 *Qu'est-ce que la fibromyalgie ?* ⁽¹⁾

La fibromyalgie, selon le rapport de la Haute Autorité de Santé datant de juillet 2010, « se caractérise par des douleurs diffuses persistantes ayant un effet sur les capacités fonctionnelles, en les amoindrissant de manière variable selon les personnes et dans le temps. ». La fibromyalgie est passée du statut de maladie à celui de syndrome et se veut être à caractère chronique. En 2006 la Classification Internationale des Maladies, la CIM 10, considère la fibromyalgie comme faisant partie des maladies musculo-squelettiques et du tissu conjonctif.

Selon le rapport d'orientation de la HAS de juin 2011, la fibromyalgie touche une femme dans 8 à 9 cas sur 10. Près de 90 % des patients ont moins de 60 ans. Sa prévalence serait de 1,4 à 2,2 % dans la population générale.⁽²⁾

Jusqu'à présent le diagnostic de ce syndrome est clinique, pouvant être étayé par des questionnaires, des échelles et des critères diagnostiques. En l'absence de lésions anatomiques, d'anomalie biologique ou anatomo-pathologique pouvant rendre compte des symptômes déclarés, la variabilité des signes fonctionnels et la subjectivité de leur mesure rendent délicate sa reconnaissance. Il n'y a notamment aucun signe inflammatoire ou immunologique, les enzymes musculaires ont également des taux normaux, et aucune anomalie radiologique n'est repérée.

Les symptômes principaux sont des douleurs musculo-squelettiques et articulaires. Ces douleurs diffuses peuvent parfois prendre la forme d'une hyperalgésie ou d'une allodynie qui correspond à une hypersensibilité à la douleur. Ces douleurs sont majorées par le manque de sommeil, les efforts physiques, le froid, l'humidité, la fatigue, l'irritabilité, le stress ou l'anxiété. Il est à préciser que cet ensemble de signes douloureux n'est corrélé avec aucune atteinte neurologique, musculaire ou articulaire.

(1) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf

(2) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1055446/fibromyalgie-de-ladulte-favoriser-une-prise-en-charge-precoce-et-graduee

En effet il n'existerait pas de physiopathologie probante pouvant expliquer l'apparition de la fibromyalgie. Cependant quelques hypothèses étiologiques physiopathologiques pourraient laisser présager l'existence d'une anomalie dans la transmission du message douloureux ainsi qu'au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire. S'ajoute à cela tous les facteurs psychologiques, émotionnels et cognitifs qui influenceraient l'activité physiologique, et inversement. La douleur constitue un processus dynamique entre des facteurs somatiques et des facteurs psychiques.⁽¹⁾

Il n'existe donc pas à ce jour de traitement spécifique à ce syndrome, mais des traitements médicamenteux en lien avec les symptômes décrits peuvent être administrés (par exemple antalgiques, AINS, anxiolytiques ou myorelaxants). Le rapport d'orientation de la HAS propose en revanche des pistes de prise en charge à partir de recommandations internationales existantes, d'enquêtes, et de l'expérience des professionnels impliqués.

L'institution dans laquelle je réalise mon stage propose un dispositif précis et spécifique de prises en soin de ces patients, nommé « stage intensif », que je vais décrire dans la prochaine sous partie.

2.3.2 Le stage intensif dans l'institution

Ce stage se déroule sur neuf semaines dans le cadre de l'hospitalisation de jour, en l'occurrence du 19 février au 17 avril 2014, trois jours par semaines (mardi, mercredi, jeudi).

Les patients rencontrent tout d'abord un médecin spécialiste de la clinique. Il est alors reprécisé la demande d'investissement et de disponibilité pour permettre un suivi juste et cohérent.

Le jour de leur arrivée, les patients sont reçus par la psychologue et la cadre de rééducation pour faire un point sur le déroulement du stage à venir. Un premier entretien obligatoire se réalise lors de la première semaine pour valider ou non la prise en charge. À mi-parcours, un rendez-vous individuel avec le médecin est programmé pour retracer le chemin

(1) LANNES L., Fibromyalgie entre douleur et personnalité : comment remettre le « Corps en Jeu ? », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012, p. 17.

réalisé jusque là et pour pouvoir faire des réorientations nécessaires dans le dispositif de soin. Il y a également un bilan de mi-parcours qui est fait avec la psychologue et la cadre de santé pour décider d'une activité supplémentaire à ajouter. Enfin, un bilan de fin de stage est réalisé pour réévaluer les prises en charge, leurs pertinences et leur déroulement au long des neuf semaines dans la clinique.

Le programme du stage est constitué de plusieurs soins pluridisciplinaires :

- Un encadrement complet par des kinésithérapeutes avec un travail autonome sur le renforcement musculaire, les étirements et les mobilisations,
- Des séances en balnéothérapie également assurées par des kinésithérapeutes,
- De l'activité loisir adaptée avec une ergothérapeute,
- De l'éducation physique assurée par un professeur agréé,
- Une séance hebdomadaire de relaxation, selon la méthode Sapir, par une psychomotricienne de l'institution,
- Un atelier d'expression artistique ou corporelle proposé par un étudiant en troisième année de psychomotricité en autonomie,
- Des entretiens individuels avec la neuropsychologue.

Les prises en soin se font en groupe fermé, comptant entre trois et six personnes maximum. En effet le dispositif groupal permet d'entretenir l'aspect dynamique de relation et d'échange. Cela permet d'éviter une relation duelle entre le patient et le thérapeute qui risquerait d'être altérée à cause de multiples raisons : par exemple une demande trop importante et des attentes précises pour stopper la douleur (solutions miracles), des projections désordonnées, une certaine dépendance au thérapeute, une maîtrise de l'autre et de son cadre, ou encore un sentiment d'impuissance et de non sens dans ce face à face avec le soignant, comme en se retrouvant seul et sans outils devant son syndrome.

Ce protocole de réadaptation fonctionnelle a pour objectif d'amener peu à peu la personne fibromyalgique vers une certaine autonomie. Le but est aussi d'entretenir une activité physique pour ré-inscrire le corps dans le mouvement, et de sortir la personne de l'attente pour qu'elle puisse occuper de nouveau les multiples actes de la vie quotidienne. Il n'est pas question de guérir un syndrome qui pourrait assez difficilement être guéri, mais d'accompagner le patient dans son organisation psychomotrice pour éventuellement permettre une diminution de la douleur. Chaque thérapeute peut alors se poser la question de comment essayer de traiter les douleurs, à la fois physiques et psychiques et selon son champ de compétences, autrement que par des solutions médicamenteuses ?

2.3.3 Le projet de l'atelier rythme

C'est un atelier que j'ai mis en place dans l'institution (dans le cadre d'un stage expérimental de troisième année) le mercredi de 14h30 à 15h30 sur les neuf séances du stage intensif des patients fibromyalgiques.

Mon intention dans l'atelier rythme est de faire redécouvrir et expérimenter les différents rythmes, organisateurs fondamentaux de la vie, qui permettent au vivant de s'exprimer. Je trouve pertinent d'accompagner ces personnes là à percevoir et à se représenter ces rythmes pour qu'elles puissent mieux se représenter leur propre corps et pour qu'elles portent attention sur la conscience de soi et sur leur inscription dans le temps et dans l'espace. C'est aussi un moyen de pouvoir mieux ressentir les différentes variations tonico-motrices et tonico-émotionnelles qui se relient entre elles lorsque l'on se met en mouvement.

2.3.4 Notre première rencontre

Le groupe du stage intensif que je vais vous présenter est constitué de trois dames : Madame A. (55 ans), Madame O. (57 ans) et Madame R. (43 ans). Notre première rencontre se fait lors de la première séance de l'atelier.

Ces patientes sont en séance de relaxation durant l'heure qui précède mon atelier. La psychomotricienne les accompagne pour cette première fois jusqu'à la salle où j'établis le cadre de mes séances.

Je découvre alors trois dames curieuses de connaître ce que j'ai à leur proposer. Je leur explique pourquoi cet atelier a été créé et ce que je compte travailler avec elles. Puis nous faisons un point sur les différentes conceptions du rythme pour partir sur des bases communes. Enfin nous jetons un œil sur le planning des séances tout au long de leur stage pour échapper à toutes ambiguïtés et pour symboliser déjà notre rythme hebdomadaire. J'apprends aussi qu'elles terminent leur journée avec cet atelier et qu'elle continuent les prises en soin le lendemain matin.

2.3.5 Observations et réflexions

Je remarque dès le début que ces dames parlent très souvent de leurs douleurs. De plus elles cherchent constamment à trouver des preuves à leur syndrome, et de ce fait c'est comme si elles essayaient de découvrir « la solution miracle » pour s'en débarrasser. Je ressens tout de même des atteintes assez importantes chez ces trois patientes, mais avec des zones douloureuses assez différentes, tout comme les gestes qui contribuent à leurs déclenchements.

« Lorsque la douleur n'est pas soulagée et se chronicise, elle peut alors devenir une modalité de la perception. La douleur altère les capacités perceptives du sujet dans sa globalité. Le monde est alors perçu par le spectre douloureux. ».⁽¹⁾ La douleur chez ces patientes devient presque obsessionnelle, comme si elles ne sentaient plus que par celle-ci, et tout cela vient alors perturber la relation qu'elles peuvent avoir avec leur propre corps. Jusqu'à quel point la douleur affecte-t-elle la notion de différenciation perceptives ? Comment ces patientes se représentent-elles leur corps ?

Il me semble donc intéressant à travers l'atelier de les amener à porter leur attention sur la globalité de leurs sensations et leurs perceptions par le biais du rythme. Le fait de sentir et de percevoir des stimuli internes et externes rythmés peut conduire progressivement à

(1) LANNES L., Fibromyalgie entre douleur et personnalité : comment remettre le « Corps en Jeu ? », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012, p. 18.

retrouver une différenciation dans les éprouvés. Je crois que c'est en percevant de manière variable une sensation puis une autre, différente ou contraire, que l'on peut se représenter différemment nos états tonico-émotionnels. Peut-être que ces expériences sur le mode du rythme peuvent leur permettre de défocaliser leur attention du point d'impact douloureux pour arriver à une perception plus unifiée de leur corps propre.

Je constate également que la douleur entraîne chez elles des crispations, de la rigidité, mais aussi des limitations dans leurs mouvements ainsi que de la fatigue. Ces altérations de la fonction tonique sont à mettre en lien avec l'impact direct des effets du syndrome sur leur vie émotionnelle, psycho-affective et socio-professionnelle. Il me semble que ces altérations sont aussi à rattacher à cette quête continuelle d'informations, à ces attentes de réponses incessantes et à la recherche de preuves reconnaissant le syndrome aux yeux des autres. Des blocages s'opèrent donc aussi bien sur le plan moteur que sur le plan psychique et cognitif. Ce sont d'ailleurs des personnes qui ont souvent des troubles attentionnels et de concentration, et qui peuvent avoir une perception du temps plus ou moins désorganisée.

Je pense donc leur proposer un travail les aidant à trouver un juste équilibre au niveau de leurs variations toniques par des jeux en individuel, en binôme ou en groupe (avec des balles, des bâtons, ou par le toucher). J'imagine des exercices mettant en jeu l'alternance entre contraction et détente ou des mobilisations douces associées au mécanisme rythmique de la respiration. Je pense qu'il peut être pertinent d'utiliser plusieurs médiations comme la relaxation (Jacobson, Coréenne) ou certaines techniques d'eutonie pour favoriser la conscience corporelle par le toucher et par la détente. En plus d'une expérience sur le tonus, ces méthodes peuvent conduire la personne à verbaliser sur ses ressentis personnels et sur l'interprétation qu'elle peut en faire.

Je peux également observer une auto-dévalorisation et une dépréciation de soi en lien avec les origines floues de la douleur et la non reconnaissance des souffrances. Ces douleurs enlèvent peu à peu toutes références personnelles, et c'est aussi pour cela que les patientes se réfèrent très souvent à l'autre (soutien, « appel à l'aide », imitations, comparaisons). Ce manque de repères personnels se retrouve donc dans une recherche d'identification à l'autre. Je peux déjà remarquer que Madame O. et Madame A. semblent plutôt bien s'entendre (de plus elles ont quasiment le même âge).

L. LANNES, psychomotricienne, écrit : « *Cette relation collée laisse peu de place à la subjectivité. Il semble que la douleur soit le vecteur dominant de ce rapprochement, de cette complicité. Une sorte d'identité groupale s'instaure entre les patientes.* ».⁽¹⁾

Ce sont des personnes qui n'ont plus réellement de vie sociale, ne sachant plus tellement s'occuper alors qu'elles connaissaient auparavant une liberté dans leurs activités, leurs mouvements et leurs façons de vivre. Cela peut expliquer entre autre ce rapprochement et cette identification au semblable : « Tu es comme moi alors tu peux me comprendre. ».

Je me pose alors la question de comment contribuer à une réorganisation de la conscience de soi afin de les aider dans un processus d'individuation et d'autonomie ? Comment les aider à retrouver une harmonie dans leur organisation psychomotrice malgré les multiples impacts sur leur vie quotidienne ?

(1) LANNES L., Fibromyalgie entre douleur et personnalité : comment remettre le « Corps en Jeu ? », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012, p. 28.

3. Quelles problématiques dégager ?

Je retrouve au travers de ces trois études de cas la notion de rythme, et plus précisément les modifications de multiples rythmes vitaux qui constituent un être vivant : le rythme de la respiration, de la marche, du fonctionnement psychique, le rythme dans la relation, le rythme comme inscription dans le temps et dans l'espace, ou encore le rythme de l'activité et du mouvement.

Une autre notion observable et qui est aussi un des principes de réflexion et de travail en psychomotricité, la notion de tonus. Chez ces patients les troubles de la fonction tonique se distinguent dans le sens d'une hypotonie ou dans le sens d'une hypertonie. Il existe alors une défaillance du point de vue de la variation et de la régulation de leur état tonique.

La vie quotidienne est constituée d'émotions et d'attitudes changeantes, directement en lien avec notre état neurophysiologique et nos comportements. Un traumatisme, une pathologie ou des complications somatopsychiques peuvent rapidement entraîner une altération du tonus et de ses fonctions. Les alternances entre notions contraires sont perturbées et cela conditionne la personne à vivre préférentiellement dans l'un ou dans l'autre.

Quels pourraient être justement les liens entre le rythme et le tonus ? Comment ces liens sont-ils déjà présents dans le développement psychomoteur de l'individu ? Il me semble que le rythme est un élément transversal majeur et une médiation sur lesquels le psychomotricien peut s'appuyer dans sa clinique et dans sa pratique. Le thérapeute peut en effet travailler sur le rythme et par le rythme. Voici donc la première problématique que je souhaite traiter :

- **Pourquoi proposer un travail sur le rythme en psychomotricité à des patients connaissant une altération de leur fonction tonique ?**

Je souhaite repartir à la base sur l'origine de ces deux notions en mettant en avant leurs liens dans le développement psychomoteur et dans la construction de la conscience de soi et de l'identité. Voici donc une problématique à laquelle j'apporterai des réflexions dans la partie théorique suivante.

Je remarque certes que ces personnes connaissent un arrêt, un blocage ou un frein sur le plan de la motricité dans leurs activités et leur mise en mouvement, mais également sur le plan psychique et cognitif avec par exemple des difficultés au niveau des représentations corporelles ou du concept espace-temps.

Pour Monsieur B. nous avons l'impression qu'il est « vide » de toutes élaborations psychiques et de tous raisonnements. Il ne laisse rien paraître tant au niveau de ses expressions faciales que de ses postures ou de ses dires. Monsieur BT. lui est dans une rigidité permanente sur le plan musculaire. Ce blocage atteint aussi la sphère psychologique ; il rencontre des difficultés dans la mise en mots de ses perceptions et dans ses représentations corporelles. S'ajoute à cela des angoisses envahissantes sur sa propre existence et sur la possibilité de se faire mal au dos en permanence. Enfin pour les patientes fibromyalgiques, c'est la douleur qui prime en devenant un élément à part entière dans la vie de tous les jours. Cette douleur prend considérablement une grande place dans les processus psychiques et leurs fonctionnements, et modifie particulièrement les perceptions.

Toujours en se basant sur la notion de rythme, je choisis de m'interroger sur comment cela pourrait remobiliser la motricité et le fonctionnement psychique du patient, et plus précisément sur comment cela pourrait amener de la variation au niveau de la fonction tonique et donc un réinvestissement de différenciation perceptive. Voici alors la seconde problématique que je souhaite traiter :

- **Comment le travail sur le rythme peut-il permettre à ces patients de se remettre en mouvement aussi bien sur le plan psychique que physique ? Comment le rythme amène à travailler la notion de différenciation perceptive et de variation tonique pour contribuer à une ré-organisation de la conscience de soi ? Autrement dit, comment cela peut-il leur permettre de retrouver une perception unifiée d'eux-même ?**

C'est au travers de mes expériences cliniques et de ce qui a été réalisé en séance de psychomotricité que je vais essayer d'apporter des éléments de réponse à ces questionnements dans la partie clinico-pratique.

II/ Partie théorique

Pourquoi proposer un travail sur le rythme en psychomotricité à des patients connaissant une altération de leur fonction tonique ?

1. Pourquoi le rythme ? Et le tonus dans tout ça ?

Le rythme est présent partout, et cela depuis la nuit des temps. L'ensemble du monde vivant est organisé de façon rythmique. Il détermine les cycles des rotations d'une planète, il permet à la Lune de pouvoir « danser » avec la Terre sur une certaine cadence tout en gardant son propre tempo. Il permet au vivant d'exister et de s'exprimer, par exemple par le rythme cardiaque, respiratoire ou encore hormonal. Le rythme régit et structure les multiples fonctions organiques. Il est présent dans l'individu et autour de l'individu dès les premières secondes de sa vie, participant au plus tôt à son inscription dans le temps et dans l'espace.

Les différents rythmes primordiaux intervenant dans la relation mère-enfant vont également participer à l'élaboration progressive de sa conscience de soi et à la construction de l'identité. Je vais plus précisément détailler la notion de rythme dans cette partie théorique.

Le tonus musculaire permet lui aussi, et de façon inévitable, au vivant de s'exprimer et de s'opposer à l'action de la gravité. Il est « *la légère tension à laquelle est soumis en permanence tout muscle squelettique à l'état de repos (et qui disparaît après section du nerf moteur)* ». ⁽¹⁾ Il est d'origine neurologique réflexe, et il est également lié à la teneur en fibres collagènes du tissu musculaire. Le tonus confère aux muscles un certain degré de résistance à l'étirement, ou extensibilité, qui est évalué par exemple au cours du bilan tonique. Cette tonicité concerne en fait aussi bien la musculature squelettique que la musculature lisse viscérale, et se répercute sur la qualité de l'ensemble de la toile fasciale.

(1) THOMAS R., Psycho-pédagogie du sport, Introduction aux fondements théoriques et méthodologiques de la recherche sportive, Paris, 1970, p. 171.

On distingue différents types de tonus selon leur niveau d'intensité et leurs fonctions :

- **le tonus de fond** : Cet état contractile est sous-tendu par le réflexe myotatique. Il est involontaire et permanent, ne disparaissant pas non plus durant le sommeil. Il maintient la cohésion des différentes parties du corps entre elles et soutient le sentiment d'unité corporelle, base du schéma corporel comme du sentiment de soi. Le tonus de fond représente le substrat de l'affectivité et de l'émotion.
- **le tonus postural** : Il représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des équilibres statiques et la gestion des équilibres dynamiques. Il constitue l'ajustement tonique relationnel et garantit un niveau de contraction optimum pour l'action.
- **le tonus d'action** : Ce tonus se définit par la contraction musculaire, dite phasique, permettant l'action et le mouvement dans un déroulé spatialisé. Il peut être recruté pour un acte intentionnel, mais il peut être sollicité dans une action réflexe.

Chez le bébé le développement du tonus se fait en fonction de l'élaboration de la commande nerveuse. Selon **A. GESELL**, cette maturation progressive du tonus suit deux lois majeures : la loi céphalo-caudale où le nouveau-né va acquérir progressivement un contrôle moteur suivant une logique descendante (de la tête aux membres inférieurs), et la loi proximo-distale où il commence à contrôler les articulations proches de son axe et de son tronc pour progressivement accéder au contrôle de la préhension et des gestes fins. L'évolution globale se fait d'une hypertonie des membres vers un tonus périphérique plus juste et contrôlé, et d'une hypotonie de l'axe corporel vers un tonus axial et postural adapté.

Le tonus musculaire est le principal agent de la communication émotionnelle, lieu de l'expression des ressentis et des émotions. Pour **H. WALLON** : « *L'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique.* ».⁽¹⁾ Dès son plus jeune âge l'enfant va réagir et exprimer des émotions en fonction de ses états toniques qui varient sans cesse au long de la journée (par exemple l'agitation, l'état de réplétion, les cris et les pleurs). L'émotion concerne toute l'activité tonique de l'enfant aussi bien au niveau de la posture que des fonctions végétatives. C'est au travers du dialogue tonico-émotionnel avec son bébé que la mère va ajuster ses actes en lui donnant des réponses qui semblent adéquates pour elle.

(1) ROBERT OUVRAY S., *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Hommes et Perspectives, 1995, p. 36.

J. de AJURIAGUERRA écrit : « *Nous saisissons mieux alors l'importance de la perspective originale qui fut, dès ses premiers travaux, celle de Henri Wallon, où contraction phasique et tonique du muscle ne signifie plus seulement mouvement et tonus, mais geste et attitude.* ».⁽¹⁾ Le bébé va donc instaurer une communication pré-verbale avec ses pairs par la mise en jeu de son corps et par ses attitudes. Dans cette interaction, l'enfant a des réactions motrices variables selon la qualité de l'échange et selon les réponses que le parent lui apporte : il est un être actif à part entière dans la relation.

Les variations de la fonction tonique vont peu à peu donner un sentiment de contenance et d'enveloppe avec des jeux de corps à corps et un dialogue corporel dans les bras du parent. « *De la maîtrise de ce pré langage tonico-émotionnel va naître l'intelligence et la motricité.* ».⁽²⁾ **J. BERGES** explique également que c'est par la maturation du tonus que l'enfant va pouvoir organiser sa motricité. C'est à travers cet ensemble fondateur que l'enfant se développe tant sur le plan physique que psychique, avec l'acquisition progressive du langage et l'acquisition de schèmes moteurs de plus en plus opérants.

A. BULLINGER rassemble en partie ces idées et décrit quatre niveaux de régulation de l'état tonique qui s'étagent les uns après les autres ⁽³⁾ :

1. « *Le premier système de régulation disponible est lié aux états de vigilance ...* ». Ce premier niveau permet d'avoir des renseignements sur l'état de conscience du bébé qui va passer par différents états toniques, allant de la veille totale jusqu'au sommeil.
2. « *Le second système de régulation est lié à un contrôle des flux sensoriels.* ». C'est un niveau réflexe de réactions d'alerte en fonction de stimuli sensoriels qui plus tard va devenir volontaire.
3. « *Le milieu humain donne sens à ces états tonico-émotionnels.* ». Le parent va apporter des réponses essentielles à la régulation tonique de son bébé. C'est par ce dialogue que l'enfant va petit à petit mettre du sens sur ses variations toniques et qu'il va pouvoir les réguler.

(1) JOLY F. et LABES G., Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1 Corps tonus et psychomotricité, Montreuil, Édition du Papyrus, 2008, p. 186.

(2) GRABOT D., Psychomotricien, Émergence et développement d'une profession, Marseille, Édition Solal, 2004, p.43.

(3) BULLINGER A., Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – Un parcours de recherches, Ramonville Saint-Agne, Éditions Erès, 2004, pp. 34-40.

4. Le dernier niveau qui est la « *possibilité représentative* ». La fonction tonique va être mobilisable par des représentations toniques qui sont souhaitées.

Sur les bases de WALLON, **D. GRABOT** ajoute : « *Cette origine indifférenciée de l'émotion et de la motricité intelligente se rappelle parfois à l'adulte lorsque le stress parasite le geste ou lorsque l'affect se joue de la connaissance.* ».⁽¹⁾ Chaque individu, selon son vécu, son humeur et ses ressentis à un instant *t*, va connaître des modifications du point de vue de ses tensions musculaires et de ses comportements.

Le tonus reste en effet une composante de la vie psychique chez l'adulte. Sa régulation s'exprime d'avantage par l'organisation tonique d'ensemble qui constitue par ailleurs une véritable cartographie des disparités du tonus au niveau des différentes musculatures.

L'homme est donc pourvu dès sa naissance de ressources lui permettant d'entrer en relation et d'agir sur soi et sur l'environnement. Tous ces auteurs, par leur clinique et leurs recherches sur la fonction tonique, mettent en avant l'indissociable lien entre le soma et la psyché qui est un principe fondateur de la psychomotricité.

(1) GRABOT D., Psychomotricien, Émergence et développement d'une profession, Marseille, Édition Solal, 2004, p.43.

2. Introduction au rythme

2.1 Étymologie

Le mot **rythme** vient du grec ancien *rhuthmós* qui signifie « *mouvement réglé et mesuré* ». ⁽¹⁾

Ce même mot *rhuthmós* provient du verbe *rhéô* qui correspond aux verbes « *couler, écouler* ». ⁽²⁾ En français, *rhéo* est le préfixe des mots qui sont en rapport avec un écoulement ou un fluide (rhéologie, rhéomètre, ...). ⁽³⁾

B. LESAGE, docteur en lettres, en sciences humaines, en médecine, diplômé de STAPS et formateur en danse-thérapie, cite « *Littéralement *rutmos* signifie manière particulière de fluer* ». ⁽⁴⁾ **W. BAKERROOT**, psychanalyste et musicothérapeute, écrit « *... qui signifie je coule. Le rythme a d'abord le sens d'un écoulement, d'un épanouissement, d'un jaillissement qui se produit selon une logique singulière ...* ». ⁽⁵⁾

Ce que je trouve important de noter c'est que l'on retrouve dans ces origines les notions de fluidité et de continuité, ce qui montre que le rythme n'est pas quelque chose de figé ou d'arrêté. Le rythme serait quelque chose qui coule, comme l'eau d'une rivière. L'eau reste la même en se déplaçant d'un point à un autre, mais elle peut rencontrer des obstacles qui induisent des modifications et des variations de forme et de vitesse.

En musique, le rythme n'est pas à confondre avec le tempo qui lui est monotone et précisément répétitif (par exemple le son d'un métronome).

(1) <http://fr.wiktionary.org/wiki/rythme>

(2) <http://fr.wiktionary.org/wiki/ῥέω>

(3) <http://fr.wiktionary.org/wiki/rhéo->

(4) LESAGE B., *La danse dans le processus thérapeutique, Le cadre et les outils en danse-thérapie : Rythme*, Toulouse, éditions ERES, 2006, pp. 133-140.

(5) SNUP, *Thérapie psychomotrice et recherches – Du concept à la clinique psychomotrice, Temporalité*, n°122, Ivry-sur-Seine, 2000, p. 12.

2.2 Définitions

« *Le rythme est la caractéristique d'un phénomène périodique induite par la perception d'une structure dans sa répétition. Le rythme n'est pas le signal lui-même, ni même sa répétition, mais la notion de forme ou de mouvement que produit la répétition sur la perception et l'entendement.* ».⁽¹⁾ Autrement dit, le rythme est défini ici comme la façon dont quelqu'un peut percevoir la fréquence en tant que structure en mouvement dans le temps.

J. GARROS, psychomotricien, cite quant à lui : « *Pour être rythme, la répétition doit être à la fois périodicité et variation. Nous en faisons l'expérience lorsque nous observons le mouvement des vagues. Nous attendons la vague suivante avec, à chaque vague, un aspect inattendu... Le sens du rythme touche à notre rapport avec la vie, avec le devenir, avec l'écoulement.* ».⁽²⁾ Comme pour l'étymologie, cette définition montre bien que pour qu'il y ait rythme il est préférable qu'il y ait du mouvement et pas seulement une succession. Le rythme ne reste pas quelque chose de stagnant et d'immobile incrusté dans une répétition.

B. LESAGE le démontre bien par cette phrase : « *Le rythme naît précisément lorsque l'intervalle entre deux événements cesse d'être un arrêt pour devenir un jeu actif de tension.* ».⁽³⁾ Je traduis ici ce jeu actif de tension par tonus musculaire ; d'ailleurs le tonus prouve bien qu'il y a de l'activité et de la vie, et donc la mise en place de rythmes.

Au niveau musical : « *Le rythme est, en musique, ce qui détermine la durée des notes les unes par rapport aux autres.* ».⁽⁴⁾ En effet, le rythme joue un rôle dans l'organisation des sons et des silences en mettant en scène différents accents, avec des variations entre temps forts et temps faibles. Il permet le passage harmonieux d'une structure mélodique à une autre.

W. BAKERROOT écrit : « *... On l'identifie même au métronome... Le rythme n'est ni linéaire, ni régulier, il est jaillissement, ce qui ne veut pas dire incohérent... Même s'il est sous-tendu par une idée de répétition... il reste irréductible à la mesure.* ».⁽⁵⁾

(1) <http://fr.wikipedia.org/wiki/Rythme>

(2) GARROS J., Le rythme, la respiration et la marche, D'après « Au rythme de la vie » d'Anne Claire Désesquelles, Éditions Leséditionsovadia.

(3) LESAGE B., La danse dans le processus thérapeutique, Le cadre et les outils en danse-thérapie : Rythme, Toulouse, éditions ERES, 2006, pp. 133-140.

(4) [http://fr.wikipedia.org/wiki/Rythme_\(solfège\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Rythme_(solfège))

(5) SNUP, Thérapie psychomotrice et recherches – Du concept à la clinique psychomotrice, Temporalité, n°122, Ivry-sur-Seine, 2000, p. 13.

Au niveau des percussions, le rythme comme en musique s'inscrit dans le tempo. Il induit cette notion de mouvement par le passage d'une frappe à une autre de façon construite. **B. LESAGE** le dit ainsi : « *La pause est donc pulsation retenue et non arrêt.* ». ⁽¹⁾ Pendant qu'une frappe se réalise, l'autre se prépare à enchaîner pour garder la mélodie dans le temps. Cette variation de pulses et de mouvements entre sons et silences se fait de manière cadencée avec de multiples accents ; c'est ce que l'on appelle le rythme.

Pour terminer cette partie, je souhaite reprendre la citation de **Y. MENUHIN** que j'ai écrite dans mon avant-propos et qui est la suivante : « *Le silence est une tranquillité mais jamais un vide ; il est clarté mais jamais absence de couleur ; il est rythme ; il est le fondement de toute pensée.* ». Le silence permet cette variation entre les sons, les actes et les pensées. Nous pouvons très difficilement passer d'un élément à un autre sans un temps de latence, où l'on puisse se poser, et où l'on puisse mettre de côté tout contrôle mental. Ce silence n'est pas un vide, mais un élément tout aussi important que ce que l'on y met avant et après.

2.3 Réflexions personnelles sur le rythme

J'insiste à différencier le rythme du tempo ; ce n'est d'ailleurs pas pour rien que dans le langage courant nous parlons « du rythme de la vie, du rythme des événements » et non pas « du tempo de la vie ».

La vie rythmée connaît des hauts et des bas, des variations et des changements à tout âge et à tout instant. Cet aspect du rythme permet justement l'alternance entre les moments de plaisir, les moments de stress, entre les moments plus ou moins lents ou plus ou moins rapides, qu'ils soient imprévus ou parfois répétitifs. L'être humain vit sur des rythmes parce qu'il a été créé par des rythmes ultérieurs toujours présents car inscrits perpétuellement dans le temps. L'être humain est rythme. Je pourrais imaginer de cette façon : l'homme vit à son propre rythme dans le rythme du temps qui se base sur les 24 heures d'une journée.

(1) LESAGE B., La danse dans le processus thérapeutique, Le cadre et les outils en danse-thérapie : Rythme, Toulouse, éditions ERES, 2006, pp. 133-140.

De plus il me semble que le rythme en musique est essentiel. Il permet ce côté entraînant de la mélodie en variant les temps forts, les temps faibles et les silences avec des vitesses différentes. Et cela passe par quelque chose de finement calé sur le tempo, apportant de la couleur, de la chaleur, du plaisir, et parfois même un certain entêtement. Le rythme casse cet aspect monotone du tempo, qui toutefois reste indispensable pour avoir un minimum de stabilité et de logique. C'est exactement ce principe là lorsque nous jouons d'un instrument : le métronome sert d'appui et de repères pour que nous puissions remplir sa monotonie de notes et d'improvisations. D'ailleurs l'improvisation aussi est rythme ; improviser c'est se risquer à se détacher du tempo, c'est se découvrir pour faire sortir la créativité de l'intérieur de soi.

Pour conclure cette partie de réflexions personnelles, je souhaite citer une phrase de **D. MARCELLI** qui est la suivante : « *Le rythme est ce qui lie et relie à travers le temps continuité et coupure/césure, cette temporalité faite non seulement de répétitions mais aussi de surprise, d'inattendus, de cadence et de rupture de cadence.* ».⁽¹⁾

Je compte enfin dans une dernière sous-partie faire des liens entre la psychomotricité et les multiples notions vues auparavant dans l'étymologie, les définitions et mes réflexions.

2.4 Liens avec la psychomotricité

L'étymologie du mot rythme me fait particulièrement penser au temps d'une séance de psychomotricité. Le cadre sécurisant et contenant instauré par le professionnel, ainsi que son lieu d'exercice (l'institution, la salle de psychomotricité avec l'ensemble de son matériel), sont indispensables pour assurer le déroulement d'une séance. Ce sont également toutes les règles et toutes les mesures prises dans « l'écoulement » d'une prise en soin d'un temps donné à un autre qui structurent son déroulement. La séance en elle même connaît un rythme avec un temps d'accueil, des propositions psychomotrices ou des passations de bilans, ainsi qu'un temps de fin de rencontre et de séparation.

(1) SNUP, Thérapie psychomotrice et recherches – Du concept à la clinique psychomotrice, Temporalité, n°122, Ivry-sur-Seine, 2000, p. 74.

Dans un autre registre, cet écoulement fait aussi référence pour moi au déroulement de la vie du sujet. Les différentes étapes rencontrées dans le développement psychomoteur de l'enfant se construisent les unes par rapport aux autres avec des variations propres à chacun (loi de variabilité). L'enfant se développe et grandit à sa vitesse ; la marche, par exemple, est acquise à différents âges selon les enfants. S'ajoute à cela l'intégration des rythmes sociaux et des rythmes scolaires qui font de l'enfant un être de plus en plus responsable et de plus en plus autonome.

Nous sommes tous inscrits dans un temps commun et dans la société en général avec nos propres rythmes. Ce qui est intéressant en psychomotricité c'est d'observer ce que le patient perçoit de ces rythmes : comment se les représente-t-il et comme agit-il en fonction ? Les troubles spatio-temporels sont en revanche souvent associés à d'autres troubles psychomoteurs comme ceux du schéma corporel, des coordinations dynamiques générales, ou aux dyspraxies.

Certains rythmes comme celui de la marche, de l'alimentation, de la respiration ou du sommeil peuvent être altérés suite à une lésion, à une pathologie ou à un trouble neurodéveloppemental. C'est là que certaines personnes connaissent un blocage, un empêchement ou un ralentissement dans l'écoulement de leur vie. Si l'aspect du rythme n'est plus là pour pouvoir créer une alternance entre des états contraires et complémentaires, alors l'individu aura plus tendance à s'enfermer dans un seul fonctionnement.

C'est ce que l'on retrouve par exemple au niveau du tonus. L'hypotonie ou l'hypertonie excessive entraîne un enfermement de la personne dans un état unique et figé. Les variations sont moindres et les perceptions peuvent être peu à peu modifiées.

Voyons maintenant dans une prochaine partie quelques rythmes qui sont les fondements mêmes de l'apparition de la vie sur Terre et de ses expressions allant des plus innées aux plus créatives.

3. Le rythme à la base de la vie

3.1 Les rythmes cosmiques

Ces rythmes sont fondamentaux et permettent l'existence de l'être vivant. Il s'agit principalement du rythme des étoiles et des planètes du système solaire.

La Terre a pour propre rythme de faire un tour sur elle-même en 24 heures, déterminant l'alternance entre le jour et la nuit (rythme nyctéméral). Conjointement à ce phénomène, la Terre parcourt le tour du Soleil en une année. À noter aussi le rythme des saisons qui s'inscrit dans ces processus temporels naturels.

La Lune détient en revanche plusieurs rythmes complexes (montante/descendante, croissante/décroissante) dont on retient principalement celui qui dure environ un mois et qui a une influence sur les fluides terrestres.

C'est à partir de l'intrication de tous ces rythmes cosmiques, dont ceux propres à la Terre, que les rythmes biologiques se sont construits et progressivement installés.

3.2 Les rythmes biologiques

A. REINBERG, physiologiste, docteur en médecine et en sciences, déclare que « *l'activité rythmique est une propriété fondamentale de la matière vivante.* ».⁽¹⁾ Ce sont des rythmes organisateurs du monde vivant et de son fonctionnement. Ils sont nombreux, complexes, et se définissent comme variations périodiques de l'intensité d'une activité physiologique, d'un phénomène biologique ou biochimique.

(1) REINBERG A., Ai-je découvert quoi que ce soit en chronobiologie ?, Rythmes, Tome 36, n°3, Septembre 2005, pp. 65.

On distingue trois différents types de rythmes biologiques :

- **les rythmes circadiens**, c'est à dire qui ont une oscillation d'environ 24 heures (observables aussi chez les plantes et les organismes unicellulaires), comme par exemple l'alternance veille-sommeil ou la sécrétion d'hormones (cortisol, etc.),
- **les rythmes infradiens**, rythmes biologiques allant de quelques jours à plusieurs mois, comme par exemple les menstruations chez la femme ou la gestation,
- **les rythmes ultradiens**, rapides, allant de quelques secondes à quelques heures, comme les cycles de sommeil d'environ 90 minutes ou le rythme cardiaque.

Ces rythmes biologiques sont constitués de plusieurs composantes ⁽¹⁾ :

- **la période** : c'est l'intervalle de temps entre deux points qui va se répéter (circadien, infradien, ultradien),
- **l'acrophase** : c'est la position de la plus haute valeur de la variable biologique : le pic,
- **l'amplitude** : elle correspond à la moitié de la variable totale (c'est la moitié de la différence entre le pic et le creux),
- **le niveau moyen du rythme** : qui correspond à la moyenne des mesures de la variable.

On peut ainsi retrouver une multitude de rythmes biologiques comme celui de la température corporelle, de la circulation sanguine, de la respiration, de l'activité électrique du cerveau, du métabolisme cellulaire, et bien d'autres encore.

Notre horloge biologique interne est en effet capable de générer de façon autonome des rythmes circadiens, et cela indépendamment de l'extérieur. Ce sont en fait les noyaux suprachiasmatiques, situés dans la partie antérieure de l'hypothalamus au dessus du chiasma optique qui déterminent cette horloge biologique. Le rythme circadien peut être conservé

(1) http://fr.wikipedia.org/wiki/Rythmes_biologiques

même avec des modifications de l'environnement. Par exemple, en supprimant l'alternance jours/nuits, il a été remarqué que ce rythme est maintenu aux alentours de 24 heures et 30 minutes (expériences réalisées par le scientifique et explorateur souterrain **M. SIFFRE** dans différentes grottes ⁽¹⁾).

En revanche, certains rythmes peuvent être modulés ou désynchronisés volontairement comme les heures de sommeil (heures décalées, réveil) ou à cause de facteurs sociaux, environnementaux ou chimiques.

Le nouveau-né lui va progressivement connaître une adaptation de ses rythmes biologiques qui au départ ne s'inscrivent pas véritablement dans le fonctionnement circadien. En effet, un tout petit va dormir plus souvent et plus longtemps, il va manger plus régulièrement et ses états de vigilance varient plus ou moins rapidement. L'enfant est comme soumis à ses propres rythmes lui faisant subir différents types d'états toniques (tensions, apaisements). Tout cet ensemble se régularise avec le temps et en accord avec son développement psychomoteur et neurophysiologique.

On peut donc dire ici aussi que les rythmes de l'homme ne sont pas monotones, connaissant de multiples changements et de nombreuses variations. Les rythmes biologiques sont présents dès les premiers instants de la vie mais demeurent désordonnés dans un premier temps. C'est à l'homme de se les approprier au fur et à mesure de sa maturation et de son avancée dans le temps.

C'est aussi ce qui en fait un être vivant en perpétuel devenir, peut être maître de son destin, et encore, mais qui indéniablement a besoin de l'autre pour évoluer et qui a besoin de s'inscrire dans son environnement malgré des composantes génétiques déterminées.

(1) http://www.sitemed.fr/rythmes/rythme_3.htm

3.3 Le rythme dans les arts

En architecture, le rythme peut désigner ce qui est de l'ordre de la norme, de la proportion ou de la répétition d'éléments architecturaux. Il peut aussi désigner la représentation de l'espace en fonction du temps et du mouvement.⁽¹⁾

S. SPENCER, sculpteur numérique, explique le rythme comme « *l'ensemble des courbes et des formes qui composent une sculpture... Le rythme s'exprime par l'alternance des masses.* ».⁽²⁾ On retrouve dans cette définition les notions de complémentarité et de variation qui s'appliquent ici aux différents éléments composant une sculpture.

En peinture, « *le rythme est une pause dans un ensemble qui permet à la force créatrice d'intervenir et d'ajouter de nouveaux éléments, une forme, une mélodie, une coloration.* ».⁽³⁾ Cette définition me fait penser aux silences entre les notes d'une musique. Ces silences sont indispensables dans l'agencement des sons entre eux. Dans les percussions, il permet la préparation du prochain geste qui va perpétuer le rythme.

Dans le domaine de la poésie, le rythme concerne la régularité ou l'irrégularité de la longueur des vers, la prosodie, et les accents. Cet ensemble structuré reste fluide, mélangeant variation et mélodie dans les sons et les syllabes du poème.

Le rythme en danse serait l'enchaînement et l'agencement des mouvements, la fluidité du geste et les différentes modulations toniques qui s'y accompagnent. Un mouvement va contenir le précédent et préparer le suivant. Selon **B. LESAGE**, pour chaque danseur il faut « *exister dans les silences, ne pas disparaître entre deux coups.* ».⁽⁴⁾ Pour créer du rythme il est préférable de ne pas considérer le mouvement comme une série d'immobilités.

Enfin, au cinéma, le rythme d'un film peut être défini comme la vitesse à laquelle défilent les plans. C'est cette vitesse qui participe également à l'élaboration du genre du film.

(1) VIALE J-B., Conduite psychomotrice du passant au sein d'un espace architectural et urbain : L'hypothèse rythmique, Thèse Urbanisme Architecture, Grenoble, 2007, p. 15.

(2) SPENCER S., Sculpture numérique avec Zbrush – L'anatomie humaine, Paris, Pearson, 2010.

(3) <http://fr.wikipedia.org/wiki/Peinture#Rythme>

(4) LESAGE B., La danse dans le processus thérapeutique, Le cadre et les outils en danse-thérapie : Rythme, Toulouse, éditions ERES, 2006, pp. 133-140.

4. Le rythme en psychomotricité : un organisateur fondamental de la conscience de soi

4.1 La présence du rythme dès le début de la vie

Durant la grossesse, le fœtus va connaître l'instauration de rythmes concomitants à son développement. Par exemple son rythme cardiaque est compris environ entre 110 et 160 battements par minute. Certaines études montrent aussi que dès la vingtième semaine il existe déjà une alternance d'activité et d'immobilité dont la périodicité est pratiquement identique à celle du futur cycle de sommeil du nouveau-né, c'est-à-dire de 50 à 60 minutes.⁽¹⁾

Lors du 6ème mois, le fœtus acquit un rythme de vie où l'état de veille dure environ 4 à 8 heures par jour. Au cours du 7ème mois le tympan définitif est formé ; le fœtus est sensible à l'environnement sonore et notamment à la voix de sa mère. De plus, les mouvements du rythme respiratoire et les pulsations du rythme cardiaque de la mère se propagent jusqu'à lui, le baignant déjà dans une rythmicité biologique contenante.

S. MAÏELLO, psychothérapeute et psychanalyste, fait l'hypothèse d'une naissance psychique dans le sonore prénatal où la conscience d'exister serait issue tout d'abord de la perception différentielle son/silence des bruits rythmiques des battements cardiaques.⁽²⁾

Le fœtus va également connaître un rythme au niveau de sa croissance pondérale. À 8 mois l'enfant prend environ 250 grammes par semaine, alors qu'à 9 mois il prend environ 100 grammes par semaine.

Même si le sommeil du fœtus est indépendant de celui de la mère, il existe déjà une certaine organisation circadienne de la vigilance (mouvements entre 21h et minuit, accélération du rythme cardiaque en début de nuit). Mais ce rythme circadien fœtal disparaît à la naissance.

(1) <https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/rythmes/foetus.php>

(2) HAAG G., Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique, Revue française de psychanalyse, Volume 68, 2004, p. 1134.

La naissance va alors être un événement bouleversant avec le passage d'un milieu aqueux et sécurisant à un milieu aérien où le bébé sera entièrement soumis à la pesanteur. Les rythmes de la vie intra-utérine se retrouvent alors rompus, comme le cordon ombilical qui rattachait physiquement et biologiquement le bébé à sa mère.

4.2 Rythme et tonus dans le développement psychomoteur

La mère, qui consacre ses premiers jours à des pressions et des caresses sur le corps de son enfant, passe peu à peu à des contacts plus rythmés et plus recherchés. Son initiative rend compte d'une réponse tonique et émotionnelle de son enfant qu'elle perçoit en retour de plus en plus comme une possible sollicitation à poursuivre. C'est de par la rythmicité de ces contacts cutanés que le nouveau-né va être en capacité d'anticiper le déroulement des actions maternelles, provoquant souvent une prise de forme tonique défensive dans laquelle il paraît à la fois se protéger des stimuli et à la fois s'y offrir. Les premiers modes d'attachement entre le bébé et sa mère se basent sur l'importance des modifications toniques et posturales réciproques.

A. BULLINGER cite que « *les échanges physiques, sollicitant divers flux – vestibulaires, tactiles, olfactifs, auditifs et visuels -, entraînent une modulation tonique qui est ressentie par l'enfant et partagée par l'adulte qui agit et donne sens à ces variations.* ». ⁽¹⁾ Ces configurations d'états sensori-toniques sont reconnues et vont générer de l'activité psychique s'il elles s'inscrivent dans une certaine rythmicité.

D. MARCELLI explique quant à lui que la première pensée du bébé pourrait bien se construire sur un aspect temporel. Il emploie la notion de macro-rythmes pour la rythmicité des soins et la notion de micro-rythmes pour les moments de surprise et d'interactions ludiques. La répétition et le changement dans ces deux modes s'accompagnent de variations au niveau de l'état tonique de l'enfant. Ce sont deux éléments indispensables « *pour qu'un individu puisse naître psychiquement, croître et se développer...* ». ⁽²⁾

(1) BULLINGER A., Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – Un parcours de recherches, Ramonville Saint-Agne, Éditions Erès, 2004, p.36.

(2) SNUP, Thérapie psychomotrice et recherches – Du concept à la clinique psychomotrice, Temporalité, n°122, Ivry-sur-Seine, 2000, p.75.

Lors des macro-rythmes, le bébé s'habitue à recevoir des réponses stables et cohérentes, lui permettant d'anticiper la réponse et d'accéder à des pré-représentations. Cela s'observe par exemple à la fin du premier trimestre avec ses expressions et la modification de ses postures et de sa tonicité.

Les micro-rythmes amènent en revanche de l'originalité dans la régularité habituelle. Ils sortent l'accordage affectif entre la mère et son bébé de la fixation en ouvrant l'enfant sur l'inattendu et l'extérieur.

« On comprend alors que tous les mouvements du bébé, toutes les sensations qu'il percevra quand on s'occupe de lui sont des appuis corporels sur lequel son monde affectif et psychique va se construire. » écrit **S. ROBERT-OUVRAY**.⁽¹⁾ La rythmicité qui s'opère entre les opposés toniques et les opposés émotionnels correspond à ce qu'elle appelle l'ambivalence, s'étageant selon quatre grands niveaux d'organisation :

- **l'ambivalence tonique** : Le tonus des muscles s'organise de telle façon que le bébé se coordonne et parvient vers le sixième mois à la première synthèse tonique. Le jeu agonistes-antagonistes est enfin possible et plus cohérent.
- **l'ambivalence sensorielle** : Sur cette ambivalence tonique, le bébé parvient à réunir les sensations extrêmes pour créer des intermédiaires, comme le tiède entre le chaud et le froid, le tendre entre le dur et le mou.
- **l'ambivalence affective** : L'enfant intériorise peu à peu que le plaisir et le déplaisir font parti de sa vie, et il apprend à tolérer les frustrations.
- **l'ambivalence représentative** : L'enfant prend conscience que la méchante mère qui l'abandonne à sa douleur et la maman-fée qui lui donne de bonnes choses sont une seule et même personne. L'enfant se construit progressivement comme un tout cohérent et comme une unité psychosomatique.

(1) ROBERT OUVRAY S., L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant, site internet de l'article : s.robertouvray.free.fr/articles.htm

Il est néanmoins logique que la mère ne puisse pas être constamment au chevet de son enfant (lors de la préparation aux soins par exemple), ni être en permanence dans son champ de vision. La rythmicité de l'alternance entre la présence et l'absence de la mère va permettre progressivement à l'enfant d'éprouver une sorte d'intuition et de continuité d'existence qui seront les préalables de la conscience de soi. **T.B. BRAZELTON** explique que lors de l'interaction rythmée avec la mère, sa présence est perçue et éprouvée par le bébé et son absence est petit à petit pensée. **B. GOLSE**, dans cette question de l'attente entre un moment d'inconfort et de soulagement, dit que l'hallucination pourrait être un des premiers modèles de ce que sera la pensée où le bébé se remémorerait physiquement un moment agréable passé.

« Entre ces deux extrêmes, entre la souffrance et le plaisir, l'enfant se constitue en tant que sujet. »⁽¹⁾ *« Il sait que la mère va venir car il est rythmé dans la relation avec elle. »*
⁽²⁾ cite **S. ROBERT-OUVRAY**.

G. HAAG parle quant à elle de la structure rythmique du premier contenant⁽³⁾ : avant d'être certain d'avoir une enveloppe corporelle qui lui est propre, le bébé va se sentir enveloppé et contenu dans des rythmes qui sont ces alternances de présence/absence de la mère. Mais ces rythmes concernent aussi le portage, le maternage, la pression peau à peau ou encore le « mamanais » (ensemble proche des notions de holding et de handling de **D. WINNICOTT**). **D. STERN** a justement montré que les rythmes du « mamanais », c'est à dire les rythmes du langage parlé à l'enfant de façon exagérée, sont perçus par ce dernier de manière assez précise dès les premiers mois de la vie.

G. HAAG écrit également que ces expériences de retour rythmique amènent à la perception de l'enveloppe corporelle et conduisent progressivement aux premiers sentiments de différenciation avec l'autre. *« Soulignons dans ce jeu le besoin de suffisamment de continuité sensorielle, mais aussi de discontinuité, petit négatif qui fait naître le sentiment d'existence... Il s'établit probablement des rythmicités des discontinuités, mais reste suffisamment d'aléatoire pour provoquer les sursauts toniques et ainsi soutenir la croissance de la conscience d'exister... »*⁽⁴⁾

(1) ROBERT OUVRAY S., Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité, Édition Desclée de Brouwer, 2010, p. 86.

(2) ROBERT OUVRAY S., L'enfant tonique et sa mère, Paris, Hommes et Perspectives, 1995, p.98.

(3) HAAG G., Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant, GRUPPO, n°2, Juin 1986, pp. 44-51.

(4) HAAG G., Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique, Revue française de psychanalyse, Volume 68, 2004, p. 1134.

4.3 La notion de différenciation inhérente au rythme dans le travail sur la fonction tonique

Ce que je peux mettre en avant au travers de toutes ces théories c'est que le rythme est une notion fondamentale qui contribue à une mise en mouvement évidente du corps et à une construction permanente du psychisme. « *Avec le rythme nous sommes dans une sphère qui appartient autant au psychique qu'au moteur ou à l'émotionnel.* » cite **B. LESAGE**.⁽¹⁾

L'intérêt de proposer un travail sur le rythme en psychomotricité à des patients qui connaissent une altération de leur fonction tonique est que cela permet de remobiliser le tonus par la mise en jeu de variations, d'alternances et de différenciations perceptives. Passer par le rythme équivaut à passer par différentes situations psychocorporelles en distinguant et en reliant plusieurs états toniques et émotionnels. Cette rythmicité conduit également à inscrire l'individu dans le temps et à l'ancrer dans le senti pour l'accompagner vers le représenté. C'est à travers l'ensemble de ces expériences riches et variables que le patient peut parvenir à discriminer ses différentes perceptions et à s'en faire une image propre.

Bien évidemment la notion de rythme est ici à double tranchant, mais il y a deux aspects qui me semblent profondément complémentaires : le rythme peut aussi bien être « utilisé » comme une médiation corporelle qu'être cliniquement étudié comme une fonction psychomotrice. La médiation peut se nourrir de structures rythmiques avec l'aide des percussions ou de la musique en proposant un travail sur la pulsation et sur le respect du tempo par exemple. Concernant la fonction psychomotrice, le rythme est alors plus perçu comme un élément universel et structurel de l'humain. Par cette vision l'intention en psychomotricité est plutôt d'amener les personnes à s'ouvrir à la perception des notions de variation et de différenciation. Les propositions peuvent alors être multiples et beaucoup de médiations peuvent alors entrer en jeu pour faire valoir cette conception psychomotrice.

Pour ma part je conçois la notion de rythme dans les deux sens, autant comme élément psychomoteur avec Monsieur B. et Monsieur BT. que comme médiation avec l'atelier rythme pour les patientes fibromyalgiques. Dans ces trois situations cliniques mon intention est de travailler sur la fonction tonique avec des approches plus ou moins différentes.

(1) LESAGE B., La danse dans le processus thérapeutique, Le cadre et les outils en danse-thérapie : Rythme, Toulouse, Éditions Erès, 2006, pp. 133-140.

III/ Partie clinico-pratique

Comment le travail sur le rythme peut-il permettre à ces patients de se remettre en mouvement aussi bien sur le plan psychique que physique ? Comment le rythme amène à travailler la notion de différenciation perceptive et de variation tonique pour contribuer à une ré-organisation de la conscience de soi ? Autrement dit, comment cela peut -il leur permettre de retrouver une perception unifiée d'eux-même ?

1. Monsieur B. : « à vous, à moi ! »

1.1 Du rythme pour amener de la vie

Le moral de Monsieur B. est plutôt mauvais durant les premiers mois après son accident vasculaire cérébral. Ses yeux restent assez souvent « dans le vide » et sa posture dans le fauteuil roulant est avachie sans tenue du tronc. Il ne peut bénéficier d'une rééducation de façon efficace compte tenu de sa fatigabilité et de son moral bas. Cela se retrouve aussi dans les séances de psychomotricité où il parle très peu et a tendance à fixer mon maître de stage dans les yeux pendant plusieurs minutes.

Il mange peu et n'a pas d'appétit, sa nourriture étant toujours mixée et l'eau gélifiée. Cet homme pesait environ 80kg avant son accident vasculaire cérébral et en pèserait 16 de moins dans les débuts de sa rééducation. Cette perte de poids importante est également marquée par le fait qu'il ne supporte plus d'avoir de la nourriture mixée.

Dans la première moitié du mois d'octobre l'équipe est alertée par ce manque d'appétit, mais aussi par les troubles de la déglutition persistants et la perte de poids. Il est alors décidé que Monsieur B. doit être hospitalisé pour une gastrostomie. À son retour, l'alimentation se fait donc avec des poches nutritives reliées par une sonde à son estomac.

Le premier travail en psychomotricité au retour de sa gastrostomie s'est axé autour de ce que nous avons appelé la notion de « nourrissage sensoriel ». Nos intentions sont de l'aider à se sentir vivant et à se sentir exister en se recentrant sur la matérialité du corps (par exemple sa consistance et sa densité). Pour lui permettre de « ressentir la vie » nous décidons de passer par le mouvement, par les variations toniques avec le rythme, et par la relation à trois.

1.1.1 Le redressement

Nos intentions sont donc d'aider Monsieur B. à ressentir la structure de son corps mais également de lui redonner des sensations d'existence. C'est aussi en cela que ces sensations structurantes peuvent lui donner des repères. La colonne vertébrale est un axe organisateur du rapport à l'espace intégrant la relation entre l'avant et l'arrière, entre la droite et la gauche ou entre le haut et le bas. Cette organisation relie en permanence les opposés ; voici ici un lien étroit avec le rythme qui lui aussi relie, structure et fait varier les opposés et les contraires.

Il me semble que pour Monsieur B., qui se retrouve dans l'expérience régressive de l'alimentation gastrique (comme le fœtus) associée à une posture enroulée dans le fauteuil en absence de prise d'appuis au sol, il est tout d'abord intéressant de lui faire sentir l'ossature de sa colonne vertébrale. C'est cet empilement de masses osseuses qui nous tient et qui nous permet de nous tenir droit grâce aussi à ses courbures. L'os représente le dur, il représente notre charpente intérieure ; percevoir cette ossature en nous serait comme réanimer notre conscience d'être un vertébré et de faire face au monde.

Plusieurs approches sont utilisables pour lui permettre de ressentir sa colonne : faire glisser nos doigts de l'occiput jusqu'au bassin, créer des petites percussions rythmiques avec le bouts des doigts ou utiliser une baguette de bois en la faisant rouler de part et d'autre de la colonne.

Nous lui laissons un moment pour qu'il puisse faire état de ce qu'il a pu percevoir durant ces quelques instants. Est-ce que ces propositions réveillent en lui des perceptions internes qui l'amèneraient à verbaliser ? Monsieur B. ne dit pas grand chose mis à part : « *Ça fait du bien.* ». Cette phrase n'est-elle pas justement le signe d'une représentation de ce qu'il a pu percevoir ? N'est-elle pas le signe d'une perception plus globalisante ?

Vient ensuite le travail sur la posture et le redressement. Pour cela un de nous pose sa main sur le haut du crâne de Monsieur B. et lui demande de la repousser le plus possible vers le haut. L'effort de sa part est plutôt minime en ces premières séances mais il arrive tout de même à se grandir. Ce qui est intéressant de voir c'est la légère mobilisation du tonus de son axe qu'il est capable de mettre en œuvre même sur une courte période. Nous pouvons essayer de l'accompagner en psychomotricité à réinvestir son tonus axial par des jeux de flexion/extension ou par une certaine rythmique dans les mouvements.

Cet exercice lui permet aussi de légèrement décoller son dos du dossier du fauteuil roulant manuel. En effet en se grandissant il augmente sa lordose cervicale et lombaire, ce qui lui permet de quitter un peu ce moule dans lequel il se love toute la journée. Et c'est aussi un moyen pour lui de percevoir seul l'armature de sa colonne vertébrale par des mobilisations internes et volontaires.

Ces mouvements de la colonne dans l'alternance enroulement-redressement autour de l'axe corporel éveillent également la relation entre les pôles opposés avant-arrière et droite-gauche (*cf prochaine sous-partie*).

Les troubles de sa fonction tonique ne lui permettent pas totalement de se tenir droit et de s'ajuster dans son assise. Mais au fur et à mesure des séances Monsieur B. va commencer à tenir son tronc et à avoir une posture plus adéquate au fauteuil. Ce redressement est sûrement à rattacher à tout le travail de soin basé sur le corporel mais aussi à la relation qui s'offre à lui.

1.1.2 Le schème du repoussé

Voici un des premiers exercices que mon maître de stage a instauré avec Monsieur B. : l'exercice du repoussé. Nous nous retrouvons à trois dans une position rapprochée en triangle. Tout d'abord l'objectif est d'instaurer un tempo commun en tapant sur la cuisse. Monsieur B. suit alors ce tempo avec sa main droite en frappant sur sa cuisse droite mais décroche facilement en ayant le regard dans le vide ou en fixant mon maître de stage dans les yeux, sans expression faciale ni gestuelle.

Dans un second temps, le principe va être de créer de la variation dans ce tempo en s'appuyant sur la main de l'autre pour pouvoir mieux la repousser : une frappe sur la cuisse, appuyer sa main sur celle de l'un pour pouvoir ensuite s'en dégager en créant du rebond et refrapper de nouveau sur sa cuisse pour ensuite frapper sur la main de l'autre. Ces temps là apportent du rythme dans le déroulé du geste, et cette proposition rythmique permet de remettre Monsieur B. dans le mouvement et dans la variation de son tonus d'action par un jeu de contraction-détente en allant de l'arrière vers l'avant et de soi vers l'autre. Le tonus retrouve peu à peu de la couleur et une inscription dans le temps par ces jeux rythmiques. De plus, le léger mouvement de rotation de la colonne lorsqu'il appuie sa main d'un côté puis de l'autre redonne un rôle essentiel qui relie les opposés droite-gauche et qui recrée une rythmicité.

Ces jeux rythmiques se basent sur une structure binaire (**1...2...3...4...**, **1...2...3...4...**) avec un retour à soi qui précède à chaque fois un passage vers l'autre : à moi, à toi. Nous avons aussi proposer du rythme sur un mode ternaire (**1...2...3...**, **1...2...3...**) : à moi, à l'un, à l'autre. Ce dernier mode semble initier peut-être plus de volume et plus d'espace en représentant peut-être mieux la triangulation.

Je remarque néanmoins que le temps d'attention et de concentration de ce monsieur reste relativement court. Mais l'intégration du rythme dans l'échange et l'aspect relationnel incitent tout de même à remobiliser le champ de la motricité et du fonctionnement psychique (capacités d'attention, mémoire de travail et encodage, respect du tempo et de la mesure). Au fil des séances Monsieur B. semble légèrement plus expressif de par ses mimiques bucco-faciales et son regard. Si cette relation à trois suscite chez lui des réactions émotionnelles, alors elle peut aussi susciter un éveil tonico-moteur, et vice et versa.

1.1.3 La zone orale et la respiration

Suite à la gastrostomie Monsieur B. connaît une perte massive du rythme de l'alimentation entraînant par ailleurs des troubles intestinaux et digestifs. Cette perte de rythme ne vient qu'entretenir les troubles de l'état psychique du point de vue de la motivation, de la communication et de l'image du corps, ainsi que les troubles perceptivo-moteurs.

Cette altération de l'échange dedans-dehors n'a-t-elle pas comme incidence les arrêts et les enfermements tant sur le plan des élaborations psychiques que sur celui de la motricité ? Tout cet ensemble n'affecte-t-il pas là la question de l'identité ? Ces interrogations me font penser au concept d'identification qui se structure en partie chez le jeune enfant sur l'incorporation. L'objet qui vient de l'extérieur est mis à l'intérieur du corps dans la métaphore du lait qui coule de la bouche jusqu'au système digestif. Le mécanisme de l'objet qui entre à l'intérieur de soi permet à l'enfant de construire son « moi-corps » et d'élaborer peu à peu des pré-représentations.

On retrouve chez cet homme comme une « cassure » du rythme qui entretenait ce va et vient entre l'intérieur de soi et l'extérieur. À nous de l'accompagner dans notre cadre thérapeutique sur le lien qui existe entre les différents opposés et les différents contraires pour le sortir de ce repli suite à cet accident vasculaire cérébral ischémique.

Nous proposons à Monsieur B. de prendre une grande inspiration par le nez pour ensuite expirer longuement par la bouche. L'inspiration amplifiée permet de mettre en jeu le diaphragme, le grand dorsal, les intercostaux, les scalènes et les sterno-cléido-mastoïdiens, et l'expiration prolongée permet aussi de mettre en jeu les intercostaux et les abdominaux (action du muscle transverse principalement). Tous ces mécanismes sont régis par des contractions, des relâchements et des variations toniques s'inscrivant dans un rythme : le rythme de la respiration.

L'inspiration de Monsieur B. est de faible amplitude et son expiration se limite à un souffle bref d'une seconde même après plusieurs cycles. Nous pouvons constater que son rythme respiratoire est donc perturbé. Ceci est à rattacher à sa posture avachie dans le fauteuil roulant où son cou se retrouve fléchi et sa tête tombante en avant, et à cette cyphose thoracique accentuée qui comprime la cage thoracique et le diaphragme, muscle principal

majeur de l'inspiration et qui se relâche à l'expiration. Même après un travail sur le redressement et la posture Monsieur B. retrouve cette position, marque de son hypotonie posturale.

Monsieur B. commence à s'exprimer au fur et à mesure des séances. Il fait par exemple parfois état du sentiment de non sens qu'il éprouve à propos de sa situation actuelle ainsi que des idées de mort qui peuvent le traverser.

1.1.4 Les pressions à deux mains

Les pressions à deux mains sont généralement faites en fin de séance. Mon maître de stage ou moi-même effectuons des appuis simultanés et de façon rythmée avec nos deux mains sur chaque côté de son corps.

Notre intention ici est de faire sentir à Monsieur B. l'intégralité de son corps et sa consistance par des pressions rythmées. Cette approche par le toucher lui permet de partiellement canaliser son attention et de l'amener à percevoir la sensation de la densité de ses muscles. Peut-être qu'en percevant peu à peu ses sensations corporelles Monsieur B. va pouvoir verbaliser ce que cela lui procurent ou tout simplement se représenter son corps ?

Nous commençons par la pointe des pieds pour remonter au fur et à mesure jusqu'au sommet du crâne. Sans voir les deux mains du donneur, Monsieur B. arrive à nous dire de quel côté serre notre main sur son mollet par exemple (pendant que l'autre main ne touche pas l'autre mollet), et cela aussi sur son côté gauche paralysé, même s'il le sent moins. Après plusieurs essais nous en déduisons que Monsieur B. commence à retrouver peu à peu de la sensibilité principalement au niveau de son hémicorps inférieur gauche.

Il est pertinent pour lui de pouvoir porter son attention à la fois sur le côté gauche et sur le côté droit en comparant les deux sur les différentes pressions rythmées. Je ne sais pas si nous contribuons à une diminution de l'héminégligence corporelle par cette méthode mais il est intéressant de voir qu'il repère petit à petit sa droite et sa gauche et qu'il réinvesti ses hémichamps en faisant appel à la notion de schéma corporel.

1.2 L'élan vital retrouvé

Son moral va peu à peu être meilleur lorsqu'il va reprendre de façon progressive une alimentation hachée en petits morceaux vers la moitié du mois de novembre. Il retrouve petit à petit un bon appétit. Le retour à une texture normalisée devient envisageable et possible.

Les poches Sondalis vont être progressivement stoppées mais les tentatives de réhydratation diurne ne permettent pas un sevrage de la sonde gastrique ; Monsieur B. risque donc de la garder encore. Il est cependant ravi de pouvoir manger de plus en plus d'aliments mais il reste tout de même assez distrait pendant la prise de ses repas.

Le médecin spécialiste souligne aussi un contraste entre une amélioration cognitive vue dans les échanges et quasiment une absence de progrès en rééducation où ce monsieur n'est pas motivé pour l'acquisition des transferts. De plus Monsieur B. sait qu'il va rester ici jusqu'à ce que son état lui permette un retour au domicile, et d'ailleurs il dit beaucoup se plaire dans cette institution. Le traitement par Depakote est toujours maintenu.

Les moments d'absence se font de plus en plus rares et sa participation en psychomotricité est de plus en plus évidente. Nous continuons à lui proposer des exercices similaires mais qui deviennent plus riches après l'arrêt de l'alimentation par poches nutritives.

1.2.1 Le réinvestissement de la bouche

Monsieur B. s'exprime de plus en plus à l'oral. Il peut nous verbaliser après être sorti d'un moment d'absence et de coupure dans la relation : « *Je déconnecte, je pense à autre chose.* ». Il est aussi à noter que la reprise d'une alimentation par la voie orale joue un rôle essentiel sur son moral, son humeur, ses expressions et ses postures.

Le fait de souffler longtemps par la bouche reste difficile pour lui et sa respiration est toujours de faible amplitude. Les troubles de la fonction de son tonus ont également une influence sur le fonctionnement de son diaphragme.

Je lui propose de poser une de mes mains au niveau de son dos (zone thoracique) et une au niveau de son torse. Ces deux points de contact donnent une sensation d'enveloppement de la région thoracique. Lors de l'inspiration j'invite Monsieur B. à sentir que mes deux mains s'écartent et qu'à l'expiration elles se rapprochent. J'ose espérer que ces différentes sensations puissent lui permettre dans la durée de percevoir et de se représenter à nouveau le rythme de sa respiration.

Au fil des séances, son souffle lors de l'expiration se prolonge et Monsieur B. ré-exprime des émotions qui paraissent au niveau bucco-facial. J'observe au fur et à mesure que c'est en fait un homme qui parle beaucoup, qui rit et qui plaisante très souvent.

1.2.2 Du rythme dans la frappe

Monsieur B. est invité ici à frapper en rythme dans mes mains que je place au préalable devant mon visage en étant debout face à lui. Mon maître de stage nous accompagne rythmiquement avec ses mains et sa voix sur une vingtaine de frappes.

Cet exercice musical et rythmique amène Monsieur B. à un redressement progressif en se grandissant, à une verticalité et à un décollement du dos du dossier du fait du placement de mes mains. Son tonus axial est alors investi tout au long de la proposition et le fait sortir de cette position voûtée et repliée. L'enchaînement des mouvements conduit à mettre en jeu des variations et un ajustement du tonus musculaire.

Je constate que son attention perdure et que les moments d'absence se font plus rares. Son rythme de frappe est aussi maintenu bien plus longtemps qu'auparavant. Je remarque des mimiques qui apparaissent sur son visage, signe peut être d'un certain plaisir moteur et d'une concentration à mettre en lien avec un tonus retrouvé dans l'action. Tout cela est aussi à rattacher à son ouverture au monde elle-même reliée à la reprise de l'alimentation.

Au terme d'une séance Monsieur B. nous dit : « *Et dire que j'ai failli ne pas venir.* ». Je trouve cela intéressant de constater cette motivation qui peut refaire surface suite à une séance malgré la fatigabilité. Je pense que tout ce qui peut être dit ou fait dans ces moments là ne peut qu'apporter du mouvement sur le plan psychomoteur, et donc contribuer à de l'envie qui

puisse le faire sortir de cette hypotonie excessive. De plus le plaisir de bouger, de jouer et d'être ensemble paraît être un stimulant essentiel pour lui. Les séances deviennent de réels moments de partage.

1.2.3 Le schème du repoussé

Vers la fin de l'année, Monsieur B. fait de légers progrès sur le plan fonctionnel dans le contrôle de son membre inférieur droit qu'il peut verrouiller en extension. Il maîtrise mieux sa motricité à droite et commence à utiliser son fauteuil manuel seul avec l'aide de sa main et de son pied. En revanche il reste souvent démotivé en kinésithérapie et ne souhaite pas travailler.

Nous nous appuyons sur ces récupérations dans un premier temps pour lui proposer un exercice sur le repoussé du sol. Pour cela, après avoir enlever le cale-pied, nous invitons Monsieur B. à pousser sur son pied droit pour pouvoir faire reculer son fauteuil roulant manuel si possible sur un rythme régulier frappé avec les mains. Il peut alors réaliser quelques séquences mais il se fatigue rapidement.

Le repoussé du sol pour lutter contre la force de la gravité est l'une des preuves de l'existence de notre tonus musculaire. Pour Monsieur B. c'est aussi un moyen de retrouver cette sensation d'appui au sol (sol qui nous soutien et qui nous porte) et de retrouver une mise en jeu de son tonus au niveau des membres inférieurs et de la sangle abdominale (le repoussé du sol pour faire reculer le fauteuil roulant active aussi la tonicité de cette région).

Nous reprenons aussi l'exercice du repoussé avec la main. L'interlocuteur se positionne debout, légèrement de profil à Monsieur B., et se « laisse tomber » pour qu'il puisse nous retenir et nous repousser afin que nous retrouvions une position stable. Cet exercice est répété de façon rythmique sous forme de balancements fluides. Il entraîne une triple flexion du bras qui correspond à un amorti du poids de l'autre, puis à un prolongement de la contraction qui permet le repoussé avec une extension du bras pour enfin arriver à un relâchement tonique.

Pour rajouter un élément nous lui proposons de faire un cri, un « Ah ! », lorsqu'il repousse en rythme la personne qu'il a en face de lui. Cette diffusion du son vers l'extérieur lui permet de faire intervenir la contraction des différents muscles ayant principalement un rôle

dans l'expiration. C'est également ici aussi un moyen pour lui de remobiliser la fonction tonique du ventre. Cette modulation entre contraction et détente musculaire active un schème centre-périphérie de rassemblement vers soi et de diffusion vers les extrémités. Elle permet aussi de différencier les perceptions entre le dur et le mou, le chaud et le froid, entre l'activité et la passivité. Il me semble, en tout hypothèse, que ces jeux rythmiques contribuent fortement pendant et/ou après la proposition à ce qu'il porte son attention sur soi et à ce qu'il prenne plus finement conscience de soi.

On retrouve réellement de la motivation et de l'envie chez lui lors de nos propositions. Monsieur B. récupère de la tonicité au niveau de son côté droit, ce qui se remarque de par l'effondrement tonique plus visible du côté gauche hémiplégique. Tout ce travail autour du tonus et de ces alternances lui donne sûrement à vivre une expérience de soi plus vivante et plus unifiée. Le tonus variable animé de mouvements rythmés et d'émotions donne un sentiment de cohérence et de continuité. Cette mise en mouvement, qui s'opère tant sur la plan psychique que physique, prend alors de plus en plus forme et de plus en plus sens.

1.2.4 Ses ressentis personnels

« *Je me sens bien comme je suis.* », « *Je me sens mieux qu'au début.* », « *C'est grâce à vous, c'est un soutien.* » dit-il en montrant sa tête. Voici aussi une raison pour laquelle Monsieur B. ne souhaite pas faire d'effort dans l'acquisition des transferts : il se sent bien comme il est. Comment cet homme se représente-t-il son corps à présent et comment envisage-t-il le retour au domicile ? Monsieur B. nous fait part de son envie de revenir dans l'institution en hospitalisation de jour après sa sortie.

Une des valeurs des séances de psychomotricité est de créer un espace et un temps d'expression où la personne peut reconnaître ses émotions et être reconnue dans ses émotions. L'arrêt de l'alimentation par la sonde l'a également amené à une ouverture au monde, à l'expression, au plaisir, à la motivation et à « *l'envie de vivre* » dit-il clairement. Monsieur B. se met à recréer de la relation et nous pouvons espérer que s'il en recrée avec l'extérieur alors il peut en recréer aussi en lui dans sa propre cohérence.

Dans nos séances de psychomotricité, comme le disait **J. de AJURIAGUERRA** : « *Le but n'est pas moteur, mais la possibilité de sentir le corps comme objet total dans le mécanisme de la relation.* ».⁽¹⁾ Nous pouvons alors espérer que tout cela donne du sens à son vécu corporel et à cette « expérience de vide » qu'il a traversé après son accident vasculaire cérébral ; accident qui a eu un effet brutal sur l'état de santé et sur l'organisation psychomotrice, constituant comme une rupture dans le temps.

Nous constatons également que Monsieur B. se reconstitue progressivement un souvenir et une représentation des événements passés. Voici ici pour lui une manière de retrouver une inscription dans le temps et donc d'habiter le présent. C'est aussi dans ces moments là que nous nous situons en tant que psychomotricien dans l'écoute et le dialogue de par la rythmicité des rencontres et la rythmicité des échanges de regards et de paroles.

1.3 Séances sur le thème du rugby

Le rugby est le sport favori de Monsieur B.. Lorsque nous l'évoquions ensemble je voyais son visage s'animer et sa conversation se délier. Je me suis donc demandé si le ballon de rugby ne pouvait pas devenir un médiateur dont sa valeur symbolique pourrait renforcer l'aspect de plaisir et de sens pour lui.

Ce sont quatre séances que j'ai instauré de manière autonome début 2014 dans la prise en charge individuelle de Monsieur B. environ un mois avant sa sortie.

1.3.1 La passe : vecteur rythmique d'échange

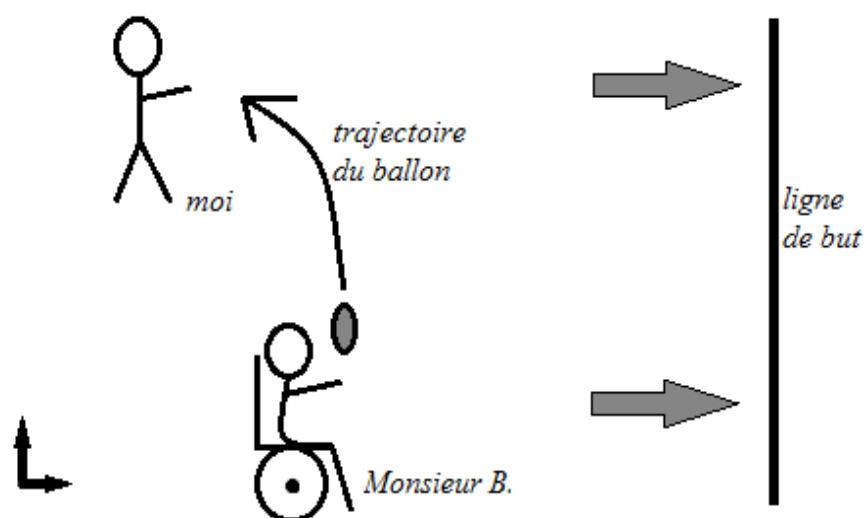
Je propose tout d'abord à Monsieur B. que nous nous fassions des passes avec un ballon de rugby (ballon en mousse taille réelle). Je constate déjà sur son visage un contentement lorsque je lui explique ce que nous allons faire ensemble.

(1) RODRIGUEZ M., De la place du corps dans les thérapies psychomotrices, Le journal des psychologues, Édition Martin Média, n°298, 2012, pp. 22-25.

Pour commencer les passes se font en face à face. Je varie la distance en me mettant de plus en plus loin et j'ajoute à cela une cadence pour instaurer un rythme dans l'échange. Je remarque que Monsieur B. est très concentré et qu'il porte pleinement attention à ses gestes et aux miens. Au niveau tonique il doit amortir la réception du ballon en ayant un tonus juste, puis il doit trouver la force nécessaire et adaptée pour que je puisse à mon tour l'intercepter.

Il est intéressant de voir comment Monsieur B. arrive à se mettre en mouvement sur le rythme de l'échange. De plus il décolle son dos du dossier lui permettant de gagner en amplitude au niveau de l'épaule, en déroulé dans le geste, et lui permettant d'aller chercher de l'élan et de la force pour le lancer par l'arrière.

C'est après ces prémices d'échange de balle que je lui explique que nous allons nous faire des passes comme au rugby, sur les côtés et toujours vers l'arrière. Je m'avance pour lui envoyer le ballon, puis je pousse son fauteuil pour qu'il puisse passer en avant et me l'envoyer de nouveau en arrière et sur sa gauche. À mon grand étonnement Monsieur B. balaye du regard jusqu'à ma position, entraînant une rotation de la tête avec un léger pivotement de l'épaule droite et du tronc, et m'envoie le ballon avec une certaine précision.



L'échange rythmique de passes est soutenu et Monsieur B. est de plus en plus actif dans sa participation. Les passes se succèdent jusqu'à arriver au niveau de la ligne de but. Je lui propose alors d'essayer d'aplatir le ballon au sol. Second étonnement, il parvient à enrayer sa colonne et à complètement quitter le contact de son arrière plan avec le dossier pour aller aplatir le ballon au sol derrière la ligne de but.

Son hémignégligence gauche aurait-elle en revanche diminué ? Ces exercices là y contribueraient-ils du fait de l'exploration visuelle périphérique et focale à gauche ? Ce que je constate c'est que les espaces sont de plus en plus investis et ils semblent être repérés. En effet je peux également passer sur son côté droit et nous pouvons changer plusieurs fois d'orientation dans la pièce. Cela s'est aussi vérifié lorsque nous lui avons demandé de montrer différentes parties de son corps ; il ne laissait pas paraître de négligence corporelle.

Au niveau de sa fonction tonique, Monsieur B. ajuste son geste en alternant entre contraction et détente et en adaptant sa force musculaire sur le rythme des passes. S'ajoute à cela du plaisir moteur en partie du à la symbolique du thème du rugby et à cette dynamique relationnelle. Cet échange dynamique rythmique dans la relation n'est-il pas là une symbolisation extériorisée du rythme de l'échange dedans-dehors qui est par ailleurs réinvesti chez cet homme ?

Ce qui est sûr c'est que les coordinations dynamiques se complexifient au fur et à mesure des séances. La mise en jeu du corps est plus prononcée et cette rythmicité établie dans l'action et dans l'agir reconstruit une impression de mise à profit de la vie. Monsieur B. devient acteur de ses propres stimulations et il prend une place différente dans la relation en retrouvant un certain rythme relationnel.

1.3.2 Les touches

Dans ce jeu je me positionne assis sur une chaise face à lui et à une distance relativement écartée. Le principe est que nous nous envoyons le ballon de rugby en le plaçant au préalable au dessus de la tête. Mon intention est qu'il perçoive ses espaces corporels et qu'il ressente l'alternance contraction-détente des muscles de son membre supérieur.

Monsieur B. lève son bras droit pour placer le ballon au dessus de la tête mais sans totalement déplier son coude. Ce mouvement l'amène tout de même à se redresser et à se tenir droit, mobilisant le tonus de l'axe en lien direct avec l'élévation du bras puisque celle-ci est permise entre autre par le trapèze (chef inférieur pour l'abduction du bras à 180°) qui a pour origine les processus épineux de certaines vertèbres thoraciques. Le sus-épineux et le deltoïde, partant de l'axe vers la périphérie, entrent aussi en jeu dans cette élévation.

Le rythme de l'échange lui permet de faire entrer en jeu des variations de son tonus et de solliciter des chaînes musculaires qui restaient inexplorées depuis un certain temps. C'est aussi l'occasion pour lui de réinvestir l'espace du haut et l'espace arrière de par le lancement du ballon. Le rythme dans les passes relie justement ces différents espaces et relie les variations de densité musculaire qui contribuent à une maîtrise du geste juste et adaptée.

1.3.3 Les tirs

Je l'invite dans cette idée à tirer la transformation une fois que le ballon est aplati derrière la ligne après l'échange de passes (essai transformé). Cette proposition consiste pour lui à shooter dans le ballon (que je dépose au préalable sur une sorte de tee) pour le faire passer entre deux montants de porte.

Ce que je souhaite ici aussi c'est lui faire ressentir la contraction tonique dans sa jambe en jouant sur les amplitudes articulaires et en retrouvant du plaisir dans le shoot. Je remarque qu'il prend de l'élan au niveau de sa jambe et que l'extension de son genou est opérante, signe de la bonne contraction de son quadriceps et d'un jeu adéquat entre agonistes et antagonistes.

Il est intéressant de voir également que l'instauration de ce rythme ou de ce rituel après avoir marqué un essai amène chez lui de l'envie mais aussi une inscription dans le temps du déroulement du jeu. C'est lui qui fait et qui crée le jeu car c'est lui qui marque un essai et qui le transforme. Peut-être que ces situations sont un minimum valorisantes pour lui, et ce que j'espère c'est que ce jeu lui permette de retrouver une place de sujet acteur sur son environnement, tout du moins dans ce temps de séance.

Dans l'ensemble il est à noter que Monsieur B. réinvesti le tonus de la musculature de son hémicorps droit, ce qui lui permet de gagner un minimum dans son autonomie et dans ses déplacements. En effet il peut faire avancer et reculer son fauteuil roulant manuel seul en utilisant la main courante droite et en utilisant son pied droit appuyé sur le sol permettant ainsi la mise en place d'une traction ou d'une propulsion.

Sa participation générale est de plus en plus active vers la fin de sa rééducation. Monsieur B. arrive à effectuer le passage assis/debout seul à l'espalier et à tenir debout quelques minutes en se tenant, les deux membres inférieurs tendus. Il y a une légère rétropulsion s'il ne fait pas attention mais il se corrige sur sollicitation. Il participe aussi un peu plus aux transferts. Monsieur B. fait dans l'ensemble de beaux progrès avant sa sortie.

1.3.4 Le rituel de fin de séance

Durant les séances de psychomotricité j'apprends que Monsieur B. apprécie particulièrement la musique classique. J'ai donc repris le travail de pressions corporelles à deux mains en suivant le rythme donné par une musique (musique classique sur CD). Mon intention ici est de lui donner à sentir la continuité et l'unité du corps à travers sa densité en y intégrant le rythme musical. Cette proposition permet de relier une sensation interne induite par le toucher à une stimulation externe qui est le son, et cela sur le mode du rythme. La musique classique peut également faire sens pour Monsieur B. car elle relie à une dimension collective à travers le patrimoine culturel (avec Bach, Chopin ou encore Vivaldi).

À la question « *Ça vous fait quoi Monsieur B. ?* » il me répond : « *Des sensations.* ». Je constate également lors de ce temps de rituel un grand relâchement du tonus de ses membres et de son visage. De plus, il ressent ce décalage entre son côté sain et son côté paralysé. Il me dit une fois : « *Ça m'a remis les muscles en place.* », puis une autre fois : « *Je reprends goût à mon corps, les formes et tout.* ». Tous ces mots témoignent peut-être d'une remise en marche des représentations et d'une attention plus portée vers soi.

- « *Est-ce que vous aviez perdu ça Monsieur B. ?* »,
- « *Oh oui ! De l'avoir vu traumatisé, ça a été dur. Et là petit à petit c'est revenu.* »,
- « *Est-ce que vous ne sentiez plus votre corps ?* »,
- « *Quand même pas... Ça me fait du bien ! De bouger, me remettre en mouvement.* ».

1.4 Conclusion

À la fin de la dernière séance nous abordons le fait que sa femme s'occupe énormément de lui depuis qu'ils sont ensemble. « *J'étais un gros bébé.* » dit-il. C'est sûrement aussi pour cela qu'il ne veut plus progresser en rééducation et qu'il dit « se sentir bien comme il est ». Ce serait comme ne pas retrouver une certaine indépendance pour que l'on continue de s'occuper de lui.

Il dit aussi : « *J'aurais dû écouter ma femme.* » sur le fait qu'avant il mangeait beaucoup trop et à n'importe quelle heure, en dehors des repas. Il revient ici le questionnement sur l'oralité et cette sensation de plein qu'il pouvait éprouver lors de ses compulsions alimentaires : quel rapport a-t-il réellement avec la nourriture et qu'est ce qui fait qu'il ait besoin de se remplir comme cela ? Peut-être que ce « remplissage » était un moyen de faire face à des épisodes de dépression s'accompagnant d'une sensation de vide et d'un sentiment de culpabilité par rapport à ces périodes.

J'ai le sentiment qu'un peu avant son accident vasculaire cérébral Monsieur B. était plongé dans une dépression (que sa femme justifie d'ailleurs) qui semblait le maintenir dans une sorte de retrait du monde, comme un repli sur soi-même, avec une perte de motivation et d'envie. Ce que je crois comprendre au travers de ses mots c'est que son mal-être à l'époque n'avait pas d'enracinement physique visible, et donc qui ne se justifiait pas vraiment. Désormais son mal-être peut alors se justifier de par son handicap physique et fonctionnel post-acc. Voici ici aussi une piste assumant le fait qu'il se sente bien comme il est maintenant.

Mais à côté de ça Monsieur B. peut nous dire : « *Et encore il y a pire que moi !* », « *Je pourrais avoir perdu la parole, ce serait terrible !* » alors qu'il est déjà très dépendant. Il dit aussi que tout cela « *m'a remis les pieds sur Terre.* ». Je suppose que ces événements lui ont aussi redonné le sens des réalités et qu'il mesure en même temps la chance qu'il a de pouvoir encore s'exprimer. Monsieur B. semble aussi avoir repris goût à la communication et à l'échange dans la relation, et c'est aussi ce qu'il place en priorité dans ses besoins.

Sa sortie a lieu le 20 février. Monsieur B. est très ému lors de son départ, tout comme nous, et souhaite revenir le plus vite possible en hospitalisation de jour dans l'institution.

2. Monsieur BT. : autour de la conscience corporelle

Monsieur BT. garde un syndrome rachidien important accompagné de douleurs latéralisées à droite et d'une amyotrophie des masses musculaires para-vertébrales. Il semble vraisemblablement exister des adhérences profondes séquellaires de la voie antérieure (lésions qui se sont formées en profondeur après cicatrisation). Le médecin accentue par ailleurs la rééducation sur la mobilisation des hanches et sur les étirements des chaînes antérieures et postérieures des membres inférieurs.

C'est petit à petit qu'il s'améliore au niveau de sa gestuelle et de sa dynamique de marche. Monsieur BT. progresse en souplesse au niveau des hanches, du psoas et des membres inférieurs, mais persiste une rétraction des ischio-jambiers et des droits fémoraux.

2.1 Une relation à soi sur le rythme de la respiration

2.1.1 Le rythme respiratoire

Voici l'une des bases qui constituent nos propres rythmes vitaux : le rythme de la respiration. Ce mécanisme d'apparence simple qui se déroule en général de manière inconstante est l'un des mouvements les plus élémentaires dans le corps. Il se retrouve directement relié à l'élan vital puisqu'il en est l'expression. La respiration s'associe aussi bien aux mouvements et à la fonction du tonus qu'aux émotions et au stress. Bien souvent ce mécanisme est empêché dans son déroulement, et se fait alors de façon restreinte et désorganisée en n'assurant plus totalement son rôle de régulateur. Voilà pourquoi la respiration nécessite d'être reprise et retravaillée.

L'objectif de l'exercice est d'aider la personne par une induction verbale à porter son attention sur sa respiration et à prendre conscience de ce mouvement et de l'alternance entre ces deux tendances qui s'appellent et se répondent. Cette approche globale sur la conscience corporelle favorise la relation que la personne peut avoir avec l'intérieur de soi.

Je remarque que la respiration de Monsieur BT. a tendance à être saccadée lors des toutes premières séances, c'est-à-dire environ quatre mois après sa deuxième opération. Ce mécanisme est principalement assuré par le diaphragme qui compte parmi ses insertions celles qui se situent au niveau des vertèbres thoraciques et lombaires. « *Les piliers postérieurs du diaphragme, qui s'insèrent jusque sur les 3ème et 4ème vertèbres lombaires sont les acteurs principaux de ce mouvement.* » explique **J. GARROS**.⁽¹⁾ Les douleurs et les opérations dans cette zone du rachis ne sont-elles pas alors les facteurs d'un blocage au niveau de sa respiration ? Je peux également faire un rapprochement avec son état de sidération et ses tétanies qui peuvent être rattachées à l'expression « avoir le souffle coupé », mais aussi à son hypertonicité posturale qui ne peut que favoriser l'altération du mécanisme respiratoire.

C'est petit à petit que ce rythme va redevenir fluide en s'associant à de la détente mais toujours sur le principe de la conscience corporelle. Une respiration juste associée à un tonus juste compte une expiration environ deux fois plus longue que l'inspiration. Je comptabilise en moyenne pour Monsieur BT. au cours de l'année dans ce travail au sol une inspiration de quatre seconde pour une expiration de dix secondes, avec des temps de latence primordiaux entre chaque mécanisme constituant de façon primordiale le rythme respiratoire.

Au cours de l'année je constate également que sa respiration est purement ventrale et très peu thoracique. Cela peut-être à mettre en lien avec les stupéfactions émotionnelles et les sidérations qui créent un blocage au niveau de la cage thoracique et du buste. Mais c'est aussi à rattacher à ses douleurs dorsales et à cette rigidité posturale. Les côtes fixées sur la colonne vertébrale s'élèvent dans le thorax lors de l'inspiration. Les douleurs peuvent alors restreindre ces mobilisations costales contribuant de ce fait à une respiration essentiellement ventrale.

Un exercice sur le ventre avec les bras allongés le long du corps est aussi proposé pour favoriser la respiration dorsale du fait d'une respiration ventrale limitée (où le ventre est censé se soulever à l'inspire et se rabaisser à l'expire). Dans cette position, l'amplitude de l'ouverture des côtes va privilégier la respiration dorsale avec une mise en jeu du tonus de l'axe par le travail du grand dorsal notamment. Le tonus musculaire connaît donc des variations différentes selon la manière dont il accompagne le rythme de la respiration.

Cette proposition va permettre d'aller éveiller les sensations du rythme respiratoire dans le dos, un dos vivant car animé d'un mouvement qui est celui de la respiration.

(1) GARROS J., *Corporellement...*, Bordeaux, Auto-édité, Imprimerie Moolenaar, 2007, p. 80.

2.1.2 Travail autour de la colonne vertébrale

Le travail suivant peut être fait suite au précédent. Cette continuité nécessite de porter son attention sur les ressentis du dos contre le tapis et les différentes zones de contact avec le sol. La respiration permet éventuellement de se déposer petit à petit sur le sol par un relâchement du tonus musculaire et un relâchement au niveau du contrôle mental.

Nous invitons Monsieur BT. et le groupe à sentir les points de contact au niveau des pieds, des jambes, du bassin, du dos, des bras et de la tête. Le principe est de percevoir cet ensemble corporel qui constitue un tout contenant et unifié et qui permet aux contenus de pensées de s'exprimer. C'est aussi percevoir notre arrière plan et plus particulièrement la colonne vertébrale comme structure nous permettant de faire face au monde et comme axe de nos orientations.

Nous leur proposons ensuite de prendre appuis avec leurs pieds sur le sol pour pouvoir soulever le bassin en antéversion lors de l'inspiration, sur le rythme de la respiration. Cela entraîne le décollement d'une partie de la colonne basse par la mise en jeu du tonus des membres inférieurs, de la ceinture abdominale et du dos. L'expiration conduit ensuite à redéposer le poids sur le tapis et à reprendre contact avec celui-ci jusqu'à laisser le bassin se poser sur sol par le mécanisme de la rétroversion.

Cette proposition sur le rythme de la variation continue entre inspiration et expiration contribue à un ajustement tonique rythmé de l'ensemble des chaînes musculaires (chaînes verticales postéro-antérieure et antéro-postérieure ⁽¹⁾) et à une perception affinée de la colonne vertébrale. Ces chaînes musculaires sont reliées au diaphragme qui est un carrefour essentiel par sa rythmique respiratoire de la posture et du mouvement.

Une autre proposition peut se faire les deux pieds à plat sur le mur. L'élévation du bassin par l'appui des pieds qui se fait lors de l'inspiration est plus grande, tout comme le décollement de la colonne jusqu'au niveau des vertèbres thoraciques. L'intention est de sentir par le rythme de la respiration le tonus nécessaire et complémentaire pour effectuer le geste. Cette variation tonique entre contraction-détente amène à une différenciation des perceptions dans la mise en mouvement du bassin.

(1) SERVANT-LAVAL A., Principe de chaînes de Godelieve STRUYF-DENYS, Anatomie Fonctionnelle – Cours théorique-pratique et TD, Livret de psychomotricité, Version 2010, pp. 34-35.

J'observe lors d'une séance une bonne amplitude chez Monsieur BT. avec un lâcher juste dans l'expire conduisant à un lâcher juste dans le bassin. Il donne l'impression d'avoir une raideur moins importante et une meilleure souplesse au niveau du bassin et du dos. Mais est ce que ces exercices lui permettent de réguler son tonus musculaire et de réorganiser sa conscience de soi ? Je pense qu'ils peuvent étayer l'accès aux représentations et participer à une baisse progressive de la kinésiophobie du fait des mobilisations douces.

2.1.3 Le lâcher dans le poids

Toujours allongé sur le dos, Monsieur BT. est invité à lever les bras tendus à la verticale pour les amener ensuite derrière la tête à l'horizontale dans le prolongement de l'axe. Un des principes est d'accorder ce geste sur le rythme de la respiration.

Après quelques cycles respiratoires pour amener les bras vers l'arrière, nous lui proposons de lâcher dans les bras sur une prochaine expiration pour qu'ils puissent revenir le long du tronc. Le lâcher part d'abord de l'épaule, puis passe au niveau du coude pour arriver jusqu'à la main et au bout des doigts. Notre intention est qu'il sente ce changement et cette variation du tonus au niveau des membres supérieurs. C'est parce que le tonus change en passant de l'état de tension à celui de détente qu'il va se relâcher, et c'est aussi parce que la personne consent à la gravité que le tonus va changer.

Cet exercice s'apparente à un mécanisme de diffusion allant du centre vers la périphérie, puis de la périphérie vers le centre. Ce serait comme prolonger à l'extérieur avec la rythmique du geste ce qu'il se passe à l'intérieur avec la rythmique de la respiration. Cette image me fait penser à la loi de maturation progressive proximo-distale s'opérant dès le plus jeune âge où le contrôle du corps commence par les segments situés près de l'axe corporel pour cheminer vers les extrémités.

À la fin d'une séance Monsieur BT. déclare : « *J'avais l'impression que ça faisait des années que je n'avais pas mis les bras derrière.* ». Je suppose donc que ces mouvements sur le mode du rythme peuvent probablement le conduire à une prise de conscience des différenciations toniques et à une réharmonisation des représentations corporelles.

Ce qui est en effet intéressant ici c'est que la sensation va initier le mouvement. C'est aussi par cela que nous redonnons à la personne la maîtrise de son corps ainsi que le sentiment d'appartenance.

Nous proposons également de faire l'exercice au niveau des membres inférieurs, toujours en position allongée. Pour cela nous les invitons à fléchir la hanche et plier le genou pour permettre un lâcher, toujours basé sur le rythme de la respiration, qui démarre tout d'abord par la hanche pour passer ensuite par le genou et arriver jusqu'au niveau du pied qui en glissant permet de ré-allonger la jambe sur le tapis. Cela entraîne généralement une ouverture de la hanche grâce à une régulation du tonus au niveau du psoas et de l'iliaque.

Le muscle psoas serait responsable d'environ 50% des lombalgies. C'est un muscle qui origine de la hanche, traversant l'abdomen dans son quadrant inférieur et qui s'attache profondément sur les cinq vertèbres lombaires. Si ce muscle est trop tendu alors il peut engendrer des douleurs dorsales. Il permet la flexion du tronc si le point fixe est la cuisse et la flexion de la hanche si le point fixe est la colonne vertébrale. **S. PLANTE**, physiothérapeute et ostéopathe écrit : *« Ce muscle a une prédisposition particulière à devenir tendu puisque son fascia est en continuité avec celui du rein et également en continuité avec le diaphragme. Ce faisant, le psoas réagit énormément au stress émotionnel et particulièrement aux peurs. »*.⁽¹⁾ Voici peut-être ici un lien étroit en plus à prendre en compte entre les tétanies et les stupéfactions de Monsieur BT., ses douleurs lombaires et son hypertonicité.

2.1.4 Enroulement et déroulement

Dans ce travail, la personne se place dos au mur pour y prendre contact avec un bon appui au niveau du bassin permis par une légère avancée des deux pieds en avant. L'objectif est d'enrouler la colonne vertébrale vertèbre par vertèbre en partant de l'atlas, première cervicale qui porte la tête, pour arriver au fur et à mesure jusqu'aux lombaires (les sacrales étant soudées entre elles tout comme les coccygiennes). Cet exercice amène à une rétroversion du bassin et une cyphose du rachis. La flexion au niveau des genoux reste cependant nécessaire pour la bonne mise en place de la rétroversion. Cet enchaînement de la

(1) PLANTE S., site internet de l'article : <http://sebastienplante.blogspot.fr/2008/09/le-psoas-un-muscle-nglig-dans-les.html>

tête jusqu'au bassin est ici une image de la loi céphalo-caudale où la maturation neuro-motrice s'installe progressivement du haut vers le bas dans le développement psychomoteur. Pour replaquer le dos contre le mur, le mouvement part du bassin grâce à son antéversion qui permet de replacer les vertèbres lombaires, puis les vertèbres thoraciques et cervicales dans leur courbe avec un ajustement de la tête, regard à l'horizontal.

Cette proposition prend également en compte le rythme de la respiration avec chaque expiration qui sollicite l'enroulement mais aussi le déroulement car elle entraîne dans la fin de son prolongement une contraction abdominale qui rassemble les forces au centre. **B. LESAGE** cite : « *Même si l'on sait maintenant que le centre de gravité physique se situe précisément dans la zone du plexus au niveau de la douzième dorsale, le travail du poids a beaucoup à voir avec l'impulsion des mouvements à partir du bassin.* ».⁽¹⁾ Ce qui est vrai dans cet exercice car le rétablissement du poids du corps passe d'une position de l'avant vers le centre, puis vers le haut avec un grandissement. Ce rétablissement se fait à l'aide de la fonction du tonus au niveau de la ceinture abdominale (muscle transverse de l'abdomen), de l'ilio-psoas et des muscles postérieurs comme par exemple les fessiers.

Ce travail les yeux fermés de préférence permet d'instaurer un rythme entre enroulement et déroulement, entre contraction et détente. L'intention est de sentir et de percevoir le mécanisme de l'intrication des vertèbres entre elles et de réguler un tonus nécessaire pour assurer un enchaînement rythmique fluide et opérant.

L'enroulement de Monsieur BT. se limite généralement au milieu de la zone thoracique (zone de la scapula vers T5-T6), avec par la suite un dos qui bascule vers l'avant plus qu'il ne s'enroule. Je me demande alors si son déroulement est réellement impulsé à partir de son bassin ; et sûrement pas réellement. De plus ses chaînes musculaires postérieures sont très souvent contractées (fessiers, ischio-jambiers) et certaines masses connaissent une amyotrophie. La contraction de différents muscles intervenants lors du déroulé semble alors parfois renforcer ses douleurs.

Il nous dit en revanche : « *Ce travail de la colonne fait du bien... j'ai l'impression de gagner des centimètres* ». Nous pouvons poser l'hypothèse que Monsieur BT. différencie tout de même des perceptions et qu'il se représente probablement son corps différemment. Il

(1) LESAGE B., La danse dans le processus thérapeutique, Le cadre et les outils en danse-thérapie : Rythme, Toulouse, éditions ERES, 2006, pp. 133-140.

exécute cet exercice très lentement ce qui lui permet probablement de sentir plus précisément mais aussi d'éviter de déclencher trop de douleurs.

Il est important de continuer ce travail, qui sera souvent repris d'ailleurs, car il permet une remise en mouvement psychomotrice reliée au rythme de la respiration, et peut également permettre de lutter contre la kinésiophobie. En effet, que pouvons nous espérer déclencher chez Monsieur BT. par telles ou telles expériences au long des séances ?

Au fur et à mesure il donnera l'impression d'une amplitude plus grande au niveau de son enroulement, à mettre peut-être en lien avec son gain de souplesse au niveau des hanches, du psoas et des membres inférieurs, une gestuelle et une dynamique de marche meilleures.

Nous constatons au travers de tous ces exercices de mouvements reliés au rythme de la respiration l'alternance entre l'élan et la retombée par le poids qui permet un placement juste des différents segments corporels et des articulations. Nos intentions sont de travailler un geste juste qui donnera l'attitude juste et le tonus juste. Ces propositions et ces principes sont tirés de la pédagogie de la conscience corporelle transmise par **O. RASAL-ALLUÉ** à Bordeaux.⁽¹⁾ Ce sont des cours pratiques que j'ai pu suivre au long de cette troisième année de psychomotricité en tant qu'atelier extérieur et qui m'ont été complémentaires à ma pratique psychomotrice en stage dans le centre de réadaptation fonctionnelle.

2.2 Du rebond dans le mouvement

2.2.1 Les percussions osseuses

Cette proposition consiste à effectuer sur son propre corps des percussions rythmiques répétées avec le poing au niveau des os et des muscles. Nous invitons Monsieur BT. et le groupe à commencer sur le crâne et les différentes parties osseuses du visage pour aller progressivement vers les pieds et les orteils en passant par tout le corps.

(1) Association Expression, Travail corporel – Respiration, détente, mouvement et danse.
www.associationexpression.com

Ce qui est intéressant c'est que les auto-percussions rythmiques vont créer de légères vibrations qui vont se propager dans le membre grâce principalement à la conduction osseuse. Ces percussions stimulent le squelette interne en donnant la sensation d'un système osseux qui peut faire passer du mouvement et qui est donc vivant, et pourquoi pas qui donne la sensation d'une certaine contenance corporelle. C'est d'autant plus intéressant de le proposer par deux avec un donneur et un receveur allongé au sol sur un tapis.⁽¹⁾

2.2.2 Les transferts d'appuis et la marche

Le but de la proposition est de se balancer rythmiquement d'un pied à l'autre, sur place, en créant un transfert de poids sur la gauche puis sur la droite, et ainsi de suite. Cette alternance contribue à fléchir le genou de la jambe d'appui pour pouvoir mieux repousser le sol et lutter contre l'attraction terrestre qui entraîne notre poids. Pour imaginer, on parlerait de tempo pour un balancement raide et franc allant de gauche à droite avec les jambes tendues, alors que le rythme serait plutôt toutes les variations et les mouvements harmonieux qui s'opèrent entre deux contraires ou deux opposés sans jamais réellement se figer. C'est un balancement qui peut varier et qui donne de la gaieté au geste.

J'observe chez Monsieur BT. lors d'une première séance dans ce travail rythmique sur les repoussés qu'il n'y a pas de fluidité ni de rebond dans ses alternances gauche-droite. Cette posture figée empêche toute variation et tout écoulement du rythme du balancé.

J'ai proposé en cours d'année un travail sur le rythme de la marche qui suivait au préalable un exercice d'auto-massage de la voûte plantaire en faisant rouler une balle de tennis sous le pied. Le principe est de ressentir les multiples points de contact entre la balle et le dessous du pied puis de comparer ces différentes sensations avec celles du contact de l'autre pied sur le sol. Les personnes marchent ensuite dans la pièce en s'adaptant à un rythme donné. Ce rythme varie en passant par un tempo modéré puis lent et enfin plus rapide. Le principe ici est de pouvoir s'adapter à une rythmique imposée en déroulant sa marche de manière fluide, et donc de manière rythmée.

(1) Voici un exercice que je propose aux patientes fibromyalgiques dans l'atelier rythme.

Je remarque alors que le rythme de marche de Monsieur BT. sur le tempo rapide est quasi identique au tempo modéré. En effet sa marche est peu vive et très peu rythmée. Je ressens cela comme un manque d'initiative et une peur de faire un mouvement brusque. Il est vrai que cela s'apparente à une sorte d'inhibition générale. Je rattache également ce fait à son état de tétanie et ses angoisses envahissantes qui ne peuvent qu'entraîner un blocage au niveau de son engagement corporel et de ses mouvements.

Cependant Monsieur BT. semble trouver du plaisir à se laisser balancer et à se bercer sur le rythme de la musique même si ce dernier semble parfois mal perçu.

2.3 Conclusion

Vers la moitié de mon stage, la psychomotricienne demande aux personnes présentes dans le groupe de se dessiner debout, en l'état actuel dans lequel ils se sentent. Monsieur BT. reste pendant plusieurs dizaines de secondes le regard dans le vide comme sans inspiration avant de se dessiner. Son dessin représente juste un trait vertical symbolisant la colonne et un autre trait symbolisant une jambe (cela me fait penser à la lettre Y à l'envers). Ni la tête ni les membres supérieurs n'apparaissent sur la feuille. Lorsque nous lui demandons ses impressions, il répond : « *Je n'arrive pas à avoir d'avis... Il y a trop de choses par rapport au corps pour que je puisse en donner une forme. Je n'ai pas encore assez confiance.* ».

Suite à un entretien individuel au début du mois d'avril, Monsieur BT. me dit qu'il se sent beaucoup mieux, qu'il se sent plus souple et qu'il a ré-appris à bouger. Il me dit également : « *J'ai retrouvé certaines parties de mon corps* ». En revanche il garde très peu de force dans ses jambes et son moral reste moyen car : « *le corps rappelle à l'ordre... il limite dans les activités.* » dit-il.

J'apprends aussi que Monsieur BT. est reconnu comme travailleur handicapé ne pouvant plus reprendre son poste, et qu'il essayera à l'avenir de voir pour obtenir un autre travail si cela est réalisable.

Concernant le travail effectué en psychomotricité, voici ce qu'il décrit : « *Très bien. J'ai appris à respirer et ça m'aide beaucoup pour m'endormir et me détendre... C'est aussi un maintien de mon corps, j'ai senti des choses que je ne sentais plus... C'est aussi redécouvrir son corps.* ». Il me dit également qu'il souhaiterait des séances de psychomotricité plus longues et plus fréquentes dans la semaine.

Voici cinq mots que Monsieur BT. associe au travail que nous avons pu mettre en œuvre ensemble en psychomotricité depuis le mois d'octobre :

confiance
respiration
bien-être
redécouverte (de son corps)
soulagement

Il est fort possible qu'au travers de cet ensemble d'expériences psychomotrices Monsieur BT. ait pu retrouver une certaine confiance en soi en prenant plus finement conscience de son corps. Ce serait peut-être comme renouer une rythmicité de l'échange entre son vécu corporel et ses pensées. Voici ici aussi toute l'importance de ces jeux de rythme qui relient différents états toniques avec différentes perceptions et qui ont sûrement contribué à une réorganisation progressive des représentations.

Tout cela confirme aussi la pertinence de nos propositions, et nous permet d'oser persévérer dans ces choix thérapeutiques pour les séances à venir en s'appuyant sur la répétition des expériences qui pourraient amener progressivement à un processus d'intégration.

3. Groupe fibromyalgique : l'atelier rythme

3.1 Une approche du rythme par la mise en jeu du corps

3.1.1 Du rythme dans le lancer

Voici un médiateur qui à mon sens s'adapte aussi bien aux enfants qu'aux adultes : la balle. Dans ce jeu à quatre je propose à Madame A., Madame O. et Madame R. que nous nous envoyons une balle de tennis en rythme et en marchant dans la salle sur un tempo de quatre temps. Mon intention est de créer du rythme dans une relation groupale en favorisant l'échange par le dialogue tonique (regards, postures, placements et anticipation).

Ce qui me frappe dans ce jeu d'apparence simple et banale, c'est qu'un grand plaisir moteur se dégage. Les lancers varient en fonction du rythme que j'impose verbalement (sur le 1, le 3, ou le 1 et le 4, ...). Ce dernier peut devenir plus lent ou plus rapide, et je constate que lorsqu'il est plus lent certaines d'entre elles l'accélèrent encore. L'effet de groupe fait aussi qu'elles tournent rapidement en rond en se suivant dans la pièce.

Il est intéressant de voir comment le rythme du lancer les amènent à se mettre rapidement en mouvement en occupant l'espace de la salle et en jouant sur la variation tonique. La possession de la balle symbolise aussi en quelque sorte le metteur en scène qui prolonge l'action précédente et qui initie l'action suivante. Retrouver la balle c'est retrouver un rôle et une place dans le temps de l'action et de l'échange rythmique.

3.1.2 La danse

Que ce soit avec la mélodie d'une musique ou les accords de ma guitare, j'invite ces trois dames à danser selon un rythme musical. Le principe est que sur huit temps donnés j'en impose certains où elles doivent se mouvoir et d'autres où elles doivent s'arrêter (par exemple

1...2...3...4 bouge, et 5...6...7...8 stop, et ainsi de suite en changeant parfois les temps). Cela demande une écoute attentive et permet d'instaurer des repères personnels pour faire le lien entre le rythme sonore extérieur et la perception de ce rythme à l'intérieur de soi.

J'observe par exemple que Madame R. réalise des pas de danse pour pouvoir repérer les temps d'action et d'immobilité, Madame A. a plus tendance à compter les temps et Madame O. préfère chantonner. Les musiques entraînantes amènent généralement à la danse faisant parfois même oublier les consignes de départ (difficultés d'attention). De plus, si je le fais avec elles, elles se basent très rapidement sur moi en abandonnant tous repères propres.

C'est un exercice qui contribue à fixer l'attention tout en permettant l'expressivité des mouvements. Il amène aussi du rebond dans le déroulé de la marche, et du rythme en reliant les contraires (suspension/appuis au sol, mouvements/immobilité) et en passant par différents états toniques entre temps forts et temps faibles. Les systèmes sensoriels, que ce soit le flux vestibulaire, auditif ou proprioceptif, connaissent eux aussi des variations. Je me pose alors la question de savoir ce qu'elles font de leurs douleurs durant ces instants, et de savoir comment elles perçoivent leur corps en mouvement dans cette réalité espace-temps ? Cette mise en jeu du corps, accompagnée d'un certain plaisir moteur, ne permettrait-elle pas justement de « laisser de côté » les douleurs en se recentrant plus sur des perceptions non altérées ? L'expression corporelle semble réellement libérer des blocages qui s'opèrent tant sur le plan de la motricité que du fonctionnement psychique, laissant aussi plus de place à la subjectivité.

3.1.3 Les percussions corporelles

J'ai remarqué que pour ces dames faire des percussions corporelles avec leur propre corps n'est pas chose facile. Le tempo est difficilement perçu, l'attention n'est pas partagée entre leurs propres sensations et l'écoute du groupe, et les douleurs refont vite surface.

Je suis alors parti sur un jeu basé sur l'épreuve des structures rythmiques de **M. STAMBAK**. L'exercice se réalise en binôme : l'un dessine des ronds pour créer une suite rythmique en y ajoutant une partie du corps écrite, puis l'autre la reproduit corporellement grâce à la lecture qu'il en fait. Le principe ici est de percevoir par le flux visuel une symbolique du rythme et de la retranscrire par la mise en mouvement du corps.

La proposition est simple mais suscite chez elles un certain amusement. C'est aussi un moyen de remettre en mouvement certaines articulations et différentes chaînes musculaires qui en dehors du ludique ne seraient peut-être pas judicieusement sollicitées à cause d'un envahissement probable de la douleur.

3.2 Et si nous utilisons les instruments ?

J'ai en ma possession pour ces exercices de rythme plusieurs instruments comme un petit djembé, des maracas, des claves en bois, des grelots, un tube résonant à deux tons, un tambourin, un grand shaker et des eggs shaker.

Mon intention avec ces instruments de percussions est de pouvoir créer du rythme ensemble. C'est aussi un moyen de les conduire de plus en plus à l'expression et à de l'individuel en proposant des improvisations ou des rythmes différents de ceux existants.

Il est important au départ de mettre en place une dynamique de groupe en frappant tous un tempo commun. J'observe plus particulièrement la façon dont elles arrivent à s'inscrire dans le temps, et à partir de là j'essaye d'aviser comment elles pourraient amener du rythme et de la variation dans cette répétition insipide de frappes. Je remarque qu'il leur est difficile de s'ancrer dans le tempo si je ne l'initie pas moi-même en premier.

Pour introduire le jeu, je décide d'improviser une petite série de frappes pendant qu'elles doivent continuer à tenir le tempo ; et déjà là je constate que Madame O. et Madame R. ont très rapidement tendance à copier le rythme que je crée. Mon objectif justement est de les faire sortir de cette identification à l'autre en trouvant soi-même et en soi des repères personnels. L'élaboration d'un jeu rythmique consiste à apporter sa propre couleur pour venir remplir un tempo terne et monotone. Amener un élément de soi c'est aussi s'affirmer en tant qu'individu autonome et créatif.

Ce qui est intéressant de voir c'est comment elles arrivent à quitter le mouvement répétitif du tempo (c'est à dire une répétition permanente, un peu comme la présence continue de leurs douleurs) pour pouvoir improviser tout en restant dans la dynamique

groupale. Au fur et à mesure des tours nous sentons que les improvisations sont plus fortes, plus riches, et qu'elles durent beaucoup plus longtemps. Je remarque également que ces trois dames osent de plus en plus jouer et faire du rythme. Or oser c'est aussi prendre des risques en se détachant de la singularité ; pour elles ce serait se détacher un peu de l'emprise de la douleur en agissant selon leurs propres perceptions et leurs propres envies.

Même si la proposition rythmique de chacune reste timide au début de l'exercice, elle devient de plus en plus expressive, s'associant à des rires, à des mouvements de danse et à des jeux de question-réponse. L'aspect métronomique du tempo se laisse peu à peu porté par la rythmicité complémentaire des différentes structures. Le tonus d'action connaît des alternances entre force de frappe et moments de latence indispensables pour préparer le prochain pulse. « ... *la pulsation est un cycle tonique qui fait alterner tension, rétention et détente.* » écrit **B. LESAGE**.⁽¹⁾ De plus je constate que la plainte douloureuse ne figure quasiment plus au premier plan.

Si le rythme résonne comme une propagation « vivante » dans l'espace, dans le temps et dans le corps, alors il parvient à créer du rebond dans la marche en ancrant la personne dans le présent. Le rythme redonne du mouvement aussi bien corporellement que psychiquement ; c'est peut-être ici qu'il ré-organise les perceptions en évitant que l'environnement ne soit perçu seulement que par le spectre douloureux. Se représenter différemment le rythme pourrait peut-être donc amener à se représenter différemment son corps.

3.3 Un toucher rythmé

3.3.1 De dos en dos

Dans ce jeu où nous nous positionnons en file indienne, la personne qui se trouve en fin de file propose une percussion rythmique qu'elle frappe sur le dos ou les épaules de son voisin d'en face. Le rythme remonte ainsi de suite jusqu'à la première personne du début de

(1) LESAGE B., *La danse dans le processus thérapeutique, Le cadre et les outils en danse-thérapie : Rythme*, Toulouse, Éditions Erès, 2006, pp. 133-140.

file, et cette personne reproduit le rythme final qu'elle a perçu sur son corps par une expression corporelle (avec les pieds, les mains, la voix, etc).

Le principe est de sentir et de percevoir un rythme par le toucher, sans le voir, de pouvoir se le représenter et de le retranscrire à nouveau sur le dos de son voisin. Voici l'occasion de pouvoir partager un rythme commun en se basant sur les partenaires, mais tout en gardant des repères personnels.

Je constate tout de même que cet exercice leur demande une certaine concentration, qui par ailleurs ne semble pas si évidente à garder. Lors d'une séance Madame O. me dit : « *Je ne porte pas attention.* ». Je les étaye oralement pour qu'elles essayent tout de même à percevoir le rythme donné ; les structures rythmiques, bien que simples, deviennent assez vite complexes et difficiles à reproduire.

Je propose également, toujours dans cette même position, que nous nous tenions tous par les épaules. En fermant les yeux, je les conduis à porter attention aux mouvements procurés par la respiration chez le partenaire. L'objectif est de ressentir qu'à l'inspiration les épaules et les clavicules montent, et qu'à l'expiration elles s'abaissent. Ce que je souhaite c'est qu'en sentant sur l'autre, progressivement et en quittant le contact, elles perçoivent le propre rythme de leur respiration. C'est en se basant sur l'autre et sur le tonus relationnel que je peux aussi petit à petit me recentrer sur moi et sur mes sensations internes en régulant mon tonus.

3.3.2 Vibrations et percussions

Lors d'un dernier moment au sol qui signe généralement un rituel de fin de séance, je propose quelques fois un travail de vibrations rythmiques qui ressemble à des exercices de relaxation coréenne. Le donneur peut tenir la cheville du receveur pour jouer sur l'articulation de la hanche, ou il peut proposer des vibrations au niveau du bassin, de l'épaule et de la tête.

Nous utilisons également parfois les baguettes en bois où le donneur effectue des percussions rythmiques plus ou moins fortes sur les parties osseuses et musculaires du corps de la personne allongée, en partant de la pointe des pieds jusqu'au crâne.

J'ajoute en même temps des musiques douces pour donner le sentiment d'une enveloppe sonore contenant et apaisante en adéquation avec les propositions.

Mon intention est que la personne qui reçoit puisse sentir les différentes zones de contact avec la baguette ou les différentes vibrations articulaires, et de ce fait qu'elle puisse se représenter l'intégralité de son corps en passant par des perceptions tactiles et proprioceptives. L'armature osseuse va justement permettre la conduction de l'onde vibratoire rythmique dans tout le corps. C'est aussi un moment où elles peuvent essayer de sortir de leurs tensions créées par la douleur en acceptant de se détendre musculairement, mais aussi en écartant au possible tout contrôle cognitif et toute rigidité mentale.

Ces trois dames verbalisent très peu sur leurs ressentis durant les premières séances. Mais au fur et à mesure des expériences, Madame O. me dit par exemple : « *J'arrive à me détendre sans m'endormir.* ». Peut-être est-ce le signe qu'elle porte suffisamment attention à ses sensations pour pouvoir écouter son corps tout en étant dans un état de relâchement. Elle verbalise également sur son vécu lors d'une fin de proposition, sur son travail et sur ses moments de stress dans la vie quotidienne. Il me semble par ailleurs important d'accueillir les instants d'une parole qui se libère. D'après les dires de plusieurs intervenants à l'institut de formation, il n'est pas rare en effet que des traumatismes ultérieurs resurgissent et que certains aveux fassent surface suite à certaines propositions.

Cependant c'est en offrant à la personne l'occasion de nommer ses ressentis que nous allons lui permettre de les reconnaître et de les intégrer dans son vécu.

- « *Les douleurs s'apaisent... Même sur les zones de douleur ça apaise alors que normalement ça fait mal.* ». Madame O.
- « *J'ai eu comme l'impression que mes hanches s'ouvraient de plus en plus, comme l'impression de s'étaler plus dans le sol.* ». « *Personnellement je sens la vibration qui se propage jusqu'au niveau de la tête.* ». Madame R.
- « *Je sens les bras et les jambes plus légers... C'est comme un flottement.* ». Madame A.

Est-ce que le fait de percevoir le passage de la baguette sur l'ensemble d'un membre leur permet de défocaliser leurs attentions de la zone douloureuse ? Cette discrimination sensorielle et perceptive les amène peut-être à renouer un lien intime avec leur corps en « laissant de côté » la douleur et les tensions.

3.4 La musique

Notre organisme est un véritable orchestre à lui seul de par les battements cardiaques, la respiration, la circulation du sang ou l'activité du système nerveux. Mais il semblerait que certains états physiologiques soient influencés par l'écoute de la musique et de son rythme ; en effet la musicothérapie pourrait permettre une diminution de la sensation douloureuse en ayant aussi un effet sur l'attention et la concentration.

Lors de deux de ces fins de séances au sol, j'amène Madame A., Madame O. et Madame R. à prendre conscience de l'ensemble de leurs points de contact avec le sol et à se recentrer sur le rythme de leur respiration. C'est à partir de là que je lance deux musiques qui comportent des sons de basse fréquence, plutôt imposants, pour que le rythme puisse résonner à l'intérieur de nous, et des sons de plus haute fréquence pour l'harmonie et la mélodie.

La musique est donc assez forte pour que la vibration du son ait un minimum d'impact sur les sensations internes. Mon intention est que ces trois dames perçoivent comment le rythme vient à remplir le tempo, et qu'elles sentent ce qu'il peut faire bouger en elles. Je compte, dans cet instant pour elles, que ces dames portent aussi bien attention aux stimulations externes qu'aux perceptions internes.

J'observe que la musique conduit progressivement Madame R. et Madame O. à effectuer des mouvements fins qui frappent le rythme. Elles chantonnent, battent la mesure, et se dégagent de l'aspect uniforme du tempo. « *J'ai su laisser la douleur de côté.* » dit Madame O., « *Ça fait du bien de sentir les sensations de la musique sur le corps.* » déclare Madame R..

Cette écoute du rythme et de l'effet qu'il produit sur le corps les amène à se recentrer sur elles en défocalisant leur attention d'un point douloureux fixe. Les variations fines du tonus et la différenciation des perceptions permises par la musique participent peut-être à une image de soi différente de celle de sujet douloureux en prenant en compte l'intégralité de la présence corporelle et des ressentis à cet instant *t*.

3.5 Conclusion

Voici donc un atelier très formateur où mon but n'était pas que ces patientes intègrent à tout prix une notion de rythme à proprement parlé, mais plus qu'elles expérimentent différents rythmes par diverses propositions psychomotrices et ludiques.

J'ai pu observer certaines évolutions entre la première et la dernière séance : Madame R. perçoit beaucoup mieux le rythme dans la mise en action de son corps au fil des séances, Madame A. s'est montrée comme porteuse dans les productions rythmiques avec un bon maintien du tempo et des improvisations recherchées, et Madame O. a su profiter de la mise en jeu de son corps et des moments au sol pour percevoir autre chose que la douleur, et se recentrer plus sur l'ensemble de ses sensations et de ses perceptions.

La douleur a été en effet beaucoup moins évoquée au fur et à mesure de la progression des séances. Même si elle persiste et rappelle parfois à l'ordre, je crois que le travail sur le rythme leur a permis de percevoir leur corps d'une manière différente, en portant plus attention à la différenciation des perceptions et en mettant en jeu différentes variations toniques et émotionnelles. Si le rythme met en jeu la globalité du corps, alors il peut contribuer à se défocaliser d'un point précis pour exprimer plus librement l'ensemble de ses propres ressentis.

Quelques mots qu'elles associent au travail réalisé dans cet atelier rythme :

agréable

bien-être

plaisir

plus juste

détente

légèreté

ludique

coordinations

Madame A. me dit à propos de cet atelier : « *Ça casse un peu le rythme* (de la redondance du travail dans les autres prises en soin), *c'est opposé au reste.* ». C'est une phrase très intéressante car ce que j'entends par là c'est que mon atelier a plutôt cassé le tempo monotone des exercices répétitifs en kinésithérapie (renforcement musculaire aux machines, étirements) et des séances de soins répétées, bien que tout soit complémentaire dans leur stage. Peut-être que ces séances ont justement amené un peu de rythme dans leur stage intensif, de la nouveauté, de la découverte, de la variété et du plaisir.

L'ensemble de mes propositions insiste beaucoup sur la notion d'intériorité en lien avec la ré-harmonisation de la fonction tonique (retour à soi et à ses ressentis tonico-émotionnels, à des perceptions globalisantes et à une recherche de repères personnels). Or il me semble que faire vivre ces perceptions de variations rythmiques amène à redonner place à une vie intérieure et intime propre à chacune. Ce que je note aussi c'est que l'aspect groupal constitue un axe de réassurance, un peu comme la pulsation du tempo, et que l'individualité est invitée à se percevoir et à s'exprimer entre deux pulsations, comme sur le mode du rythme.

À la toute fin de leur stage intensif elles disent être moins fatiguées, que la douleur a diminué et qu'elles peuvent faire plus de choses en gérant mieux leurs activités quotidiennes. D'après Madame R., même ses proches remarquent qu'elle est plus posée et plus disponible. Je finirais cette conclusion par une phrase de Madame A. qui est la suivante : « *Le rythme ça te redonne de l'énergie !* ».

Conclusion

Au travers de cet écrit, j'ai souhaité mettre en avant l'approche du rythme à la fois dans le sens d'une médiation qui peut avoir sa place dans la prise en charge des troubles psychomoteurs, et à la fois dans le sens d'un élément structurel psychomoteur de l'humain qui peut cependant connaître une altération conjointement liée à une pathologie. Je me suis donc basé en particulier dans mon mémoire sur la régulation de la fonction tonique par l'utilisation du rythme auprès de patients adultes aussi bien comme rôle essentiel dans l'expression vitale de l'homme que comme médiation en psychomotricité.

Concernant Monsieur BT., nous continuons les séances au sein de la clinique avec une certaine répétition dans les propositions psychomotrices rythmiques et de régulation tonique pour l'accompagner dans ce processus de « réappropriation de son corps » et dans la reprise progressive de la confiance en soi.

Par ailleurs j'aurais aimé pouvoir faire perdurer l'atelier rythme que j'ai instauré dans l'institution, mais les modalités du stage intensif ne me l'ont pas permis. Il me semble que cet atelier aurait pu amener ces dames encore plus vers l'expression et vers une attention tournée plus finement vers soi de par toutes ces expérimentations rythmiques différentes.

Je crois également qu'en travaillant sur le rythme même de la personne nous lui permettons de se réinscrire dans son histoire de vie. Ce rythme est précieusement propre à chacun et dépend des expériences personnelles et du vécu : *« Nous savons tous combien le développement répond à un rythme propre et que notre rôle est de respecter la durée dont chacun a besoin... l'exercice psychomoteur est un prétexte pour éveiller l'attention et la vigilance qui feront de la perception un état de présence. Cette conscience d'être s'appuie sur une assise corporelle de l'identité. »*.⁽¹⁾ C'est parce que la personne va à son rythme qu'elle peut faire face au monde et exister au quotidien. C'est aussi dans ce sens là qu'il me semble que le rythme se veut être un élément transversal pouvant servir d'appui pour une multitude de prises en soin allant des jeunes enfants jusqu'aux personnes âgées.

(1) PONTON G., Thérapie psychomotrice et recherches – Temporalité, La pratique psychomotrice comme expérience de la temporalité, n°122, Ivry-sur-Seine, 2000, pp. 124-125.

Travailler sur la notion de rythme contribue parallèlement à travailler sur la notion d'espace : le rythme s'apparente au passage d'un endroit à un autre, à la variation d'un état à un autre. C'est en créant du rythme qu'un individu peut se représenter des distances entre soi et l'environnement et peut réinvestir l'espace physique autour de soi dans lequel il s'inscrit. D'ailleurs c'est à travers le rythme que l'enfant différencie progressivement les espaces entre soi et non soi, entre intérieur et extérieur, etc. Le concept espace-temps est régi par l'élément fondamental qu'est le rythme. Le terme d'espace remplace même parfois celui de temps (les détails de leurs étymologies étant étroitement liés), par exemple lorsque nous utilisons l'expression « en l'espace de peu de temps » ou encore « des moments très espacés ».

Je pense aussi qu'il serait pertinent en tant que psychomotricien de porter son attention sur l'aspect rythmique des différentes médiations qui s'offrent à nous. Par exemple le théâtre, l'équitation, la danse ou bien le cirque sont des approches qui intègrent toutes des aspects rythmiques plus ou moins complémentaires. On peut y retrouver le rythme de la respiration, le rythme dans le déroulé du geste ou le rythme dans l'échange et la relation qui là aussi permettent le mouvement entre divers états tonico-émotionnels et tonico-moteurs.

Dans ma future pratique, je compte continuer à travailler sur l'approche du rythme en psychomotricité et sur le bien-fondé de cette notion que l'on pourrait continuer à mettre à profit autant dans le bilan psychomoteur que dans la théorie, la clinique et la pratique.

Bibliographie

BONANGE J., Une relation musicale en psychomotricité : la médiation rythme auprès des personnes âgées dépendantes, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2013.

BULLINGER A., Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – Un parcours de recherches, Ramonville Saint-Agne, Éditions Erès, 2004.

BULLINGER A. et DELION P., « Éditorial » Approche plurielle en psychomotricité, Éditions Erès, n°28-29, 2008, pp. 5-16.

CRENN M-P., Le rythme source de vie et de mouvement, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 1989.

FOURY F., La musicothérapie : une prise en charge non médicamenteuse des démences, Les cahiers, n°99, 2007, pp. 22-24.

GARROS J., Corporellement..., Bordeaux, Auto-édité, Imprimerie Moolenaar, 2007.

GRABOT D., Psychomotricien - Émergence et développement d'une profession, Marseille, Édition Solal, 2004.

HAAG G., Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant, GRUPPO, n°2, Juin 1986, pp. 44-51.

HAAG G., Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique, Revue française de psychanalyse, Volume 68, 2004, pp. 1133-1151.

JOLY F. et LABES G., Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1, Corps tonus et psychomotricité, Montreuil, Édition du Papyrus, 2008.

LANNES L., Fibromyalgie entre douleur et personnalité : comment remettre le « Corps en Jeu ? », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012.

LE CAMUS J., Pratiques psychomotrices : de la R.P.M aux thérapies à médiation corporelle, Bruxelles, Pierre Mardaga éditeur, 1984.

LESAGE B., La danse dans le processus thérapeutique, Le cadre et les outils en danse-thérapie : Rythme, Toulouse, Éditions Erès, 2006, pp. 133-140.

LESAGE B., Étapes d'un parcours psychocorporel : l'instauration des structures, Les lieux du corps, n°5, 1997, pp. 97-122.

MATHIEU L., Un regard actuel sur la rythmique Émile JAQUES-DALCROZE, source internet : http://www.mus.ulaval.ca/reem/REEM_28_Dalcroze.pdf

PLATEL H., Musique et cerveau : en mode majeur !, Le monde de l'intelligence, n°32, 2013, p. 24.

POTEL C., Psychomotricité : entre théorie et pratique, 3ème édition actualisée, Paris, Éditions IN PRESS, 2010.

REINBERG A., Ai-je découvert quoi que ce soit en chronobiologie ?, Rythmes, Tome 36, n°3, Septembre 2005, pp. 65-70.

ROBERT OUVRAY S., L'enfant tonique et sa mère, Paris, Hommes et Perspectives, 1995.

ROBERT OUVRAY S., Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité, Édition Desclée de Brouwer, 2010.

ROBERT OUVRAY S., L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant, site internet de l'article : s.robertouvray.free.fr/articles.htm

ROBERT OUVRAY S., Corps étai de la psyché, site internet de l'article : s.robertouvray.free.fr/articles.htm

SERVANT-LAVAL A., Anatomie Fonctionnelle – Cours théorico-pratique et TD, Livret de psychomotricité, Version 2010.

SNUP, Thérapie psychomotrice et recherches – Du concept à la clinique psychomotrice, Temporalité, n°122, Ivry-sur-Seine, 2000.

Table des matières

Sommaire	4
Avant-propos	5
Introduction	6
I/ Partie clinique	8
1. Présentation du lieu de stage.....	8
1.1 Pour quels patients ?.....	8
1.2 Trois grands types de pathologies : quels objectifs ?.....	8
1.3 Les différents types d'hospitalisation.....	9
1.4 Le parcours du patient dans la clinique.....	10
1.5 La place de la psychomotricité.....	12
2. Présentation des études de cas.....	14
2.1 Monsieur B. : un retour vers le mouvement.....	14
2.1.1 Notre première rencontre.....	14
2.1.2 Anamnèse de Monsieur B.....	14
2.1.3 Les prescriptions de rééducation.....	16
2.1.4 Synthèse des bilans d'entrée.....	16
2.1.5 Le projet thérapeutique.....	17
2.1.6 Réflexions en psychomotricité.....	18
2.2 Monsieur BT. : une rigidité persistante.....	20
2.2.1 Notre première rencontre.....	20
2.2.2 Anamnèse de Monsieur BT.....	21
2.2.3 Les prescriptions de rééducation.....	23
2.2.4 Observations cliniques en psychomotricité.....	23
2.3 Groupe fibromyalgique : douleur, quand tu nous tiens !.....	25
2.3.1 Qu'est-ce que la fibromyalgie ?.....	25
2.3.2 Le stage intensif dans l'institution.....	26
2.3.3 Le projet de l'atelier rythme.....	28
2.3.4 Notre première rencontre.....	28
2.3.5 Observations et réflexions.....	29
3. Quelles problématiques dégager ?.....	32

II/ Partie théorique	34
1. Pourquoi le rythme ? Et le tonus dans tout ça ?.....	34
2. Introduction au rythme.....	38
2.1 Étymologie.....	38
2.2 Définitions.....	39
2.3 Réflexions personnelles sur le rythme.....	40
2.4 Liens avec la psychomotricité.....	41
3. Le rythme à la base de la vie.....	43
3.1 Les rythmes cosmiques.....	43
3.2 Les rythmes biologiques.....	43
3.3 Le rythme dans les arts.....	46
4. Le rythme en psychomotricité : un organisateur fondamental de la conscience de soi.....	47
4.1 La présence du rythme dès le début de la vie.....	47
4.2 Rythme et tonus dans le développement psychomoteur.....	48
4.3 La notion de différenciation inhérente au rythme dans le travail sur la fonction tonique.....	51
 III/ Partie clinico-pratique	 52
1. Monsieur B. : « à vous, à moi ! ».....	52
1.1 Du rythme pour amener de la vie.....	52
1.1.1 <i>Le redressement</i>	53
1.1.2 <i>Le schème du repoussé</i>	55
1.1.3 <i>La zone orale et la respiration</i>	56
1.1.4 <i>Les pressions à deux mains</i>	57
1.2 L'élan vital retrouvé.....	58
1.2.1 <i>Le réinvestissement de la bouche</i>	58
1.2.2 <i>Du rythme dans la frappe</i>	59
1.2.3 <i>Le schème du repoussé</i>	60
1.2.4 <i>Ses ressentis personnels</i>	61
1.3 Séances sur le thème du rugby.....	62
1.3.1 <i>La passe : vecteur rythmique d'échange</i>	62
1.3.2 <i>Les touches</i>	64
1.3.3 <i>Les tirs</i>	65
1.3.4 <i>Le rituel de fin de séance</i>	66
1.4 Conclusion.....	67

2. Monsieur BT. : autour de la conscience corporelle.....	68
2.1 Une relation à soi sur le rythme de la respiration.....	68
2.1.1 <i>Le rythme respiratoire</i>	68
2.1.2 <i>Travail autour de la colonne vertébrale</i>	70
2.1.3 <i>Le lâcher dans le poids</i>	71
2.1.4 <i>Enroulement et déroulement</i>	72
2.2 Du rebond dans le mouvement.....	74
2.2.1 <i>Les percussions osseuses</i>	74
2.2.2 <i>Les transferts d'appuis et la marche</i>	75
2.3 Conclusion.....	76
3. Groupe fibromyalgique : l'atelier rythme.....	78
3.1 Une approche du rythme par la mise en jeu du corps.....	78
3.1.1 <i>Du rythme dans le lancer</i>	78
3.1.2 <i>La danse</i>	78
3.1.3 <i>Les percussions corporelles</i>	79
3.2 Et si nous utilisons les instruments ?.....	80
3.3 Un toucher rythmé.....	81
3.3.1 <i>De dos en dos</i>	81
3.3.2 <i>Vibrations et percussions</i>	82
3.4 La musique.....	84
3.5 Conclusion.....	85
Conclusion	87
Bibliographie	89
Table des matières	91