



**”Ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre” : intérêt
de l’approche psychomotrice dans la reconstruction
identitaire des patients ayant eu un Accident Vasculaire
Cérébral**

Alicia Foix

► To cite this version:

Alicia Foix. ”Ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre” : intérêt de l’approche psychomotrice dans la reconstruction identitaire des patients ayant eu un Accident Vasculaire Cérébral. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187666

HAL Id: dumas-01187666

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187666>

Submitted on 27 Aug 2015

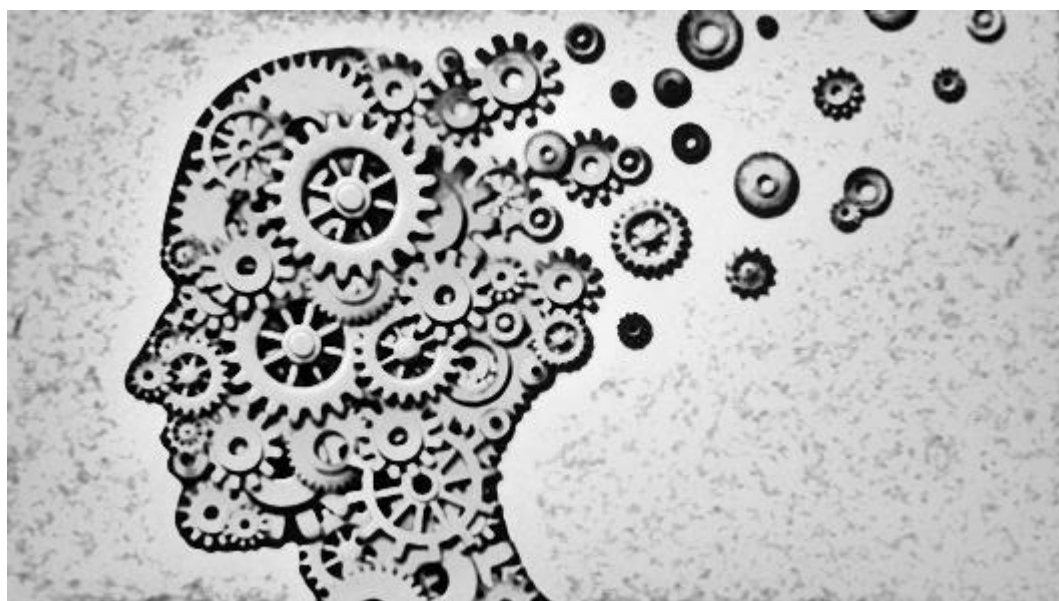
HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

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

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

« Ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre »

**Intérêt de l'approche psychomotrice dans la reconstruction identitaire
des patients ayant eu un Accident Vasculaire Cérébral.**



Alicia FOIX

Née le 13/08/1991 à Orthez (64)

Référent de mémoire : Fanny BAILLEUL

Session Juin 2015

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier tout particulièrement l'ensemble du personnel et des soignants de l'institution de SSR dans laquelle j'ai pu réaliser mon stage de 3^{ème} année. Merci à eux pour l'accueil chaleureux qu'ils m'ont réservé au sein de leur équipe.

Je suis également très reconnaissante envers Fanny BAILLEUL, à la fois maître de stage et référente de mémoire, qui a consacré beaucoup de temps cette année à répondre à mes questions, à contenir mes angoisses, à écouter et considérer toutes mes propositions cliniques et qui m'a particulièrement fait confiance dans la pratique.

Je tiens aussi à remercier tous les différents maîtres de stage qui m'ont accompagnée et guidée tout au long de ces trois années intenses de formation, ainsi que toutes les personnes que j'ai pu croiser en chemin dans les institutions et les établissements.

De même, un grand merci à tous les patients que j'ai pu rencontrer sur mes lieux de stage et qui ont accepté mes interventions et propositions. Ils m'ont beaucoup appris et c'est, en grande partie, grâce à ma pratique clinique auprès d'eux que j'ai pu commencer à forger mon identité professionnelle de psychomotricienne.

Merci à mes amis qui, de près comme de loin, ont d'une certaine manière « vibré » avec moi au rythme de ces trois années parisiennes.

Enfin, mes derniers remerciements, mais non les moindres, vont à ma famille : Elodie, Papa, Maman, merci pour votre patience légendaire, votre soutien sans faille et votre présence à toute épreuve malgré les quelques 800 kms nous séparant. Loin des yeux mais près du cœur...

Table des matières

Remerciements

Avant-propos

Introduction P. 7

PARTIE THÉORIQUE

Partie 1 : Organisation générale du système nerveux et fonctionnement cérébral..... P. 9

I. <u>Organisation générale du système nerveux</u>	P. 9
A. Embryologie et mise en place du système nerveux.	P. 9
B. Les grandes fonctions du système nerveux (SN).	P. 9
C. Histologie des cellules nerveuses.....	P. 10
D. Organisation anatomique du système nerveux.....	P. 11
1. Le système nerveux central.....	P. 11
2. Le système nerveux périphérique	P. 11
3. Le système nerveux végétatif ou autonome (SNV)	P. 11
E. Les enveloppes du système nerveux	P. 12
1. Les enveloppes osseuses	P. 12
2. Les enveloppes méningées.....	P. 12
3. Le liquide céphalo-rachidien.....	P. 12
II. <u>Organisation fonctionnelle et capacités du cerveau humain</u>	P. 13
A. Présentation.....	P. 13
B. Structuration du cortex et fonctionnement cérébral.....	P. 14
1. Organisation cérébrale et cortex	P. 14
2. Communication inter-hémisphérique.....	P. 14
3. Les lobes cérébraux et leurs fonctions	P. 15
3.1 Fonctions cognitives.....	P. 15
3.2 Aires fonctionnelles.....	P. 16
3.3 Cortex somatosensoriel	P. 18
C. Asymétrie fonctionnelle et spécialisation hémisphérique.....	P. 18
D. Influence de l'environnement : phénomènes de plasticité cérébrale et de reconnections neuronales	P. 19

Partie 2 : Accident Vasculaire Cérébral & retentissement psychomoteur..... P. 21

I. <u>L'Accident Vasculaire Cérébral</u>	P. 21
A. Généralités.....	P. 21
1. Classification et définitions.....	P. 21
2. Epidémiologie et prévalence	P. 22
3. Démarche diagnostique et examens.....	P. 23
4. Facteurs de risque	P. 23
B. L'accident ischémique cérébral	P. 24
C. L'accident hémorragique cérébral	P. 24
D. Prises en charge et évolution des AVC.....	P. 24
1. Traitements médicamenteux et thérapeutiques	P. 25
2. Devenir et évolution.....	P. 25
3. Mécanismes de récupération de l'AVC	P. 25

II. <u>Cadre de la rééducation psychomotrice dans la prise en charge des AVC</u>	P. 27
A. Sémiologie clinique	P. 27
1. Sémiologie directe	P. 27
2. Sémiologie indirecte et troubles associés	P. 28
B. Axes de travail en psychomotricité	P. 29
1. Troubles psychomoteurs mis en jeu	P. 29
2. Médiations	P. 30
3. Co-thérapie	P. 30
C. Cas particulier de l'aphasie	P. 31

Partie 3 : Psychomotricité et vieillissement P. 33

I. <u>Les différentes composantes du vieillissement</u>	P. 34
A. Le plan physiologique	P. 34
1. Les modifications des tissus	P. 34
2. Les modifications physiques	P. 35
3. Les modifications fonctionnelles	P. 35
B. Le plan perceptif	P. 36
1. La Vue	P. 36
2. L'Ouïe	P. 37
3. Le Toucher	P. 37
4. Le Goût	P. 37
5. L'Odorat	P. 37
C. Le plan cognitif	P. 37
D. Le plan psychologique/affectif	P. 38
1. La solitude	P. 38
2. L'angoisse de vieillir	P. 39
3. Les pertes psycho-sociales	P. 39
4. La sénilité	P. 39

II. Abord psychomoteur de la personne âgée et vieillissement des fonctions

<u>psychomotrices</u>	P. 40
A. Tonus et régulation tonique	P. 40
B. Schéma corporel	P. 41
C. Image du corps	P. 41
D. Repères spatio-temporels	P. 42
E. Motricité globale	P. 42

PARTIE CLINIQUE

I. <u>Présentation de l'institution</u>	P. 43
A. Fonctions d'un SSR	P. 43
B. Plateau technique et conditions d'admission	P. 44
C. Les instances médicales	P. 44
D. Equipe pluridisciplinaire	P. 45
E. Place de la psychomotricité au sein de l'établissement	P. 47
1. Les indications	P. 47
2. Les évaluations psychomotrices	P. 47
3. Le projet thérapeutique	P. 48
4. Le déroulement des prises en charge	P. 48

II. Cas cliniques	P. 49
A. Cas de Mr L	P. 49
1. Anamnèse	P. 49
2. Motif d'admission et prises en charge	P. 49
3. Les bilans et évaluations	P. 50
4. Projet thérapeutique et objectifs de la prise en charge en psychomotricité	P. 52
5. L'évolution de la prise en charge psychomotrice	P. 53
6. Conclusion	P. 56
B. Cas de Mr V	P. 57
1. Anamnèse	P. 57
2. Motif d'admission	P. 57
3. Les prises en charge	P. 58
4. L'évaluation psychomotrice et les axes thérapeutiques	P. 58
5. Evolution des prises en charge et histoire des troubles du patient	P. 59
6. Nouveau projet thérapeutique et suivi	P. 60
7. Conclusion	P. 62

DISCUSSION

I. L'identité en question en neuro-gériatrie auprès de patients post-AVC	P. 65
A. Identité mise à mal lors du vieillissement	P. 65
B. Traumatisme identitaire de l'AVC	P. 67
1. Répercussions sur le schéma corporel	P. 67
2. Répercussions sur l'image du corps	P. 68
3. Ebranlement narcissique et deuil	P. 69
4. Impact identitaire	P. 71
II. Langage et identité : relation et impact chez les personnes aphasiques	P. 73
A. Le langage, ciment de l'identité du sujet	P. 73
B. Parole et verbalisation	P. 76
1. La parole	P. 76
2. La verbalisation	P. 76
III. Spécificité et pertinence de la rééducation psychomotrice auprès de patients aphasiques post-AVC	P. 77
A. La communication non-verbale, une particularité de la psychomotricité	P. 78
B. Le rôle du silence et de l'écoute en thérapie psychomotrice	P. 80
C. Engagement corporel du psychomotricien et distance thérapeutique auprès des patients aphasiques	P. 82
IV. Autres pistes de rééducation de l'AVC et de l'aphasie	P. 83
A. Avancées de la rééducation	P. 84
B. Conclusion	P. 85
Conclusion	P. 86
Bibliographie	
Glossaire	
Résumé	

***« Mon corps est le lieu de ma présence au monde,
il est lieu de convergence et de rencontre, par lui j'existe. »***

Paul Valéry

INTRODUCTION

« L'accident vasculaire cérébral - l'AVC - est la 3ème cause de décès en France.

Il se manifeste soudainement par :

- *une déformation de la bouche*
- *une faiblesse d'un côté du corps, bras ou jambe*
- *des troubles de la parole*

Si vous êtes témoin d'un de ces 3 signes, réagissez. Appelez immédiatement le SAMU, faites le 15.

AVC, agir vite c'est important. »

Tel est le spot radio de la campagne sur les Accidents Vasculaires Cérébraux, dévoilé le 29 octobre 2014 par le Ministère de la Santé, ayant pour objectif de faire connaître les signes d'alerte et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces derniers.

Avec près de 130 000 nouveaux cas chaque année et la survenue d'un AVC toutes les 4 minutes, ce dernier représente :

- La 1^{ère} cause de handicap acquis chez l'adulte,
- La 2^{ème} cause de démence vasculaire,
- La 3^{ème} cause de mortalité.

Les signes d'alerte de l'AVC étant mal connus du grand public, mais également des personnes les plus à risques voire des victimes elles-mêmes, il en résulte le plus souvent un retard de prise en charge, qui ne permet plus de proposer aux patients le traitement optimal. C'est pourquoi le ministère a renouvelé, en 2014, la campagne de communication préalablement menée en 2013.

Parmi les priorités déterminées par le plan national d'actions 2010-14, figure le renforcement de l'organisation de filières structurées de prise en charge de l'AVC et l'évaluation des besoins en soins, en rééducation ainsi qu'en réadaptation, à domicile ou en établissement médico-social.

Le psychomotricien, en tant que professionnel de la rééducation au même titre notamment que les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes ou les orthophonistes, peut donc être amené à intervenir auprès de ce type de population.

Cela a d'ailleurs été mon cas lors de mon stage de 3^{ème} année, réalisé dans un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation, au cours duquel j'ai pu rencontrer des patients post-AVC après leur hospitalisation en phase aigüe.

Ce qui m'a alors frappée à leur contact a été leur désinvestissement corporel et leur comportement de négligence vis-à-vis de leur corps, comme si celui-ci ne leur appartenait plus et était vidé de toute personnalité.

C'est pourquoi le point de départ de ma réflexion s'est fait autour de la notion d'identité et du fait qu'elle soit particulièrement mise à mal dans l'AVC. En effet, comment se reconnaître soi-même alors qu'on ne reconnaît plus son corps ? Comment accepter le fait qu'on ne soit plus tout à fait la même personne, mais en même temps pas si différent de celui qu'on était avant ?

De plus, une autre problématique s'est posée à moi lorsque j'ai choisi spécifiquement mes cas cliniques, à savoir Mr L. et Mr V., tous deux aphasiques. En effet, je me suis heurtée à la barrière du langage, pilier de la construction identitaire et de la relation aux autres. De quelle manière les patients aphasiques peuvent-ils alors s'affirmer en tant qu'individu et « retrouver » leur identité propre ? Comment les aider à compenser ces difficultés et à trouver de nouveaux moyens d'interactions ?

En tant que thérapeute, je me suis également interrogée sur mon intervention auprès de ces patients et sur la manière de réutiliser tous les prérequis de la psychomotricité, que l'on nous apprend durant ces trois années de formation, tout en tenant compte de l'aphasie. De même, comment créer une relation thérapeutique solide, base de toute prise en charge, sans communication verbale ? Quel rôle le psychomotricien a-t-il ainsi à jouer dans la prise en charge de patients aphasiques post-AVC ? Et quels sont ses spécificités ?

En pratique sur mon lieu de stage, il m'a fallu repenser toutes mes propositions thérapeutiques en les adaptant à la problématique langagière des patients, mais aussi réajuster ma manière d'être et de faire auprès d'eux. Je me suis alors appuyée sur l'outil de base de la psychomotricité, à savoir le corps, à travers son important potentiel d'expression et de communication non-verbale.

C'est donc tout le cheminement de ma réflexion et de ma clinique que je vais retracer au travers de ce mémoire, lequel clôt trois années de formation remplies de découvertes, d'expériences, de doutes et de questionnements divers mais aussi de rencontres.

PARTIE THÉORIQUE

Partie 1 : Organisation générale du système nerveux et fonctionnement cérébral.

I. Organisation générale du système nerveux

A. Embryologie et mise en place du système nerveux.

Avant de détailler ses nombreuses fonctions et capacités, il apparaît important, pour commencer, de rappeler les mécanismes à l'origine du développement de ce système aussi complexe que prodigieux qu'est le système nerveux, également appelé névraxe.

Le système nerveux apparaît au cours du premier mois de la gestation et des premiers jours de vie de l'embryon, initialement sous la forme d'une plaque dite plaque neurale. Il dispose d'une origine embryologique commune avec la peau, autrement appelée le neurectoblaste*, puis s'en différencie lors de l'apparition de cette plaque. Cette dernière se transforme ensuite au cours des jours suivants en cylindre creux formant ainsi le tube neural, il s'agit de l'étape de la neurulation.

La formation du système nerveux est ensuite marquée par trois grandes phases, dont deux ont lieu avant la naissance, la troisième se déroulant après.

La première phase correspond à la multiplication (activité mitotique) et à la migration des neuroblastes* jusqu'à leur localisation définitive dans la future substance grise de la moelle, du cortex et du cervelet, on parle de corticalisation. Au niveau du cerveau, les neurones sont alors nouvellement formés.

La deuxième phase correspond à la maturation et à la différenciation des cellules. Ce processus va aboutir à la mise en place de régions corticales spécifiques, à la délimitation des lobes cérébraux (sillons et circonvolutions), ainsi qu'au développement des hémisphères cérébraux autrement appelé encéphalisation.

Enfin, *la troisième phase* correspond, quant à elle, à la croissance et au remodelage des structures, qui se poursuit jusqu'au moment où l'organisme atteint son plein développement.

B. Les grandes fonctions du système nerveux (SN).

On distingue quatre grandes fonctions au système nerveux :

- Une fonction de réception des stimuli et leur transformation en un signal nerveux
- Une fonction de conduction de l'influx nerveux vers le système nerveux central (SNC) par les nerfs, constituant pour leur part le système nerveux périphérique (SNP)
- Une fonction d'intégration des informations afférentes pour fournir une réponse adaptée
- Une fonction de transmission de la réponse aux effecteurs*.

Il représente à la fois le centre de régulation et de communication pour les informations qui concernent l'ensemble de l'organisme.

Pour ce faire, il a la capacité de détecter tous les changements se produisant dans l'environnement, que ce soit dans le milieu interne du corps (organes, tissus et cellules) ou dans le milieu extérieur, grâce aux systèmes sensoriels (vue, ouïe, goût, odorat, toucher). Le travail d'intégration du SN va ensuite consister à analyser et à interpréter ces modifications environnementales de façon à y réagir et s'y adapter au mieux. Le SN ordonne alors des activités motrices précises, comme la contraction de certains muscles par exemple ou la sécrétion glandulaire, permettant de contrôler les comportements de l'individu.

De cette manière, le SN assure une fonction de relation, entre sensibilité et motricité, constituant ainsi une interface entre l'organisme et son milieu. Chez l'homme il est également décrit comme support anatomique de la conscience, du raisonnement et du langage, et permet alors au sujet de s'adapter en permanence aux contraintes de l'environnement.

C. Histologie des cellules nerveuses.

Afin d'assurer ses fonctions de réception, d'envoi et de traitement des influx nerveux, à la base de la motricité et de la sensorialité, le système nerveux est constitué de milliards de cellules nerveuses, à savoir les neurones.

Pour mieux comprendre les mécanismes de conduction nerveuse, quelques données semblent alors à rappeler concernant le développement et l'organisation du tissu nerveux.

Le neurone, unité fonctionnelle du SN, est responsable de l'émission et de la propagation du message nerveux. Il s'agit d'une cellule hautement différenciée, spécialisée dans la communication intercellulaire et s'organisant en réseaux. Ces derniers sont entourés d'un tissu de soutien appelé la glie qui est composée de cellules dites gliales.

Le neurone est constitué par un corps cellulaire (ou soma) d'où partent des prolongements, tels que l'axone et les dendrites, permettant de conduire l'influx nerveux. La transmission de l'influx d'un neurone à l'autre est ainsi rendue possible par des zones spécialisées de contact membranaire, ce sont les synapses. On distingue des jonctions dites électriques et d'autres dites chimiques mais le terme de synapse renvoie essentiellement aux synapses chimiques au niveau desquelles a lieu la transmission de l'influx nerveux de façon unidirectionnelle, et ce, par l'intermédiaire de molécules chimiques, nommées neurotransmetteurs.

Dans le cerveau et la moelle épinière, les nerfs sont d'autre part protégés par une couche protectrice ou gaine de myéline, laquelle facilite le passage de l'influx nerveux et permet ainsi au cerveau de communiquer aux différentes parties du corps.

D. Organisation anatomique du système nerveux

Le système nerveux peut être décomposé en trois subdivisions anatomiques :

1. Le système nerveux central

Les grandes fonctions nerveuses sont réalisées par le système nerveux central (SNC), lequel est composé de l'encéphale et de la moelle spinale. Il s'agit du véritable axe de symétrie du corps.

Le cerveau ou encéphale comprend :

- Deux hémisphères cérébraux qui sont réunis par les commissures inter-hémisphériques.
- Le diencephale, région médiane, profonde et impaire communiquant avec les deux hémisphères.
- Le tronc cérébral réalisant la jonction entre le cerveau et la moelle spinale.
- Le cervelet en arrière du tronc cérébral.

La moelle spinale est un long cordon blanc, d'environ 45 cm de long et 1 à 2 cm de diamètre, qui transmet les informations nerveuses de l'encéphale vers le reste du corps. Elle est située dans le canal rachidien, à l'intérieur de la colonne vertébrale, et donne naissance à des nerfs périphériques, à savoir les nerfs rachidiens qui se subdivisent en nerfs cervicaux, dorsaux, lombaires, sacrés et coccygiens. Elle joue également un rôle de centre nerveux responsable de certains réflexes (réflexe myotatique*).

2. Le système nerveux périphérique

Il est formé par les nerfs périphériques, parmi lesquels on distingue :

- Les nerfs rachidiens issus de la moelle spinale et destinés au tronc et aux membres.
- Les nerfs crâniens issus du tronc cérébral. On en compte douze paires innervant la tête et le cou.

Selon le type d'informations qu'ils véhiculent, on distingue alors d'une part les nerfs afférents, sensitifs, véhiculant les informations de la périphérie vers la moelle spinale ou le tronc cérébral, et d'autre part les nerfs efférents, moteurs, véhiculant les informations du SNC vers la périphérie du corps. Les nerfs périphériques sont souvent dits mixtes, c'est-à-dire qu'ils peuvent être à la fois moteurs et sensitifs.

3. Le système nerveux végétatif ou autonome (SNV)

Il correspond à l'ensemble des centres et des nerfs contrôlant les viscères, les vaisseaux sanguins et les glandes. Composé de récepteurs et d'effecteurs profonds, il s'agit d'un système inconscient qui régule la constance et l'équilibre du milieu intérieur, on parle d'homéostasie*.

Le SNV régule ainsi les fonctions organiques internes et les adapte aux besoins du moment. Il est dit autonome car ces activités échappent au contrôle volontaire.

Au sein de ce système, deux composantes antagonistes et complémentaires agissent en général simultanément sur les organes cibles :

- Le système parasympathique qui régule le milieu intérieur en situation de base. Les centres parasympathiques sont localisés dans le tronc cérébral et dans la moelle sacrée (territoire lombo-sacré de la moelle épinière).
- Le système sympathique qui agit en situation de stress et mobilise l'énergie nécessaire pour répondre à ces situations. Les centres sympathiques sont quant à eux situés dans la moelle au niveau dorso-lombaire (D1-L2).

E. Les enveloppes du système nerveux.

La protection du système nerveux central est assurée par des enveloppes à la fois osseuses, méningées et par du liquide cébrospinal (liquide céphalorachidien).

1. Les enveloppes osseuses

Le crâne est constitué d'une partie supérieure appelée la calvaria ou voûte, elle-même composée d'os plats réunis entre eux par des sutures, et d'une partie inférieure appelée la base.

La base du crâne s'échelonne sur trois étages (antérieur, moyen et postérieur), chacun d'eux étant constitué d'os mais aussi de trous et de canaux formant un passage pour tous les nerfs et vaisseaux destinés à la tête.

2. Les enveloppes méningées

On appelle méninges les enveloppes conjonctives* recouvrant le système nerveux central. Elles cloisonnent la cavité crânienne en différentes parties et sont au nombre de trois, on distingue :

- La dure-mère : très résistante, elle enveloppe intégralement le cerveau et la moelle spinale.
- L'arachnoïde : elle tapisse la face interne de la dure-mère.
- La pie-mère : feuillet mince et transparent adhérent totalement à la surface du cerveau.

Ces feuillets délimitent entre eux des espaces méningés où cheminent des artères, des veines, des nerfs ou encore du liquide céphalo-rachidien.

3. Le liquide céphalo-rachidien

Le liquide céphalo-rachidien, ou LCR, contient un certain nombre de substances nutritives et de protéines qui assurent la nutrition et la protection du système nerveux central.

Sécrété par les plexus choroïdes*, il baigne totalement le cerveau. Le LCR circule en permanence, il est résorbé par voie veineuse, et renouvelé en totalité trois à quatre fois par jour. Il présente une circulation lente, favorisée par l'effort et la posture. Ce liquide se

compose de 98% d'eau, de protéines, de sels minéraux, de sucre et de substances cérébrales dont il est le transporteur (hormones). Son volume total est d'environ 150 ml.

Le LCR joue alors à la fois un rôle d'amortisseur, en protégeant l'encéphale des chocs, un rôle de filtre de substances nutritives du sang, un rôle de transporteur (substances nutritives et hormones) et également un rôle d'évacuateur des déchets de métabolisme du SN.

II. Organisation fonctionnelle et capacités du cerveau humain.

Le développement du cerveau humain représente l'aboutissement de nombreuses étapes clés, dont certaines ont été décrites précédemment, mais reste toujours à ce jour l'objet essentiel de bon nombre de questions et de réflexions dans le domaine des neurosciences.

A. Présentation

Centre du système nerveux, le cerveau est capable d'intégrer des informations, de contrôler la motricité ou encore d'assurer les fonctions cognitives. Il est ainsi le siège de nos pensées, de nos émotions, de l'intégration de nos perceptions sensorielles, de notre mémoire ou encore de l'essentiel de nos fonctions corporelles et motrices, qu'elles soient conscientes ou inconscientes.

Il s'agit de l'organe le mieux protégé grâce à différentes enveloppes. Il pèse en moyenne 1.4 kg, ce qui représente environ 2% de la masse corporelle.

D'un point de vue fonctionnel, le cerveau dispose de nombreuses particularités, comme la spécialisation motrice et sensorielle notamment. En effet, chaque région corticale, selon sa localisation, commande spécifiquement une ou plusieurs fonctions cérébrales fondamentales. D'autre part, une autre particularité est que la majorité des voies nerveuses du cerveau sont croisées, c'est-à-dire que les voies de la sensibilité de la moitié du corps gauche sont ressenties par l'hémisphère droit et inversement. De même, la commande motrice de la moitié du corps gauche est sous la dépendance de l'hémisphère droit et inversement.

D'après les données concernant le développement cérébral, nous pouvons alors penser que ce dernier serait uniquement déterminé par le programme génétique de l'individu. Or, ce développement ne se déroule pas indépendamment de l'environnement et du milieu qui l'entoure. En effet, selon Alain Prochiantz¹, l'organisation cérébrale de l'individu pourrait être modifiée par l'expérience et par les interactions avec l'environnement.

Ce sont donc ces capacités d'adaptations individuelles, faisant du cerveau un « outil » unique et modulable, qui vont être maintenant décrites.

¹ Neurobiologiste français, membre de l'Académie des Sciences depuis 2003 et professeur au Collège de France. Il a centré ses travaux sur la communication et la signalisation intercellulaires et autour de la morphogénèse.

B. Structuration du cortex et fonctionnement cérébral.

1. Organisation cérébrale et cortex.

Le cerveau est constitué de deux moitiés relativement symétriques, appelées hémisphères cérébraux, et du diencephale, partie impaire, médiane entre les hémisphères.

La couche externe du cerveau correspond au cortex cérébral², il s'agit d'une couche de substance grise située à la surface des hémisphères cérébraux. Ce cortex est responsable des fonctions les plus élevées du cerveau.

La substance grise se situe d'une part à la surface du cerveau mais aussi en profondeur correspondant dans ce cas aux noyaux gris centraux*. C'est un tissu nerveux d'aspect grisâtre contenant surtout les corps cellulaires des cellules nerveuses, mais aussi d'autres cellules, non nerveuses, lesquelles forment un tissu interstitiel appelé névroglie. Ce dernier apporte les éléments énergétiques aux cellules nerveuses et assure leur protection.

La substance grise assure la fonction de centre nerveux : réception des messages, analyse complexe des informations, élaboration des réponses. Elle se caractérise par l'importance et la complexité de ses connexions intercellulaires.

La substance blanche, quant à elle située dans la moelle épinière et dans l'encéphale, contient essentiellement les axones – prolongements des cellules nerveuses, très fins et très longs, entourés chacun d'une gaine d'une substance particulière, la myéline – mais aussi des cellules non nerveuses. Elle assure la conduction de l'influx nerveux soit d'un centre nerveux à un autre, soit entre un centre nerveux et un nerf.

Le cortex de chaque hémisphère est ensuite divisé en quatre lobes dont l'appellation fait directement référence aux noms des os crâniens qui les recouvrent, à savoir le lobe frontal, le lobe temporal, le lobe pariétal et le lobe occipital.

Au sein du cortex il existe différentes régions intervenant aussi bien dans le déchiffrement des signaux en provenance des récepteurs sensoriels que dans l'exécution des mouvements, il peut donc être dit récepteur ou moteur. Le reste du cortex est dit associatif et intervient de manière privilégiée dans les fonctions d'ordre cognitif. Il se caractérise par la capacité d'organiser de manière distincte toutes les connexions nerveuses.

2. Communication inter-hémisphérique.

Les deux hémisphères cérébraux sont reliés par des commissures*, parmi lesquelles on peut citer :

- la commissure inter hémisphérique, autrement appelée corps calleux,
- les commissures intra-hémisphériques,
- les commissures inter- et intra-hémisphériques ou fornix*.

² Du mot latin signifiant « écorce », le terme de cortex a été choisi du fait de son apparence plissée et parce qu'il recouvre la majeure partie du cerveau.

Les commissures cérébrales ont pour fonction de transférer les informations d'un hémisphère à l'autre. En ce sens, elles participent donc activement à la synchronisation des fonctions hémisphériques.

La plupart des aires corticales des deux hémisphères cérébraux sont ainsi reliées entre elles. Le corps calleux, de loin la plus importante de ces commissures inter-hémisphériques avec près de 200 millions de fibres nerveuses, comprend quatre régions anatomiques qui relient respectivement les aires corticales droite et gauche du lobe frontal, du lobe pariétal, du lobe temporal et du lobe occipital.

Cette structure a tour à tour été considérée comme quantité négligeable – il aurait servi à maintenir les deux parties du cerveau -, ou bien comme « siège de l'âme » en vertu de son caractère unique et de sa position médiane. Les neuropsychologues attribuent actuellement à cet énorme faisceau de fibres non seulement une fonction de transmission d'information entre les hémisphères, mais aussi un rôle dans la régulation de l'activité du cerveau.

Levy³ souligne aussi le rôle crucial du corps calleux dans l'organisation développementale du cerveau, notamment dans la mise en place de la spécialisation hémisphérique, et dans la régulation des fonctions d'éveil et d'attention par le jeu d'influences excitatrices et inhibitrices d'un hémisphère sur l'autre.

3. Les lobes cérébraux et leurs fonctions.

Chaque hémisphère peut être subdivisé en quatre lobes cérébraux, à savoir frontal, pariétal, occipital et temporal, auxquels il convient d'ajouter le lobe de l'insula.

3.1- Fonctions cognitives

Les fonctions cognitives frontales concernent surtout les fonctions dites exécutives, à savoir : le raisonnement, la fonction d'inhibition, la flexibilité mentale (adaptation aux situations nouvelles), l'initiation d'une action, la planification d'une tâche, la réalisation/le contrôle de certaines actions motrices, la sélection/la catégorisation.

Au niveau frontal, il y a aussi la mémoire de travail, l'attention (une partie), le langage écrit et parlé (dans son élaboration plus que dans sa compréhension).

Les fonctions cognitives au niveau temporal concernent l'essentiel de la mémoire, les stocks lexicaux et la compréhension du langage oral mais constituent aussi le centre de l'audition.

Les principaux types de mémoires retrouvés au niveau temporal sont :

- La mémoire épisodique : système d'enregistrement, de stockage et de récupération des événements personnellement vécus et situés dans leur contexte spatial et temporel d'acquisition.

³ J. Lévy-Valensi (1879-1943) est un neuropsychiatre français, il a été chef de clinique à la Salpêtrière à Paris en 1918. Il publia de nombreux textes sur des sujets d'histoire de la médecine ou de pathologie mentale.

- La mémoire sémantique : elle regroupe la mémoire des mots, des idées et des concepts, ainsi que les connaissances sur le monde indépendamment du contexte spatio-temporel d'acquisition.
- La mémoire procédurale ou mémoire des habiletés motrices : elle correspond aux règles, procédures ou stratégies qu'on utilise sans en être conscient, il y a automatisation.

Les fonctions cognitives pariétales regroupent la plupart des fonctions instrumentales, à savoir les praxies, les capacités visuo-spatiales (conscience du corps et de l'espace environnant), la mémoire épisodique visuelle, la mémoire des chiffres, le calcul, certaines gnosies (notamment la somatognosie).

Les fonctions cognitives au niveau occipital concernent essentiellement la vision et les gnosies visuelles. Au niveau sous-cortical, il s'agit de l'attention, d'une autre partie de la mémoire de travail et des émotions qui sont préférentiellement concernées.

3.2- Aires fonctionnelles⁴

K. Brodmann⁵ a particulièrement étudié les caractères histologiques* du cortex et a montré qu'il existait ainsi une spécificité des aires fonctionnelles, on parle de cytoarchitectonie*. Il publia alors en 1905 et 1909 des cartographies du cerveau humain et animal (primates) en définissant ainsi les aires dites « aires de Brodmann » sur la base de l'organisation neuronale.

Une aire de Brodmann est une région définie en fonction de sa cytoarchitecture, c'est-à-dire selon la forme des neurones et des réseaux qui la constituent. Les aires de Brodmann ont ensuite été renommées, débattues et affinées au cours des années et des recherches scientifiques. Certaines régions ont pu être corrélées avec des fonctions cognitives.

Il est à noter qu'une aire fonctionnelle ne correspond pas forcément à une aire de Brodmann, et inversement. Ses travaux correspondraient ainsi davantage à des repérages de localisation fonctionnelle car il est bien évident que chaque fonction cérébrale implique, dans la majorité des cas, non pas une mais de nombreuses aires cérébrales de manière simultanée.

Le lobe frontal comprend l'essentiel des aires cérébrales motrices gérant la motricité volontaire de l'hémicorps opposé. Il s'agit du lobe de l'action, de l'organisation du mouvement jusqu'aux fonctions de planification et de prise de décision (fonctions dites exécutives). Dans les zones antérieures siègent l'aire motrice primaire et l'aire pré-motrice qui favorisent la coordination harmonieuse des mouvements automatiques et volontaires

⁴ L. Lefebvre, La réorganisation fonctionnelle des aires cérébrales du langage et de l'organisation visuospatiale. Influence des régularités environnementales lors d'un entraînement non verbal : études en IRMf. Linguistics. Université de Mons-Hainaut, 2006

⁵ K. Brodmann (1868-1918) est un neurologue allemand, devenu célèbre par sa définition du cortex cérébral à travers 52 régions distinctes et caractéristiques.

nécessaires à la réalisation d'un geste complexe. Plus en avant, les aires du contrôle de l'activité oculomotrice et de la mémoire de travail ont été mises en évidence.

Enfin, une zone particulièrement importante, la zone de Broca, se situe dans le lobe frontal inférieur gauche. Sa partie la plus postérieure participe au traitement phonologique (dimension plus motrice du langage) alors que la zone du stockage, de la sélection du mot, et du traitement syntaxique se situe dans la partie antérieure.

Le lobe pariétal est le lobe de la perception, il reçoit des influx sensitifs périphériques de différentes natures. Il se divise alors en plusieurs aires, notamment :

- l'aire somesthésique qui est l'aire de la sensibilité,
- l'aire sensorielle associative qui permet la reconnaissance par le toucher d'objets familiers,
- l'aire de Wernicke qui correspond à l'aspect symbolique du langage

Il contient dans sa partie antérieure les aires sensorielles primaires (1/2/3) et dans sa partie inféro-postérieure, les zones d'intégration multimodale, reliant les informations issues des domaines visuel, auditif, tactile et olfactif.

La partie supérieure du lobe pariétal est quant à elle dédiée au traitement de l'espace et à la vision spatiale.

Le lobe temporal contient quant à lui une aire de réception et de traitement auditif et olfactif, ainsi qu'une aire relative au psychisme, à la mémoire, aux émotions dans les comportements instinctifs et les réactions de défense. L'aire de Broca, dite aire motrice du langage, déborde à la fois sur les lobes frontal, temporal et pariétal. Elle se situe dans l'hémisphère dominant (gauche pour un droitier et inversement).

Les aires temporales associatives jouent un rôle dans la perception et la compréhension du langage, ainsi que dans l'encodage en mémoire. Enfin, les aires auditives primaires enregistrent les sons sans les interpréter.

Le lobe occipital est le siège du cortex visuel. Sa partie postérieure, appelée V1 ou aire visuelle primaire, est une zone de perception et de réception des informations « brutes », s'activant dès la perception visuelle du stimulus. La partie plus antérieure du lobe occipital traite quant à elle les caractéristiques physiques du stimulus, à savoir sa forme, sa couleur et le mouvement de celui-ci.

L'insula est une autre région du cerveau qui est longtemps restée méconnue en raison de sa localisation en profondeur, dans les replis du cortex. D'après les travaux de Damasio⁶, cette

⁶ A.R. Damasio, américain d'origine portugaise, a été professeur de neurologie, de neurosciences et de psychologie. Dans son deuxième livre *Le Sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*, publié en 1999,

région permettrait de cartographier les états du corps, notamment viscéraux, associés à des expériences émotionnelles, afin de rendre ces informations disponibles aux fonctions cognitives supérieures. L'insula produirait alors une émotion adéquate pour une expérience sensorielle donnée. Elle serait aussi impliquée dans les désirs conscients, de même que dans les processus de la douleur.

3.3- Cortex somatosensoriel

C'est le neurochirurgien canadien Wilder Penfield⁷, qui, vers la fin des années 1930 mit en place une cartographie corticale de la surface du corps humain et définit la notion de somatotopie à travers l'homonculus*. La somatotopie correspond à la position et représentation de chaque partie du corps au sein du cerveau.

Pour cela, Penfield analysa la réponse (sensorielle ou motrice) engendrée par l'application d'un courant électrique sur une zone corticale spécifique.

Des cartes topographiques du cortex somatosensoriel ont alors pu être établies chez l'homme, notamment par la figuration d'homonculus moteur et sensoriel. Ce dernier se caractérise par la surreprésentation de certaines parties du corps (en particulier la face et la main), au regard de leur taille réelle, en lien avec l'étendue de leurs projections sur le cortex.

L'homonculus somatosensoriel est proportionnel à la densité des récepteurs sensoriels présents à la surface de chaque territoire du corps. Il dépend donc du génome* de l'espèce mais est modulé par les facteurs environnementaux.

L'homonculus moteur représente, quant à lui, les divers muscles selon l'intensité de leur activité. Il dépend également des facteurs environnementaux.

C. Asymétrie fonctionnelle et spécialisation hémisphérique

Les opérations cognitives du cerveau sont organisées selon un mode asymétrique dans les hémisphères cérébraux, les activités réalisées par chacun des deux hémisphères étant complémentaires.

Les découvertes de Broca⁸ et d'autres amènent la communauté savante du XIX^{ème} siècle à admettre une idée alors choquante pour beaucoup : les deux hémisphères ne jouent pas des rôles identiques dans la vie mentale, c'est la découverte du cerveau « dédoublé ».

il propose une nouvelle théorie permettant d'expliquer en termes biologiques et émotionnels le sentiment même de soi.

⁷ Neurochirurgien canadien (1891-1976) qui révolutionna les techniques de la neurochirurgie et réalisa des découvertes importantes au sujet de la cognition, de la mémoire et des sensations humaines.

⁸ P. Broca (1824-1880) est un chirurgien et anthropologue français. Il a fondé l'Ecole d'anthropologie et a étudié le cerveau et le langage.

Cette idée selon laquelle les deux hémisphères cérébraux ne sous-tendent pas les mêmes fonctions, ou qu'ils ne les sous-tendent pas de la même façon, est née peu de temps après celle de la localisation cérébrale des fonctions.

Elle a d'abord été suggérée par l'observation des déficits consécutifs à des lésions cérébrales : l'examen clinique de patients porteurs de lésions de l'hémisphère gauche ou de lésions de l'hémisphère droit mettait en évidence des troubles différents. De même, l'observation de patients chez qui les commissures qui unissent normalement les deux hémisphères ont été interrompues (chirurgicalement ou à la suite d'une pathologie) a ensuite étayé de façon spectaculaire la notion de latéralité fonctionnelle du cerveau, ou encore de spécialisation hémisphérique (*split-brain*⁹).

Ainsi, l'hémisphère gauche est qualifié de verbal, linguistique, analytique ou propositionnel*. Il est particulièrement impliqué dans les gnosies, les praxies, l'organisation temporelle et le langage. D'autre part, il est le siège : du symbolique, de la mémoire des mots, du repérage du nouveau, du projet/futur, de la vision centrale, du langage articulé, de l'analyse objective et de la créativité déductive.

Son homologue l'hémisphère droit aurait un rôle plus global, il est dit non verbal, visuo-spatial, holistique* ou appositionnel*. Par opposition, il est quant à lui le siège : de l'imaginaire, de la mémoire des images, du repérage du familier, des souvenirs et du passé, de la vision périphérique, du langage non articulé, de l'impression subjective et de la créativité imaginative.

Cependant, bien que le cerveau soit représenté sous la forme de deux hémisphères bien distincts aux fonctions spécifiques, il est fondamental de noter que, la plupart du temps, ces deux hémisphères fonctionnent en synergie et en coopération l'un avec l'autre.

D. Influence de l'environnement : phénomènes de plasticité cérébrale et de reconnexion neuronales

Nous avons pu voir que le système nerveux se développe à partir du programme génétique de chaque individu, mais l'environnement peut, lui aussi, conditionner et moduler la mise en place de l'architecture cérébrale. Ces facultés de modification et de remodelage du cerveau, et du système nerveux dans son ensemble, constituent ce que l'on appelle le phénomène de plasticité cérébrale.

⁹ Scission du corps calleux, constitué de fibres nerveuses, reliant les deux hémisphères cérébraux. Les études du split-brain ont d'abord été réalisées chez le rat, le chat et le singe (1956-1958 par Sperry et ses collègues) puis adaptées pour les appliquer à l'homme (1962-1957 : Gazzaniga, Bogen et Sperry) révélant ainsi la spécificité fonctionnelle du corps calleux et son organisation topographique.

Il a été observé que les individus privés à la naissance de l'utilisation d'un système sensoriel démontraient des compétences accrues dans d'autres systèmes et domaines, mettant en avant ces phénomènes de plasticité cérébrale et de réorganisation corticale.

Bien d'autres études et observations ont aussi pu être faites afin d'illustrer ce phénomène et l'importance des interactions environnementales extérieures dans le développement et le remaniement des fonctions cérébrales des individus. Jean-Didier Vincent¹⁰ a d'ailleurs rapporté l'une d'elles à travers l'histoire de Frédéric II¹¹ qui fit élever ses enfants à l'écart de toute parole, en vue de déterminer quelle était la langue naturelle ou « innée » entre le grec, l'hébreu et le latin, et il se trouva que les enfants restèrent muets.

La plasticité est particulièrement observée lors du développement du SN, mais elle est maintenue chez l'adulte.

En effet, plusieurs exemples de réorganisation du système nerveux de l'individu adulte ont pu être décrits. On peut notamment citer une étude faite auprès de patients amputés et de leur perception d'un membre fantôme¹². Cette étude démontre les capacités de réorganisation de la représentation somatotopique existant dans le cortex cérébral. Cette plasticité est rendue possible par l'existence de cellules restées indifférenciées qui peuvent alors remplacer des neurones détruits accidentellement ou à la suite de dégradations métaboliques ou infectieuses.

Différents événements de type environnemental peuvent être à l'origine d'un tel phénomène, comme l'apprentissage et l'expérience, le stress ou un milieu riche en stimulations par exemple.

Anderson¹³ évoque d'autre part le terme de « réutilisation neuronale »¹⁴ pour décrire ce même phénomène. Il s'agirait de modifications de l'activité des neurones, lesquels induiraient des changements structurels dans les connexions neuronales à l'origine de réarrangements synaptiques. Ce remodelage des connexions synaptiques est le témoin de la plasticité cérébrale. L'environnement joue donc un rôle essentiel dans la modification de l'architecture cérébrale, faisant de chaque personne un individu unique.

Cette neuroplasticité va être le moteur de la capacité d'adaptation du sujet. Elle joue un rôle fonctionnel fondamental et est à la base des processus d'apprentissages, utilisés en thérapie auprès de patients cérébro-lésés, qui conduisent à l'acquisition de capacités nouvelles ou à la restauration de compétences perdues.

¹⁰ Neurobiologiste, membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences, il a particulièrement contribué au développement de la neuroendocrinologie.

¹¹ Frédéric II de Hohenstaufen (1194-1250) fut roi de Sicile et empereur germanique.

¹² H. Flor, T. Elbert, S. Knecht, C. Wienbruch, C. Pantev, N. Birbaumer, W. Larbig, E. Taub, Phantom-limb pain as a perceptual correlate of cortical reorganization following arm amputation. *Nature*, 375 : 482-484, 1995.

¹³ Michael L. Anderson est chercheur dans le département de Psychologie de l'université Franklin & Marshall en Pennsylvanie et professeur en Neurosciences et en Sciences Cognitives à l'université du Maryland aux Etats-Unis.

¹⁴ *After Phrenology : Neural Reuse and the Interactive Brain* (décembre 2014).

Partie 2 : Accident Vasculaire Cérébral & retentissement psychomoteur.

L'Accident Vasculaire Cérébral représente un problème majeur de santé publique de par sa prévalence* et son incidence*, sa gravité (mortalité et morbidité) ou encore son coût budgétaire.

Sensibles à cet enjeu collectif, les pouvoirs publics ont installé en novembre 2008 le comité de pilotage pour la prévention et la prise en charge des AVC en France, à la suite duquel un « Plan national d'actions accidents vasculaires cérébraux » 2010-2014, a été préparé et présenté en 2010.

Ce plan national d'actions AVC 2010-14 repose sur 4 priorités, à savoir :

- améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC,
- mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés,
- assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels impliqués,
- promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques.

Prévenir et soigner l'AVC nécessite, à tous les stades, une articulation coordonnée dans les secteurs sanitaire et médico-social, entre de nombreux professionnels de santé, médecins et non médecins, hospitaliers et libéraux.

I. L'Accident Vasculaire Cérébral.

A. Généralités

1. Classification et définitions

L'Accident Vasculaire Cérébral représente la 1^{ère} cause de handicap non traumatique, la 2^{ème} cause de démence et la 3^{ème} cause de mortalité en France.

L'objectif principal de la Haute Autorité de Santé (HAS) est de réduire la mortalité et le handicap liés à l'AVC en agissant spécifiquement à toutes les étapes de la filière de soins.

La HAS définit l'Accident Vasculaire Cérébral comme « un arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau d'une partie du cerveau »¹⁵. On trouve également une autre définition internationale selon laquelle « un AVC est un déficit neurologique soudain d'origine vasculaire présumée »¹⁶. Communément appelé « attaque », l'AVC est donc causé par une perturbation soudaine de l'irrigation d'un territoire cérébral.

¹⁵ Dossier d'information patient de la HAS du 23 juin 2010.

¹⁶ N. Danziger, 2003, p. 201

Il peut être dû soit à la présence d'un caillot dans l'artère, ce sont les AVC dits ischémiques, soit à une hémorragie en raison de lésions des parois du vaisseau, ce sont les AVC hémorragiques.

D'autre part, certains AVC ischémiques peuvent être transitoires, on parle d'accidents ischémiques transitoires ou AIT. Dans ce cas les signes cliniques régressent spontanément dans les premières heures. Cependant, ils représentent également une urgence et nécessitent une prise en charge tout aussi immédiate qu'un AVC car il existe un risque de récurrence précoce relativement élevé dans les 24 h qui suivent.

Ce déficit neurologique ayant spécifiquement une origine vasculaire et afin de mieux comprendre les mécanismes à l'origine de l'AVC, il apparaît donc important d'avoir en tête quelques repères clés d'anatomie vasculaire cérébrale.

C'est à travers la vascularisation artérielle que les besoins énergétiques du cerveau, mais aussi du tronc cérébral et du cervelet, sont assurés. En effet, toute la vascularisation artérielle du cerveau est tributaire de deux systèmes artériels qui naissent chacun des troncs supra-aortiques :

- le système dit carotidien constitué des deux artères carotides internes à l'avant du cou,
- le système vertébrobasilaire constitué des deux artères vertébrales à l'arrière du cou.

Ces 4 grands axes sont reliés entre eux à plusieurs étages notamment à la base du cerveau par le polygone de Willis*. De ce dernier naissent les artères cérébrales principales : les carotides internes dont deux branches essentielles, la cérébrale antérieure qui vascularise la partie interne de l'hémisphère cérébral et la cérébrale moyenne qui vascularise la partie latéralisée de l'hémisphère.

Les deux artères vertébrales forment un tronc commun : le tronc basilaire, qui va fournir des artères au tronc cérébral et au cervelet puis il se divise ensuite pour former les artères cérébrales postérieures destinées au lobe occipital et à la partie ventrale du lobe temporal.

Ces données descriptives ne sont pas exhaustives, la vascularisation cérébrale est en réalité bien plus complexe et le réseau vasculaire beaucoup plus étendu. Mais cela permet, tout de même, de mieux comprendre les nombreux risques de survenue des AVC, et leurs conséquences en termes de dommages cérébraux liés. Les territoires du cerveau touchés dépendent ainsi, entre autres, de la localisation de l'obstruction ou de l'hémorragie dans le système artériel.

2. Epidémiologie et prévalence

Avec près de 120 000 à 145 000 personnes touchées en France par an et environ 40 000 décès, l'AVC constitue un enjeu majeur de santé publique et une urgence médicale nécessitant une prise en charge précoce, dans les 3 premières heures pour intervenir. On en recense environ 1 toutes les 4 minutes.

Il touche essentiellement une population vieillissante, puisque 75% des patients atteints ont plus de 65 ans, mais peut tout de même toucher l'enfant et le sujet jeune, même si cela est plus rare (10 à 30/100 000 habitants chez le sujet jeune).

Il est à noter qu'il existe, pour les patients ayant déjà eu un AVC, 30 à 50% de risque de récurrence à 5 ans¹⁷.

3. Démarche diagnostique et examens

Des signes cliniques spécifiques permettent de soulever l'hypothèse d'un AVC mais l'imagerie cérébrale est indispensable pour poser un diagnostic et débiter la prise en charge de cette pathologie.

La HAS a tout de même relevé six signes caractéristiques d'alerte pouvant témoigner d'un AVC :

- Une perte soudaine de la motricité ou de la force d'un bras, d'une jambe, ou de la totalité d'un côté du corps, avec éventuellement atteinte de la bouche (déviation),
- Une perte de la sensibilité d'un bras, d'une jambe, de la face ou de tout le côté du corps,
- Une difficulté soudaine à parler, s'exprimer et à trouver les mots,
- Un trouble soudain de l'équilibre et de la marche,
- Une perte soudaine de la vision d'un œil ou une vision trouble,
- Des maux de tête violents et intenses.

En présence de l'un de ces signes, voire plusieurs, il convient donc d'être très vigilant et de prendre immédiatement en charge le sujet car tout retard dans le traitement et la prise en charge médicale peut conduire à des séquelles graves voire au décès.

En termes d'imagerie cérébrale, l'IRM¹⁸ constitue l'examen radiologique le plus performant pour confirmer la présence d'une ischémie cérébrale ou détecter la présence d'une hémorragie intracrânienne. Un scanner peut également être réalisé mais il dispose d'une sensibilité inférieure à celle de l'IRM.

Par ailleurs, un examen clinique, un bilan sanguin, un EEG, et bon nombre d'autres examens complémentaires permettent de faire une synthèse de l'état du patient et de prévenir la survenue de complications éventuelles.

En raison de la brièveté d'incidence de l'AIT, il n'y a pas de lésion cérébrale identifiable en imagerie.

4. Facteurs de risque

Les causes sont multiples et plusieurs d'entre elles peuvent être présentes en même temps chez un patient. On observe cependant que la fréquence des AVC augmente avec l'âge et le

¹⁷ Données de la HAS.

¹⁸ Imagerie par Résonance Magnétique.

vieillissement du système artériel et du cerveau. Ce vieillissement artériel est accéléré par des facteurs de risque, dont les plus importants sont l'hypertension artérielle, le tabagisme, les antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce (infarctus du myocarde, mort subite ou AVC), les dyslipidémies* athérogènes, le diabète, la sédentarité ou encore la surcharge pondérale.

L'hypertension artérielle (HTA) est le principal facteur de risque des AVC, plus de la moitié de ces derniers survient dans un contexte d'HTA chronique.

B. L'accident ischémique cérébral

Les accidents vasculaires ischémiques représentent 80% des AVC survenant dans la population. On en distingue deux types :

- les thromboses : elles représentent 50% des accidents, et correspondent à une diminution du débit sanguin due à une athérosclérose* (excès de cholestérol, tabac, hypertension artérielle). Il y a donc accumulation de dépôt graisseux sur la paroi des artères ce qui entraîne un durcissement artériel se terminant par l'occlusion totale du vaisseau.
- les embolies : elles représentent 30% des accidents, et correspondent à l'obstruction d'un vaisseau par un corps étranger. Il peut s'agir soit d'un caillot en provenance du cœur, soit d'un fragment de plaque d'athérome* qui s'est détaché d'une artère carotide ou vertébrale, lesquels vont finir par boucher l'artère.

C. L'accident hémorragique cérébral

Il représente 20% des AVC dans la population. Il s'agit de la rupture d'un vaisseau sanguin cérébral consécutive à une hypertension artérielle, on parle d'anévrisme* ou de rupture d'anévrisme entraînant le saignement. Il y a alors écoulement de sang dans les tissus cérébraux.

On peut distinguer deux types d'accident hémorragique : l'hémorragie intraparenchymateuse* et l'hémorragie méningée*. Le scanner permet d'identifier le sang sous forme d'une hyperdensité.

Les victimes de l'AVC hémorragique présentent en général des déficits plus graves et une période de rétablissement plus longue que celles de l'AVC ischémique¹⁹.

D. Prises en charge et évolution des AVC

Le plan national d'actions 2010-14 fixe parmi ses priorités d'actions non seulement l'accès aux soins en urgence mais aussi la prise en charge adaptée au handicap, que celui-ci soit

¹⁹ Urden, Stacy et Lough, 2006

transitoire ou définitif. Ceci se traduit en particulier par le développement et la montée en charge des unités neuro-vasculaires (UNV).

Cela implique également le renforcement de l'organisation de filières structurées de prise en charge de l'AVC pour éviter toute perte de chance, avec l'évaluation des besoins en soins, en rééducation ainsi qu'en réadaptation et en réinsertion, à domicile ou en établissement médico-social.

1. Traitements médicamenteux et thérapeutiques

Des traitements thrombolytiques peuvent être indiqués et administrés afin de résorber et dissoudre rapidement le caillot à l'origine de l'occlusion artérielle.

Les objectifs de la prise en charge thérapeutique consistent en la prévention des risques de récurrences, le traitement des complications neurologiques et générales, la poursuite de la récupération du patient en vue d'une réadaptation et réinsertion sociale.

Dans ce cadre-là, de nombreux professionnels de santé sont concernés et fortement impliqués, que ce soit dans le domaine médical (médecins, infirmiers, aides-soignants..) que paramédical (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens) ou encore psycho-social (psychologue, assistante sociale..).

2. Devenir et évolution

La mortalité précoce est plus élevée dans le cas d'accidents vasculaires hémorragiques que dans les ischémies cérébrales.

Le pronostic fonctionnel est plus favorable chez les sujets jeunes, dans le cas d'un accident ischémique de petite taille ou peu sévère et lorsque le patient est bien entouré (aidants).

Le pronostic d'évolution d'un AVC est toujours difficile à déterminer à la phase aiguë et varie d'un individu à l'autre. Il n'existe pas un, mais plusieurs AVC aux caractéristiques, symptômes cliniques et évolutions variables et différentes, à l'image unique de chaque patient.

Dans les mois et les années suivants l'AVC, on note qu'un tiers des patients deviennent dépendants, un autre tiers gardent des séquelles tout en étant indépendants et le dernier tiers retrouvent leur état antérieur.

Des complications peuvent également apparaître dans certains cas, comme le risque de récurrence principalement, mais aussi la présence de troubles cognitifs (démence vasculaire), d'une dépression post-AVC, de douleurs neuropathiques ou encore d'épilepsie vasculaire.

3. Mécanismes de récupération de l'AVC

Les artères et les vaisseaux sanguins assurent le transport indispensable du sang et de l'oxygène vers tous les tissus et organes du corps. L'AVC s'explique par l'obstruction ou la rupture d'un vaisseau situé dans le cerveau ou se dirigeant vers lui.

Par conséquent, il y a interruption de la circulation sanguine d'un territoire cérébral. Ce tissu cérébral étant très sensible à toute réduction de débit et au manque d'oxygène, il va alors mourir et se nécroser. Cette nécrose du tissu neuronal entraîne la mort des axones et suspend la conduction nerveuse. Cela crée alors des perturbations tout autour de la zone lésée et peut toucher un territoire plus ou moins étendu selon l'importance de la lésion.

Lors d'une ischémie, les apports en sang et en oxygène d'une région cérébrale spécifique sont interrompus par la présence d'un caillot dans un vaisseau. C'est le territoire cérébral de la lésion qui est donc touché.

Lors d'une hémorragie, il s'agit d'un vaisseau sanguin qui se rompt. De ce fait, l'apport en sang et en oxygène du cerveau diminue. Le sang peut alors s'échapper par la fissure dans d'autres parties du cerveau, les endommageant alors à leur tour. Le territoire cérébral où a eu lieu la lésion est donc touché, mais les territoires alentours peuvent être également atteints par l'hémorragie.

Après un AVC, la récupération est donc variable et dépend de facteurs connus tels que le type, la topographie et la taille des lésions cérébrales. Des zones non détruites par l'accident peuvent prendre le relais des zones lésées. En effet, certaines zones, aux alentours du tissu nécrosé atteint, ont pu être légèrement endommagées par l'étendue de l'hémorragie ou d'autres parties du tissu altéré ont pu survivre. Elles peuvent alors récupérer plus rapidement grâce à la réponse immunitaire en particulier qui permet de régénérer de nouvelles branches neuronales pour compenser le tissu mort. Ces dernières, par le phénomène de plasticité cérébrale, pourront alors se réorganiser en fonction de la lésion et permettre la récupération progressive de certaines fonctions ou leurs compensations à travers le renforcement de fonctions préexistantes.

Tout l'enjeu de la prise en charge des patients post-AVC consiste donc à stimuler au mieux les zones cérébrales endommagées, directement ou non, de manière à renforcer les effets de la réponse immunitaire automatique sur la récupération.

Il peut donc arriver, qu'à la suite d'un AVC, le cerveau récupère presque complètement ses facultés. Dans 30% des cas cette récupération spontanée est faible mais dans les autres cas elle peut survenir dès les premières semaines. Elle suit généralement une courbe exponentielle et tend vers une nette amélioration entre le huitième et le douzième mois²⁰. La récupération cérébrale après un AVC reposerait alors en grande partie sur la survie du tissu entourant la zone lésée.

²⁰ J-C. Baron, juillet 1996, p. 104.

II. Cadre de la rééducation psychomotrice dans la prise en charge des AVC

Dans les pays dits développés, près de deux personnes sur mille chaque année sont victimes d'un AVC. Parmi elles, une sur deux présente un déficit moteur, des troubles du langage ou des autres fonctions cognitives, et il est maintenant reconnu que les atteintes des fonctions cognitives supérieures sont l'une des causes majeures de handicaps sévères et prolongés.

A. Sémiologie clinique

1. Sémiologie directe

La sémiologie traite des signes cliniques et des symptômes, dans le cas présent, spécifiques à l'AVC. Comme nous l'avons vu précédemment, selon la localisation artérielle et le territoire cérébral touchés lors de l'AVC, le tableau clinique de chaque patient sera différent et les symptômes variables.

Nous nous attacherons alors ici à rendre compte de l'ensemble de ces signes pouvant être rencontrés chez des patients ayant eu un AVC.

Ainsi, parmi ces signes, nous pouvons citer :

- L'hémiplégie : il s'agit d'une perte totale de la mobilité/motricité ou paralysie de la moitié droite/gauche du corps, due le plus souvent à une lésion cérébrale dans l'hémisphère opposé.
- L'hémi-parésie : à savoir un déficit partiel de la force musculaire touchant la moitié droite ou gauche du corps.
- L'hémi-parésie, qui est un trouble de la sensibilité avec un défaut de perceptions des sensations tactiles, douloureuses, thermiques ou vibratoires dans un hémicorps. Cela se traduit souvent par une sensation spontanée anormale mais non douloureuse à type de fourmillements ou picotements notamment.
- Les troubles de l'attention (lésion frontale ou sous-corticale).
- Les troubles cognitivo-comportementaux : ils comprennent les troubles du contrôle inhibiteur, soit en défaut (désinhibition) soit en excès (apathie*, manque d'initiative), les troubles de la mémoire, l'anosognosie*, les troubles dans les repères spatio-temporels, la labilité émotionnelle*, l'anosodiaphorie*, et les troubles attentionnels précédemment cités.
- Les troubles du langage et de la parole (aphasie*, dysarthrie*). Deux types d'aphasies sont principalement rencontrés : l'aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke, lesquelles seront détaillées par la suite.

- L'héminégligence : il s'agit de « l'incapacité pour le patient de rendre compte, de réagir à, et de s'orienter vers des stimulations significatives ou nouvelles présentées dans l'hémi-espace controlatéral à une lésion cérébrale »²¹. Cette héminégligence peut toucher tant le domaine visuel, visuo-spatial que moteur.
- Les douleurs neuropathiques, c'est-à-dire celles consécutives à la lésion de nerfs centraux ou périphériques (différent des douleurs nociceptives qui ne sont pas en rapport avec les nerfs).
- Les troubles de la flexibilité mentale* (fonctions exécutives).
- Le syndrome dysexécutif comportemental : il correspond au trouble du contrôle inhibiteur avec des difficultés dans la planification des tâches, des persévérations, un ralentissement psychomoteur, un défaut de flexibilité mentale.

Il existe aussi le cas particulier de l'extinction sensitive où la sensibilité est présente de chaque côté du corps indépendamment mais n'est plus présente lorsqu'on touche les deux côtés en même temps.

2. Sémiologie indirecte et troubles associés

D'autres symptômes peuvent également être fréquemment rencontrés en clinique auprès de patients post-AVC. Cependant, ils ne sont pas spécifiques à cette pathologie et peuvent aussi apparaître dans d'autres tableaux cliniques. Par conséquent, leur seule présence ne permet pas de poser le diagnostic d'accident vasculaire cérébral. Dans ce cas, on parle de sémiologie indirecte et de troubles associés à la pathologie en question.

L'angoisse et l'anxiété sont des symptômes très souvent rencontrés chez les sujets atteints, de même que la tristesse voire la dépression survenant après l'état de choc de l'accident. Un repli sur soi et un isolement social peuvent alors se mettre en place, faisant rupture avec la vie antérieure de l'individu. Des comportements apathiques peuvent également être remarqués, avec des sujets passifs, comme absents, manquant de réaction, d'initiative et de volonté. Enfin, certains patients peuvent être dans l'opposition et le refus du soin.

A l'opposé, dans certains cas on peut observer une agitation psychomotrice excessive, témoignant d'un besoin de décharge motrice et psychique ou d'un mécanisme de défense contre l'anxiété et la dépression.

En termes de troubles associés, ont été relevés des douleurs fréquentes, des troubles vésico-sphinctériens, des troubles sexuels, des troubles de l'humeur, des infections /escarres*, de l'épilepsie, de l'incontinence...

²¹ Paillard et Badan, 1997.

Les troubles dits psycho-comportementaux, dont l'apathie, l'anxiété, les manifestations de tristesse, les troubles du sommeil, et bien d'autres, seront plus précisément énoncés dans la 3^{ème} partie concernant le vieillissement et le travail thérapeutique auprès des personnes âgées.

Des mécanismes complexes, en plus des perturbations psycho-comportementales et cognitives, interviennent fréquemment, comme les antécédents médicaux et personnels du patient, sa personnalité, son mode de vie, les éventuelles perturbations somatiques ainsi que les perturbations de l'environnement.

Chez les patients hémiplegiques en post-AVC, on peut aussi être amené à rencontrer un symptôme spécifique nommé le « push syndrom ». Il s'agit d'un manque de tenue de l'axe du sujet l'entraînant à se pencher du côté déficitaire et ce, même lorsque ce côté est stimulé par une poussée de direction opposée. Plus le côté déficitaire est stimulé et plus il va devenir présent pour le patient dans ce cas particulier.

B. Axes de travail en psychomotricité

1. Troubles psychomoteurs mis en jeu

En ce qui concerne le travail en thérapie psychomotrice auprès de patients post-AVC, il s'agit de tenir compte de tous les items et domaines psychomoteurs ayant été touchés, afin d'établir un projet thérapeutique adapté et personnalisé à chaque patient.

Ainsi, les troubles psychomoteurs les plus fréquemment rencontrés peuvent être cités ci-dessous :

- Des perturbations de l'axe corporel, en termes de tenue et d'intégration de l'axe,
- Des troubles sensitifs (paresthésies) et gnosiques*,
- Des troubles proprioceptifs, comprenant la position relative des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres, la force et la kinesthésie*,
- Des troubles du tonus, à type d'hypertonie la plupart du temps (hypertonie spastique*, hypertonie plastique*) ou d'hypotonie flasque,
- Des troubles de l'équilibre, statique et dynamique,
- Des troubles de la coordination, des praxies (apraxies*),
- Des troubles spatio-temporels,
- Des troubles du schéma corporel et de l'image du corps (bouleversement de l'image idéale du corps, dévalorisation, mésestime de soi...),
- Des troubles de la communication verbale et non-verbale,
- Des troubles des fonctions exécutives et instrumentales.

L'ensemble de ces troubles témoigne de la nécessité d'une approche corporelle globale dans la prise en charge du patient post-AVC.

2. Médiations

Lors de l'établissement du projet thérapeutique définissant les objectifs et conditions de la prise en charge du patient, le psychomotricien peut être amené à faire le choix d'utiliser une médiation particulière dans sa thérapie. Une médiation est donc une discipline ou pratique par laquelle le psychomotricien va intervenir pour communiquer, « travailler », interagir avec le patient et le soulager ou l'amener vers de nouvelles expériences tant sensorielles que motrices.

Parmi les médiations pouvant être utilisées en rééducation auprès de patients post-AVC, nous pouvons donc citer (de manière non exhaustive) :

- La relaxation (activo-passive, avec ou sans inductions verbales, par le biais de mobilisations passives...),
- Le toucher thérapeutique (massages, contacts/pressions tactiles...),
- La conscience corporelle et l'éveil sensori-moteur,
- L'art-thérapie, et les expressions plastiques (dessins, peinture, modelage...),
- L'eau (balnéothérapie),
- Le travail autour de la respiration,
- La gymnastique douce,
- Le théâtre, le jeu dramatique ou le mime.

Le choix de la médiation est laissé libre au thérapeute, selon ses préférences, ses domaines de compétences mais aussi et surtout selon les bienfaits qu'elle peut apporter au patient, compte-tenu du projet thérapeutique élaboré.

Enfin, la médiation peut être mise en place dans un cadre individuel de prise en charge du patient et/ou également à travers un groupe thérapeutique constitué de plusieurs patients.

Dans tous les cas, elle ne peut être choisie au hasard et doit se justifier à travers des objectifs thérapeutiques concrets et spécifiques aux sujets.

3. Co-thérapie

Compte-tenu de l'étendue des symptômes et des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient en post-AVC (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, diététicien, infirmiers, aides-soignants...), il peut être particulièrement intéressant de mettre en place des co-thérapies, qu'il s'agisse de manière ponctuelle ou régulière, en individuel ou par le biais d'un groupe thérapeutique et d'ateliers.

C. Cas particulier de l'aphasie

L'ensemble des troubles et des symptômes les plus fréquemment rencontrés à la suite d'un AVC ont été précédemment détaillés. Toutes ces séquelles ne sont pas obligatoirement présentes chez tous les patients post-AVC, chaque tableau clinique étant unique.

Pour ma part, les sujets ayant été à l'origine de la réflexion de mon mémoire sont tous les deux aphasiques. C'est pour cette raison que j'ai choisi d'attacher une attention particulière aux troubles du langage à travers cette partie.

L'aphasie est un trouble spécifique du langage caractérisée par la perte totale ou partielle de celui-ci, et consécutive à une lésion cérébrale. La personne aphasique peut alors avoir des difficultés variables pour parler, pour comprendre, pour lire ou écrire, ce qui altère alors fortement les capacités de communication et a des répercussions dans le quotidien du sujet²².

Il est important de préciser que cela ne touche pas les fonctions intellectuelles du patient qui sont préservées. De même, il n'y a pas de déficit au niveau de la voix.

Je vais principalement en décrire deux types spécifiques, à savoir l'aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke, mais elles ne constituent pas, à elles seules, l'ensemble des formes pouvant être rencontrées, selon la localisation du territoire cérébral touché.

En premier lieu, on peut opposer d'un côté les aphasies fluentes, dans lesquelles le patient peut parler, des aphasies non fluentes dans lesquelles il y a un mutisme ou une réduction très sévère du discours spontané.

L'aphasie de Broca est non fluente, on parle aussi « d'aphasie silencieuse ». Elle est consécutive à une lésion spécifique de l'aire de Broca au niveau cortical et touche davantage l'expression verbale (motrice). La compréhension de la parole d'autrui peut être difficile mais reste relativement intacte dès que les phrases sont simples et concrètes. Il peut y avoir un mutisme ou lorsque ce dernier évolue on note un manque d'incitation verbale. Les patients sont très ralentis dans leur parole, ils s'arrêtent souvent ayant des difficultés à « faire sortir les mots », on parle de manque de mot ou d'anomie*. La compréhension orale est meilleure que la compréhension écrite, elle peut être facilitée par un référent visuel.

Le langage écrit est lui aussi fortement altéré et on peut trouver une alexie*. La personne peut également avoir des difficultés à articuler (troubles arthriques), ce qui peut amener à la déformation de certains mots (paraphasies phonémiques). Enfin, on peut observer un agrammatisme* des persévérations dans le langage. Le patient prononce automatiquement et involontairement les mêmes sons, mots ou expressions dès qu'il essaie de parler. Les persévérations peuvent aussi concerner le langage écrit.

²² Brochure éditée dans le cadre du plan Aphasie par la Fédération Nationale des Aphasiques de France et la Fédération Nationale des Orthophonistes.

L'autre versant correspond à l'aphasie de Wernicke ou « aphasie de réception ». Elle est consécutive à une lésion spécifique de l'aire de Wernicke et marquée par une fluence verbale exagérée. Le débit de parole est souvent très accéléré, on parle alors de logorrhée. Le langage spontané n'est pas informatif, il y a des mots qui ne font pas partie du champ lexical (néologismes) ou lorsque les mots sont connus ils sont utilisés dans un mauvais contexte, il s'agit de paraphasies*. Dans certains cas, l'expression orale est un véritable jargon, bien que le rythme et le flux de la parole semblent préservés. La lecture et l'écriture sont très difficiles en raison des nombreuses transformations des mots lus ou écrits. De même, la compréhension est déficitaire, davantage à l'écrit qu'à l'oral.

En revanche, il n'y a pas de troubles articulatoires. Il s'agit de patients souvent difficiles à canaliser, qui ne semblent pas avoir conscience de leurs difficultés et de l'absence de signification de leur langage, il n'y a donc généralement pas d'autocorrection de leur discours.

Certains chercheurs pensent que l'aphasie de Wernicke provient d'une atteinte des stocks de la mémoire verbale ou sémantique, ce trouble étant différent d'un déficit des mécanismes syntaxiques et articulatoires qui sont perturbés dans l'aphasie de Broca²³.

En dehors de ces deux grands types d'aphasies, tous les troubles peuvent se combiner et former des tableaux cliniques différents. On peut dire d'une certaine manière qu'il y a autant d'aphasies que de personnes aphasiques, chacun aura ses propres difficultés : la compréhension sera touchée pour certains, l'expression plutôt pour d'autres, ou un peu les deux. De même, il peut n'y avoir que des troubles articulatoires, ou que des troubles de la lecture...

²³ A.K. Coughlan and E.K. Warrington, « Word-comprehension and word-retrieval in patients with localized cerebral lesions », *Brain* 101 (1978) : 163-185.

Partie 3 : Psychomotricité et vieillissement

La complexité des pathologies neurologiques, en particulier de l'AVC, a précédemment été évoquée et détaillée. Cependant, celles-ci peuvent devenir plus difficiles à appréhender encore lorsque s'y associent des pathologies ou des déficits dus au vieillissement du sujet.

En effet, lors de ma pratique en stage je me suis retrouvée au contact d'une population d'adultes et/ou de personnes âgées dans le domaine de la neuro-gériatrie. Le vieillissement des patients est une donnée importante à prendre en compte en clinique, au sens où il peut perturber l'avancée des prises en charge en cours.

C'est pour cette raison que j'ai choisi de développer le sujet, afin de mieux comprendre les mécanismes entrant en jeu dans le vieillissement et leurs impacts dans la thérapie.

Le vieillissement fait l'objet de nombreuses idées préconçues et de représentations qui évoluent au fil des années, si bien qu'il est désormais difficile de définir précisément l'âge à partir duquel nous pouvons parler de personne âgée. De plus en plus de termes sont d'ailleurs aujourd'hui utilisés pour décrire cette étape de la vie, parmi lesquels : personnes âgées, aînés, seniors, vétérans, vieillards...

L'âge de 65 ans apparaît souvent comme l'âge de référence pour l'utilisation du terme de personne âgée, faisant ainsi référence à la prise de retraite.

Dépendant d'un certain nombre de données personnelles telles que les facteurs génétiques, l'état de santé, la qualité de vie ou bien l'environnement de la personne, le processus du vieillissement varie donc d'un individu à l'autre.

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (2002), « le vieillissement est un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps. »

Une autre description du vieillissement, donnée par le docteur Patrick Hugué²⁴, concernant le rapport à la mort qu'induit la vieillesse, a particulièrement nourri ma réflexion et ma pratique clinique face aux patients. Selon lui : « Devenir vieux est une notion individuelle et une affaire personnelle. C'est le moment où l'individu perçoit une dégradation de sa qualité de vie ; c'est aussi le moment où la mort se profile, car la vieillesse et la mort sont indissociables. Or, qu'y a-t-il de plus personnel, de plus intime, que le rapport à la mort ? ».²⁵

Jean-Luc Héty, gérontologue québécois, a également donné sa propre définition : « Le vieillissement est le déclin plus ou moins graduel de la vigueur et de la santé ainsi que des fonctions cognitives, déclin qui met la personne au défi de mobiliser ses ressources pour

²⁴ Médecin coordinateur national en Médecine Physique de Réadaptation à l'Institut national des invalides à Paris.

²⁵ J.-C. Juhel, 2010, p.6.

assurer le maintien de la satisfaction de ses besoins physiques et affectifs ainsi que de son besoin de sens. »

Bien qu'elle varie d'une personne à l'autre, la vieillesse est une réalité qui nous touche tous, elle s'impose malgré le fait que nous cherchions à l'esquiver mais notre corps est souvent le premier à nous en faire prendre conscience.

L'avancée en âge impose souvent aux personnes de faire face à leurs limites (physiques, psychiques, émotionnelles...) et les invite ainsi à « faire avec » ce « nouveau » corps en l'intégrant à leur identité et à faire le deuil de leur image du corps idéal.

Il importe alors de distinguer les différentes composantes du vieillissement selon les principales modifications que vit la personne âgée.

I. Les différentes composantes du vieillissement

A. Le plan physiologique

1. Les modifications des tissus

On observe une perte d'élastine entraînant une perte de l'élasticité et de la tonicité des muscles et des tissus. Les tissus graisseux sous-cutanés se modifient amenant l'apparition de rides. L'épiderme se renouvelle moins vite et le derme s'amincit d'où un aspect de la peau en "papier de soie". D'autre part la baisse de la production de sébum induit une peau plus sèche et cassante.

Nous pouvons aussi observer une apparition de taches colorées sur l'épiderme, d'étoiles veineuses, d'ecchymoses*, de plaies diverses, d'escarres*, de mycoses* ou une télangiectasie sénile*. Ces atteintes cutanées douloureuses et/ou visibles peuvent, en outre, avoir un impact sur le plan narcissique.

Les muscles tendent à s'atrophier en raison de la diminution voire de l'inactivité physique. On remarque de ce fait que les personnes sont plus fatigables et ont moins de puissance et de résistance dans les mouvements.

Les articulations rapetissent à cause de l'érosion de la surface cartilagineuse. Les ligaments s'ossifient ou se calcifient. Certaines articulations s'enraidissent alors que d'autres deviennent élastiques, provoquant douleurs et fragilités.

Les os deviennent plus fragiles à cause de l'ostéoporose : il y a une carence en vitamine D et/ou en calcium chez le sujet âgé. Les os sont déminéralisés et perdent de leur résistance, ce qui peut notamment provoquer une perte des dents, ou encore des fractures diverses lors de chutes.

Le vieillissement osseux est influencé par des facteurs génétiques, hormonaux, nutritionnels, pathologiques ou iatrogènes aggravants.

2. Les modifications physiques

La morphologie change, une réduction de la taille est causée par un raccourcissement des vertèbres dorso-lombaires de 1 à 5 cm au cumulé. Les proportions du corps sont modifiées car les bras et les jambes conservent leur taille. Le thorax est dévié et la cyphose* est souvent accentuée. Pour garder l'équilibre, les personnes doivent alors se pencher vers l'avant et plier légèrement les genoux.

Les phanères (poils, cheveux, ongles) subissent aussi des modifications avec l'âge et en fonction des facteurs sociaux. Pour les cheveux un phénomène de perte, fréquent avec le vieillissement, se perçoit. Ils changent d'apparence, deviennent moins épais, moins forts et grisonnent (à cause de la baisse d'activité des mélanocytes). Les ongles deviennent plus épais et secs. Leur croissance est plus lente et des stries apparaissent.

3. Les modifications fonctionnelles

➤ Les fonctions respiratoires

Celles-ci sont altérées : une rhinorrhée* peut entraîner un manque de perméabilité de la fonction nasale, la personne respire davantage par la bouche, l'air n'est alors plus purifié par les muqueuses et l'arbre bronchique est déshydraté. La trachée a tendance à se dilater, le système trachéo-bronchique* est agrandi. Le volume résiduel* est alors plus important que chez les sujets jeunes. Les alvéoles perdent de leur élasticité et donc leur capacité de ventilation, entraînant une perte de diffusion de l'oxygène et de la pression partielle. La tolérance à l'effort diminue et un essoufflement peut apparaître.

➤ La fonction cardiaque

Une perte de puissance du myocarde se perçoit, de même qu'une hausse de la tension artérielle, laquelle représente un facteur de risque important dans l'apparition de maladies cardiovasculaires et des AVC notamment. Des troubles du rythme cardiaque peuvent aussi être observés.

➤ La fonction digestive

Les tissus muqueux perdent de leur capacité de cicatrisation. Cela rend les personnes plus sensibles au chaud, froid, aliments épicés, tabac, alcool... La baisse du tonus musculaire général concerne aussi les muscles masticateurs ainsi que les parois gastriques. La diminution du flux salivaire provoque des difficultés de digestion fréquentes et un ralentissement du transit intestinal.

➤ Le fonctionnement sexuel

Il est moins actif au fur et à mesure de la baisse des sécrétions hormonales (due aux phénomènes de ménopause et d'andropause). Ce vieillissement varie beaucoup en fonction des individus mais aussi des facteurs sociaux, psychologiques et culturels.

➤ Le fonctionnement métabolique

L'organisme en vieillissant voit diminuer sa masse hydrique (eau dans le corps) d'environ 20% à 60 ans. Il y a également une réduction de la masse musculaire, on parle de fonte musculaire, au profit d'une augmentation de la masse grasseuse autour des viscères principalement. La diminution de l'activité métabolique de la masse musculaire entraîne un défaut d'utilisation du glucose au cours du vieillissement. Cela est alors à l'origine de l'apparition d'une résistance à l'insuline et d'un risque de diabète.

➤ Le système nerveux

Le nombre de neurones corticaux tend à diminuer tout comme la production de certains neurotransmetteurs intracérébraux. Ceci entraîne une augmentation du temps de réponse ainsi qu'une diminution des performances mnésiques surtout concernant l'acquisition de nouvelles informations.

La sécrétion moins abondante de mélatonine* serait à l'origine des troubles du sommeil et du rythme circadien* en général.

La modification de la sécrétion de l'arginine vasopressine* explique quant à elle la moins bonne performance des récepteurs de la soif et donc entraîne une moins bonne hydratation et donc une vulnérabilité cérébrale accrue dont les syndromes confusionnels.

La perte de sensibilité proprioceptive viendrait de la diminution du nombre de nerfs périphériques. Le système nerveux végétatif vieillissant explique la perte d'adaptation du rythme cardiaque à l'effort.

➤ Le système immunitaire

Les personnes âgées souffrent plus souvent et plus gravement d'infections. Le système immunitaire s'affaiblit et ne permet plus de se défendre aussi efficacement de l'attaque de germes et/ou de virus, lesquels vont envahir l'organisme et endommager les cellules et les tissus.

D'autre part, la réponse à la vaccination reste bonne même si les taux d'anticorps* sont inférieurs à la moyenne.

B. Le plan perceptif

1. La Vue

On peut voir se développer une myopie ; les objets très éloignés sont alors difficilement localisables et paraissent flous tandis que la vision de près est nette ; mais aussi des presbyties (baisse de l'accommodation*) dues au vieillissement du cristallin* de l'œil qui perd son élasticité et ses capacités de focalisation à partir de 45 ans.

Le jaunissement ou la décoloration de la cornée peuvent apparaître : la cataracte donne une vision des couleurs faussée, la lumière atteignant la rétine est réduite et la perception fine des objets est fortement altérée.

Le décollement du corps vitré peut entraîner des sensations de mouches volantes et/ou d'éclairs.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DLMA) peut également être rencontrée, il s'agit d'une baisse de l'acuité visuelle centrale au niveau de la rétine.

2. L'Ouïe

Les troubles sont souvent sélectifs et non totaux. Les fréquences basses (sons graves) et hautes (sons aigus) ne sont plus audibles. Ce sont les fréquences hautes qui sont les plus touchées, elles sont utilisées pour les consonnes.

Les mots peuvent être mal perçus : déformés ou confondus. On parle de presbyacousie, présente chez les plus de 70 ans.

3. Le Toucher

Les potentielles pertes du sens tactile sont principalement dues à des difficultés dans la transmission nerveuse du message mais aussi à un défaut de perception par les capteurs cutanés. On observe une moins grande sensibilité de la peau et donc un seuil de douleur légèrement plus élevé.

4. Le Goût

Les glandes salivaires s'atrophient et par conséquent la bouche s'assèche. Ceci, combiné aux prises de médicaments, peut laisser un goût métallique en bouche. Les personnes choisissent alors souvent des aliments plutôt riches en sucres et/ou gras, ce qui peut provoquer des difficultés gastro-intestinales.

De plus, il y a un amoindrissement du goût associé à la diminution du nombre de papilles gustatives et à la baisse de leur efficacité. On peut aussi observer une satiété sélective (plus faim pour un aliment mais encore pour un autre).

5. L'Odorat

Les odeurs sont moins bien perçues et identifiées et celles qui sont trop vives (comme les épices) peuvent être mal tolérées. Cela participe à la perte d'appétit.

C. Le plan cognitif

On constate fréquemment un déclin de la vitesse du traitement de l'information avec le vieillissement. Par conséquent, il y a une altération du temps de réaction.

D'autres modifications sur le plan cognitif apparaissent, cependant liées à l'environnement psycho-social de la personne. Ainsi, les fonctions intellectuelles baissent, les capacités d'attention et de concentration sont réduites (notamment lors de la réalisation de deux tâches simultanées), l'apprentissage automatique est plus difficile.

La mémoire peut être altérée dans ses trois étapes : encodage, stockage et récupération. Les informations verbales et visuelles sont moins bien retenues, souvent à cause du manque de focalisation de l'attention. Pour la mémoire à long terme, les difficultés sont dues à trop peu de stratégies et d'organisation de la pensée.

D. Le plan psychologique/affectif

La manière dont la personne âgée vit son vieillissement et se perçoit peut grandement influencer son état affectif et psychologique et ainsi sa qualité de vie. On qualifie de « psychoaffectif » tout processus mental faisant l'affect, c'est-à-dire ce qui relève des sentiments et des émotions. « Le vieillissement place la personne en situation de remaniements psychoaffectifs, puisqu'il la confronte à la réalité de la perte d'une manière qui engage pleinement le rapport à soi et au monde. »²⁶

Aussi, il paraît difficile de comprendre et d'appréhender dans toute sa complexité la personne âgée incarnant « les deux innommables de la modernité : le vieillissement et la mort »²⁷.

1. La solitude

Elle peut être notamment due au veuvage, à l'isolement familial et social à cause des décès des anciens proches. La perte de capacités sensorielles de communication (comme la vue ou l'ouïe) et le ralentissement psychomoteur perçu par la personne participe aussi à la diminution de ses relations. C'est un aspect du vieillissement qui provoque beaucoup de tristesse.

« Les caractéristiques de l'isolement peuvent être aussi discrètes qu'une tendance à éviter les réunions sociales ou à être préoccupé par ses pensées et ses souvenirs, ou elles peuvent être aussi évidentes que le repli sur soi-même, avec un manque de contact visuel et une absence de réactions affectives. »²⁸

Isolement et solitude peuvent cependant être différenciés. « L'isolement constitue un fait, une situation. Alors que la solitude est davantage un sentiment. Ainsi, il y a des personnes âgées qui se sentent seules alors qu'elles ne sont pas isolées, tandis qu'il y a des personnes qui vivent isolées mais qui ne souffrent pas de la solitude. »²⁹

²⁶ C. Mareau, 2004, p. 192

²⁷ D. Le Breton, 2001, p. 32

²⁸ P. Gauntlett et B. Mickey Stanley, 2005, p. 353

²⁹ R. Sebag-Lanoe, 2008, p. 49

2. L'angoisse de vieillir

La certitude d'un avenir limité est parfois insupportable. En tout cas, le sentiment de l'irréversibilité du temps et des événements est générateur d'angoisse. Celle-ci est liée à la peur face à la mort.

En effet, la diminution progressive des facultés renvoie à la dépendance totale. Les sujets peuvent alors avoir des réactions qui ont pour but de les protéger comme : la dépendance psycho-affective, l'égoïsme, la régression vers l'oralité au travers d'attitudes d'avarice ou de manque de propreté, la régression vers l'oralité avec un excès de gourmandise et une appétence singulière pour les sucreries.

Les peurs et les angoisses liées à la mort supposent un travail profond sur le vécu de la vieillesse. Selon J. Richard et E. Dirkx : « vieillir, ce n'est pas mourir, car l'homme n'a que deux possibilités : ou vivre et vieillir, ou mourir. Alors que la vie ne peut se définir sans la mort, le vieillissement peut apparaître comme une victoire sur la mort. Mais le problème de la finitude n'exclut nullement une meilleure maîtrise des circonstances qui y conduisent »³⁰.

3. Les pertes psycho-sociales

Il peut y avoir de nombreux processus de deuils. Les proches vieillissent aussi, décèdent en plus grand nombre, mais aussi le deuil de la vie professionnelle, ou encore celui des capacités physiques du corps et de sa beauté.

Pour les personnes en institution, il y a aussi la perte du lieu de vie habituel et souvent la perte d'autonomie. A cela vient s'ajouter la baisse des capacités de faire des projets.

4. La sénilité

Elle peut se développer rapidement à partir du moment où la personne a la sensation d'être inutile. La surprotection des familles et des aides réduit souvent les capacités d'expressions et d'initiatives. Il arrive que les sujets se laissent glisser vers une dépression ou un abandon de l'investissement corporel et psychique (syndrome de glissement).

« Les personnes âgées, victimes de solitude, ayant perdu leur autonomie, institutionnalisées, ne décidant plus que très peu de leur emploi du temps, peuvent éprouver un sentiment de contrôle externe de leur vie et développer un état dépressif de résignation acquise. »³¹

³⁰ J. Richard et E. Dirkx, 1996, p. 12

³¹ M.L. Le Rouzo, 2008, p. 19

II. Abord psychomoteur de la personne âgée et vieillissement des fonctions psychomotrices

Comme nous venons de le voir, en vieillissant le corps est soumis à de nombreuses modifications ou altérations tant sur le plan physique, cognitif, qu'affectif.

En terme de capacités psychomotrices, les principaux troubles psychomoteurs pouvant survenir dans la vie quotidienne de la personne âgée seront ici abordés. Ceux-ci touchent essentiellement le schéma corporel, la motricité globale et l'environnement spatio-temporel de la personne.

A. Tonus et régulation tonique

Si, dans le langage courant, tonus s'entend avant tout comme dynamisme ou énergie, nous nous intéresserons ici à son sens premier à savoir celui issu du grec tonos et du latin tonus, qui signifient tension.

Nous pouvons reprendre la définition proposée en 1874 par A. Vulpian³² : « Le tonus est un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent. »³³

Le tonus peut être défini comme l'état de tension permanent dans lequel les muscles se trouvent au repos. Il permet d'assurer le maintien des positions antigravitaires et de la posture, et ce grâce au jeu des contractions musculaires, la préparation à ces dernières, et il est à la base de la motricité, du langage, de la communication non-verbale et de l'expressivité.

On distingue différents niveaux toniques, à savoir :

- Le tonus de fond, qui est l'état de légère tension, isométrique, des muscles, involontaire et permanente, même au repos.
- Le tonus postural qui représente l'activité tonique minimale permettant la station debout et le maintien des équilibres statiques et dynamiques.
- Le tonus d'action qui se définit par la contraction musculaire et permet l'action et le mouvement.

Chez la personne âgée on observe une mauvaise régulation du tonus musculaire, avec une contraction soit trop forte soit trop faible, non adaptée au geste à réaliser. Cela s'accompagne également d'une diminution de la force musculaire, de la souplesse des articulations et de l'élasticité des muscles.

En vieillissant, il est fréquent de voir le corps devenir plus hypertonique, rigide, avec les épaules souvent en antéflexion, le dos cyphosé (déviations de la colonne vertébrale), une

³² Physiologiste et neurologue français.

³³ P. Scialom et F. Giromini, 2011, p. 145

élévation du regard difficile plutôt dirigé vers le sol, un équilibre fragilisé, un déficit des APA (Ajustements Posturaux Anticipatoires) induisant ainsi une atteinte des postures.

Les douleurs peuvent également être à l'origine d'une élévation du niveau tonique de la personne.

B. Schéma corporel

La notion de schéma corporel est assez complexe, beaucoup de professionnels s'y sont penchés dessus et lui ont d'ailleurs consacré de nombreux écrits, si bien qu'il existe actuellement différentes définitions de ce concept.

La définition donnée par le docteur Jean Le Boulch me parle plus particulièrement : « Le schéma corporel, c'est l'intuition d'ensemble ou de la connaissance immédiate que nous avons de notre corps à l'état statique ou en mouvement, dans le rapport de ses différentes parties entre elles et surtout dans ses rapports avec l'espace et les objets qui nous environnent. »

J. de Ajuriaguerra a lui aussi proposé une définition à travers ses écrits : « Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »³⁴.

La sénescence et l'immobilité peuvent entraîner une privation d'informations sensorielles, proprioceptives et kinesthésiques appauvrissant le schéma corporel. La dégradation de ce dernier peut alors avoir des répercussions dans la vie quotidienne du sujet telles que des difficultés de perception et d'orientation des gestes dans l'espace, des maladresses motrices, des difficultés relationnelles, voire une diminution des soins d'hygiène corporelle ou apportés à l'apparence.

C. Image du corps

L'image du corps correspond à la perception que chacun a de soi et de son corps, elle est fortement liée à la notion d'estime de soi.

Image du corps et schéma corporel sont indissociables l'un de l'autre. L'image corporelle est elle aussi fortement modifiée voire altérée à mesure que les années passent. La perte de capacités, les changements physiques (cheveux, peau, taille...), les variations de l'humeur ou de l'état psychique du moment et même les modifications de l'environnement sont autant d'éléments qui participent à l'évolution de l'image du corps.

³⁴ J. de Ajuriaguerra, 1970.

D. Repères spatio-temporels

La notion d'organisation spatiale englobe elle-même différentes notions, à savoir la perception, l'orientation spatiale et la structuration spatiale. Une altération des sources d'informations et de la mémoire amène alors une perturbation de l'orientation et de la structuration spatiale.

Chez la personne âgée on parle souvent de DTS ou désorientation temporo-spatiale. Les altérations des capacités sensitives, kinesthésiques, labyrinthiques et motrices du sujet entraînent une modification de la perception de l'espace (réalité symbolique). Cela peut amener à mettre en place un clivage entre l'espace réel (corporel) et l'espace imaginaire.

La question de l'environnement spatial et temporel ne peut être séparée de celle du schéma corporel, puisque chaque mouvement du corps peut être orienté et limité dans un espace et un temps donnés, ce qui façonne des repères.

E. Motricité globale

La motricité globale dans son ensemble se voit altérée chez la personne âgée, à la fois dans ses aspects de coordination, de dissociation, d'agilité, de force, de souplesse, d'équilibre ou d'endurance. L'ensemble de la structure neuromusculaire en est alors touchée, le mouvement impliquant à la fois les structures osseuses, articulaires, musculaires et nerveuses.

Les difficultés spécifiques de régulation tonique et d'équilibre rendent plus compliquée la mise en place des praxies ainsi que des coordinations.

D'une manière générale, on retrouve une pauvreté motrice et gestuelle de plus en plus importante avec l'âge. La marche est ralentie et les déplacements perturbés et limités.

Les difficultés d'équilibre peuvent être dues à un déficit des systèmes sensoriels et moteurs (système visuel, sensibilité tactile/vibratoire...), à une surface d'appui au sol trop réduite, à un défaut de flexibilité musculaire (raideurs) ou encore à des déformations articulaires.

Les troubles de la coordination présents chez la personne âgée prennent généralement le terme d'apraxie. Il s'agit d'une altération des gestes automatiques et volontaires gênant alors la réalisation des tâches du quotidien. Cela se traduit souvent par une lenteur ou un freinage des mouvements.

Tout l'intérêt de la psychomotricité va ainsi être de participer au maintien des capacités tant physiques que corporelles de la personne âgée et ce, le plus longtemps possible, dans le but de préserver son autonomie au quotidien. « La psychomotricité est l'éducation du geste au service de la pensée. C'est une action pédagogique et psychologique utilisant le mouvement pour améliorer le mieux-être de la personne. »³⁵

³⁵ J-C. Juhel, 2010, p.1

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation de l'institution

J'ai réalisé mon stage dans un établissement privé de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalent, neurologique et gériatrique, lequel comprend également depuis peu un hôpital de jour (HDJ) attendant. Cette institution accueille des patients adultes qui, à la suite d'affections médicales ou chirurgicales diverses, nécessitent une convalescence active et médicalisée pour poursuivre le traitement mis en place par l'établissement de soins aigus, en vue de regagner le domicile ou un établissement médico-social.

A cet effet, j'ai pu rencontrer des patients aux pathologies variées, lesquelles ont pu être d'ordre neurologiques, rhumatologiques, gériatriques, traumatiques/orthopédiques ou encore oncologiques.

Cependant, dans le cadre de mon mémoire je me suis principalement intéressée aux pathologies neurologiques et, plus particulièrement, aux patients en phase de rééducation après un accident vasculaire cérébral.

A. Fonctions d'un SSR

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des troubles et des limitations de capacités des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Une structure de SSR assure donc les activités suivantes : des soins médicaux, curatifs et palliatifs ; de la rééducation et réadaptation ; des actions de prévention et d'éducation thérapeutique ; la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle.

Les objectifs sont essentiellement axés sur le retour du patient vers son lieu de vie ou de travail. Les services de SSR représentent en quelques sortes un intermédiaire au sein du système de soins en raison de leur position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unités de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social.

Les 3 missions principales d'un établissement de SSR peuvent donc être décrites ci-dessous :

- À travers la rééducation, les SSR aident le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction.
- Si les limitations des capacités du patient s'avèrent irréversibles, les SSR assurent la réadaptation du patient. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et à pouvoir les contourner autant que possible.

- Au-delà des soins médicaux et après stabilisation de l'état de santé du patient, les SSR ont pour objectif final d'assurer sa réinsertion. Pour lui garantir une réelle autonomie, dans sa vie familiale et professionnelle, les établissements vont le rapprocher au maximum des conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. La réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient.

Les SSR assurent une prise en charge globale du patient, autour d'une équipe pluridisciplinaire, afin d'assurer son retour à l'autonomie.

B. Plateau technique et conditions d'admission

L'institution possède une capacité d'accueil de 126 lits qui sont répartis selon la disposition suivante : 79 lits de rééducation gériatrique, 29 lits de rééducation polyvalente et 18 lits de rééducation neurologique.

Dans le cadre des soins, elle dispose d'un plateau technique diversifié, à savoir un plateau technique de rééducation multidisciplinaire associant notamment un espace de balnéothérapie, une salle et des box individuels de kinésithérapie, une salle d'ergothérapie, une salle de psychomotricité, une salle d'orthophonie ou encore un parcours de marche extérieur. L'établissement dispose également d'une pharmacie interne propre à ses besoins.

En ce qui concerne les modalités d'admissions, elles peuvent être réalisées sur demande d'un établissement de santé (hôpital, clinique,...) ou sur prescription médicale du médecin traitant. Pour être pris en compte, un dossier d'admission doit être ensuite rempli puis validé par la commission d'admission, composée par les médecins, pour débiter l'hospitalisation et la prise en charge.

C. Les instances médicales

Différentes instances participent au fonctionnement de l'établissement. La conférence médicale d'établissement (CME) est un organisme de concertation et de suggestions entre les médecins et l'institution. Elle a pour mission de donner des avis sur la politique médicale de l'établissement et de participer à l'élaboration du projet médical de ce dernier.

Pour ce faire, la CME s'est dotée de plusieurs commissions qui sont chargées d'organiser et de coordonner les soins aux patients, à savoir :

- La commission chargée de la lutte contre la douleur (CLUD) dont la mission est de coordonner toutes les actions visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, que ce soit en termes de prévention, d'évaluation ou de traitement.
- La commission chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), une instance de consultation et de suivi qui participe à l'amélioration de la qualité de l'environnement médical par des consignes d'hygiène notamment.

- La commission chargée de la surveillance alimentaire et nutritionnelle (CLAN) qui définit une politique d'amélioration de la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition au sein de l'établissement.
- La commission chargée du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) qui doit résoudre les problèmes posés par la prescription, la délivrance et l'administration des produits.
- La commission chargée de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation continue (CEPP) qui a pour mission d'évaluer en continu les pratiques professionnelles pour les améliorer notamment à travers des programmes de formation.

D. Equipe pluridisciplinaire

Différentes prises en charge et accompagnements peuvent être proposés aux patients au sein de l'établissement :

➤ Prise en charge en kinésithérapie :

L'équipe est composée de 6 kinésithérapeutes intervenant auprès des patients du lundi au vendredi, puis de garde le week-end.

« Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes de massage et de gymnastique médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute exerce sur prescription médicale. »³⁶

➤ Prise en charge en orthophonie :

Deux orthophonistes interviennent, au sein de l'établissement, dans le maintien et l'adaptation des fonctions de communication des patients (langage, parole et autres), des fonctions cognitives et des fonctions oro-faciales. Elles peuvent aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade.

Mais bien que la prise en charge orthophonique soit particulièrement recommandée dans les maladies avec atteinte du langage au premier plan, elle concerne également les troubles spécifiques de la déglutition, notamment auprès d'une population âgée.

➤ Prise en charge en ergothérapie :

Les ergothérapeutes sont au nombre de 3. Selon le Ministère de la Santé, l'ergothérapeute prend en charge le patient dès lors qu'un problème de santé limite ses possibilités d'effectuer ses soins personnels, de se déplacer et de communiquer.

³⁶ Définition donnée par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (fiche métier).

L'objectif est de prévenir et de réduire les situations de handicap en maintenant les activités du quotidien de manière sécurisée, en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement des patients. Pour faciliter ces activités du quotidien, l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre accessible. Il préconise et utilise des appareillages de série, des aides techniques et des assistances technologiques.

➤ Prise en charge psychologique :

Elle participe au soutien du patient en situation de traumatisme, de handicap ou de deuil, et au rétablissement de son interaction dans un environnement social. Le but est de favoriser le bien-être psychique et social des patients.

➤ Assistante sociale :

Elle assure l'accompagnement du patient sur le plan administratif et l'aide à préparer son retour à domicile ou en institution spécialisée.

➤ Prise en charge diététique :

Le diététicien joue un rôle important dans l'apprentissage et le respect de l'hygiène alimentaire. Il peut dispenser des conseils nutritionnels, éduquer et rééduquer au plan nutritionnel des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation. Il participe, entre autres, à l'élaboration de menus adaptés au patient en fonction de sa problématique de santé, de ses attentes, ou d'une prescription médicale³⁷.

➤ Brancardage :

Les brancardiers sont au nombre de deux. Ils vont chercher les patients, ne pouvant se déplacer seuls, en chambre pour les amener en séances de kinésithérapie.

➤ Prise en charge en psychomotricité :

Trois psychomotriciennes sont présentes au sein de l'établissement.

La place spécifique qu'occupe la psychomotricité dans l'institution, ainsi que les modalités de prescription et de prises en charge seront détaillées par la suite.

L'équipe pluridisciplinaire est donc composée de nombreux professionnels de la rééducation intervenant dans des domaines précis. Mais bien que le travail de chacun soit spécifique, les prises en charge demeurent complémentaires et indissociables les unes des autres pour l'évolution des patients.

En effet, des co-thérapies sont alors mises en place, au travers de groupes thérapeutiques notamment, de manière à croiser les regards différents de chaque professionnel et ainsi à enrichir les prises en charge. Au sein de l'établissement de SSR, on en dénombre plusieurs :

- Le groupe « psychomotricité », géré par deux psychomotriciennes ;
- Le groupe « prévention des chutes », également réalisé par les psychomotriciennes ;

³⁷ Fiche métier du Ministère de la Santé.

- Le groupe « chant », animé par une orthophoniste et la diététicienne ;
- L'« atelier créatif », dont s'occupent une ergothérapeute et une psychomotricienne ;
- La balnéothérapie, coordonnée par un kinésithérapeute et/ou une psychomotricienne ;
- Le repas thérapeutique, mis en place par une infirmière, une orthophoniste et une diététicienne ;
- La sortie thérapeutique, organisée par un kinésithérapeute et une psychomotricienne.

E. Place de la psychomotricité au sein de l'établissement

1. Les indications

Les indications de prises en charge en psychomotricité sont posées par les médecins de l'établissement lors de réunions institutionnelles hebdomadaires propres à chaque étage (3 étages au total). Dirigées par le médecin de chaque étage, elles réunissent : un infirmier référent, un aide-soignant, un rééducateur par métier (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien), la cadre de rééducation, la diététicienne, l'assistante sociale et la psychologue.

Ces réunions d'équipe permettent de faire le point sur l'état de chaque patient et sur l'évolution des prises en charge en cours, de manière à ajuster si besoin les traitements, les médiations ou le projet thérapeutique du sujet.

Les médecins peuvent donc, lors de ces réunions, prescrire un bilan et une orientation de prise en charge psychomotrice, après discussion avec l'ensemble de l'équipe. Il convient ensuite au psychomotricien de déterminer, après la réalisation du bilan psychomoteur, si une prise en charge serait pertinente ou non pour le patient concerné.

2. Les évaluations psychomotrices

Dans tous les cas, une évaluation psychomotrice du patient est réalisée. Elle est adaptée à la pathologie et aux compétences psychomotrices de chacun (hémiplégie, troubles du langage, douleurs articulaires...).

Cependant, en raison du peu de tests standardisés et cotés pour les adultes existant actuellement, l'évaluation est alors essentiellement qualitative plus que quantitative, basée sur une observation psychomotrice fine. En effet, de telles cotations fourniraient des résultats en termes de niveau de développement psychomoteur chez l'enfant, ce qui est difficilement exploitable et interprétable chez l'adulte, notamment dans les pathologies neurologiques.

Chaque psychomotricienne a donc créé sa propre grille d'observation à partir des principaux items psychomoteurs à évaluer, à travers l'adaptation de tests standards.

Un entretien préalable avec le patient est réalisé avant chaque bilan psychomoteur. Il permet de faire connaissance avec le sujet, de récolter des informations d'anamnèse, de sa vie personnelle, d'éventuels antécédents médicaux ou autres, mais aussi de mettre toutes ces

données en lien avec ce que le dossier du patient nous renseigne. Des oublis, des omissions volontaires ou de nouvelles informations peuvent alors apparaître dans le discours du sujet. Il permet également de se présenter au patient en tant que professionnel paramédical et de discuter avec lui des raisons de sa venue dans l'établissement et de ses objectifs thérapeutiques. Toutes ces données vont nous renseigner sur la personnalité de l'individu et nous guider dans la réalisation du bilan qui va suivre.

3. Le projet thérapeutique

A la suite de l'évaluation psychomotrice, un compte-rendu de bilan psychomoteur écrit est rédigé et déposé sur une plateforme informatisée spécifique regroupant les dossiers des patients, ce qui permet à chaque professionnel de santé d'avoir accès aux données médicales de ceux-ci.

Cette plateforme sanitaire est nommée Osiris, elle assure ainsi une traçabilité des événements et participe à l'amélioration de la qualité des soins.

Le compte-rendu de l'évaluation contient donc les observations faites par le psychomotricien en termes de compétences et de difficultés rencontrées chez le sujet dans chacun des items psychomoteurs. Il rend également compte de l'attitude et des réactions du patient lors de la passation des tests et permet de définir un profil psychomoteur personnalisé. En fin de compte-rendu le psychomotricien donne son avis sur la nécessité d'une prise en charge en psychomotricité ou non.

Si oui, des objectifs de prise en charge sont alors énoncés sous forme d'axes psychomoteurs à travailler préférentiellement. Pour ce faire, le thérapeute propose un projet thérapeutique, à intégrer au projet médical du patient et en accord avec ce dernier, en indiquant les modalités de la prise en charge (fréquence et durée des séances, objectifs définis, médiations choisies).

4. Le déroulement des prises en charge

L'établissement dispose d'une salle spécifique de psychomotricité dans laquelle peuvent se dérouler les séances.

En ce qui concerne le matériel, les psychomotriciennes ont à leur disposition différents objets et installations, permettant de travailler l'équilibre, la motricité, l'expression corporelle ou encore la sensorialité, tels que des balles/ballons, des cerceaux, des cônes, des modules, du matériel de jonglage et d'équilibre... etc. La salle est également équipée de barres parallèles de marche et d'une table de rééducation pouvant servir pour des séances de relaxation ou à un travail de stimulation sensorielle notamment.

Différentes médiations, qu'elles soient corporelles ou autres, sont utilisées selon les patients et leurs problématiques, telles que : la balnéothérapie, la relaxation, le toucher thérapeutique, la

peinture/le dessin, le mime/l'imitation, le rythme, les parcours moteurs, la stimulation sensorielle... etc.

La grande diversité des pratiques psychomotrices permet au thérapeute de choisir une médiation « qui lui parle », du moment qu'elle est adaptée au patient et acceptée par celui-ci.

Les prises en charge sont, pour la plupart, individuelles mais des groupes sont aussi mis en place au sein de l'institution, lesquels ont précédemment été cités.

II. Cas cliniques

A. Cas de Mr L.

1. Anamnèse :

Mr L. a 67 ans, il est divorcé et a 2 enfants avec lesquels il n'a plus contact au moment du bilan (conflit familial). Cependant, il est important de noter qu'au cours de son hospitalisation il reprendra contact avec son fils, lequel viendra lui rendre visite à plusieurs reprises.

Il vit seul en location dans un appartement sans ascenseur et était parfaitement autonome avant son accident. C'est sa sœur qui représente la personne de confiance afin de faire l'intermédiaire entre le patient et l'institution. D'autre part, en raison de l'aphasie de Mr L., une mandataire a été nommée au cours de son hospitalisation pour l'aider dans l'ensemble des formalités administratives.

On ne note pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux connus, mais le patient est diabétique (diabète de type 2), ce qui nécessite un régime alimentaire particulier et convient d'être pris en compte en raison du risque thromboembolique* que cela représente ou du risque éventuel de chute.

2. Motif d'admission et prises en charge :

Mr L. est admis en établissement de Soins de Suite et de Réadaptation après un infarctus sylvien gauche étendu d'origine athérombotique probable (obstruction des artères par une plaque d'athérome) survenu le 30/04/14. A son arrivée dans l'institution, le patient présente un tableau d'hémiplégie droite avec aphasie.

Les signes inauguraux ont été la survenue brutale d'un déficit du membre supérieur droit puis de l'hémicorps droit et une aphasie ce 30 avril. Un scanner est alors réalisé à l'hôpital, où il est ensuite hospitalisé et pris en charge pendant environ 1 mois, permettant ainsi de diagnostiquer un infarctus dans le territoire de l'artère sylvienne gauche. Il est, par la suite, transféré dans un hôpital parisien pour se rapprocher de son domicile puis accueilli en établissement de SSR, dans lequel j'ai effectué mon stage.

Les prises en charge initialement prescrites par les médecins de l'institution sont donc :

- Prise en charge en ergothérapie : restauration, développement et compensation des apraxies gestuelles par la réalisation de tâches élémentaires.
- Prise en charge en kinésithérapie : rééducation des fonctions neuromusculaires pour affection cérébrale.
- Prise en charge en orthophonie : rééducation du langage oral et de la déglutition.
- Prise en charge en psychomotricité : restauration, développement et compensation des fonctions exécutives et mnésiques.
- Prise en charge diététique : régime alimentaire spécifique en raison du diabète.

Le patient adhère au projet de soins qui lui est proposé.

3. Les bilans et évaluations

L'examen clinique, réalisé par le médecin de MPR lors de son arrivée dans l'établissement, met en avant chez le patient :

- Une aphasie (absence de langage oral) mais Mr L. est capable de comprendre des questions simples
- Une hémiplégie droite complète avec un début de spasticité*
- Une paralysie faciale droite
- Aucune anomalie pulmonaire (RC = 72bpm)
- Une normothymie*
- Aucun trouble orthopédique au niveau des membres inférieurs
- Un abaissement de la tête humérale (épaule) nécessitant la mise en place d'une écharpe de soutien
- Une marche avec fauchage*, et l'absence de verrouillage du genou.
- Mr L. est capable de se verticaliser avec l'aide d'une personne et peut aider pour les transferts.

Le bilan orthophonique initial met en évidence un langage spontané non fluent (peu fluide et débit limité), il n'y a pas de sons articulés sauf de rares énoncés automatiques, en revanche la prosodie* est conservée.

La compréhension orale simple est également préservée, en particulier grâce aux mimiques et au ton de voix utilisés par l'interlocuteur. Une absence de communication non-verbale est par contre remarquée chez le patient. Le code oui/non est peu fiable, Mr L. hoche souvent machinalement la tête.

Les praxies bucco-faciales et les mouvements de la sphère oro-faciale sont efficaces.

Le bilan en ergothérapie évoque une absence de réponses musculaires au niveau du membre supérieur droit. Suite à un diastasis* de l'épaule côté hémiplégique, une écharpe a été mise en place par la thérapeute.

L'évaluation des capacités cognitives du patient met en avant :

- une bonne capacité d'orientation temporo-spatiale,
- une apraxie gestuelle importante : absence de conception du geste, mais Mr L. est capable de l'exécuter par imitation,
- une hétérogénéité des compétences dans les praxies visuo-constructives : il y a une bonne représentation des objets dans l'espace mais la représentation mentale reste cependant difficile,
- des troubles du jugement et du raisonnement.

Des persévérations et des précipitations dans les réponses sont également notées.

Le bilan psychomoteur peut être classé selon les différents items évalués :

- Schéma corporel :

La somatognosie* n'est plus adaptée, elle a été testée seulement en démonstration en raison de l'aphasie de Mr L. On remarque de nombreuses inversions de membres dans les réponses données, tandis que d'autres sont confondus. Le patient ne perçoit pas non plus la différence entre la face et le dos.

L'épreuve d'imitation de gestes de Bergès-Lézine n'est proposée que pour le bras gauche (hémiplegie droite). Les notions d'angle droit, de diagonale, de verticalité, d'horizontalité et de profondeur sont présentes. Les gestes des bras sont correctement perçus et reproduits mais ceux des doigts sont peu précis et confondus. Un rétrocontrôle visuel est présent, ce qui permet à Mr L. de s'auto-rectifier et d'ajuster ses mouvements.

Le dessin du bonhomme donne une impression de vide, les contours sont présents mais peu nets et se chevauchent parfois, on ne retrouve aucun détail au niveau des mains, des jambes ni du visage (pas même de cheveux) et le cou est absent.

- Motricité :

Le patient est capable de se verticaliser seul face aux barres parallèles en se tractant avec le bras gauche.

L'équilibre statique sans appui est bon. En dynamique, l'équilibre n'est pas possible sans support. Une canne tripode a été mise en place pour lui permettre de se déplacer seul. On observe une marche avec fauchage, souvent caractéristique des personnes hémiplegiques.

La coordination oculo-manuelle est présente et correcte.

D'un point de vue postural, le patient néglige souvent son côté droit lorsqu'il s'installe sur une chaise. Le buste est orienté vers l'hémicorps gauche avec une légère torsion, le bras et la jambe droite ne sont pas repositionnés dans l'axe, ni même regardés. L'axe corporel semble peu présent et investi dans l'ajustement postural et moteur.

Des difficultés de motricité fine apparaissent au niveau de la main gauche, laquelle n'est pas la main usuelle initiale du patient.

- Espace/temps :

Une hémignégligence de l'espace droit, tant motrice que visuo-spatiale, est observée. Mais d'un point de vue global, l'investissement spatial corporel reste correct. Cependant, le patient manque de vigilance et doit tenir compte des avertissements qu'on lui donne, lorsqu'il y a des obstacles par exemple dans son environnement proche.

L'orientation spatiale n'est pas possible sur son corps propre en raison du défaut d'intégration de son schéma corporel notamment.

Les repères temporels sont difficiles à évaluer en raison des troubles du langage ainsi que des difficultés graphiques. Quelques déficits mnésiques sont notés mais les notions temporelles semblent bien présentes.

- Latéralité :

Mr L. était droitier avant l'accident, côté qui a justement été touché par l'AVC. Par conséquent, sa latéralité usuelle est donc maintenant à gauche pour les actes de la vie quotidienne.

L'absence de réversibilité est observée, et la droite/gauche ne sont pas non plus connues et distinguées.

Lors de l'épreuve de Piaget-Head, l'imitation est possible en miroir. Le croisement de l'axe se fait correctement mais on note une inversion droite/gauche sur commande orale.

Tout au long de la passation du bilan il s'agit de donner des énoncés courts et clairs de façon à ce qu'ils soient compréhensibles par Mr L.

4. Projet thérapeutique et objectifs de la prise en charge en psychomotricité

Au vu des observations et données du bilan, le projet thérapeutique en psychomotricité s'oriente autour de différents axes :

- La compensation et la rééducation des fonctions motrices de l'hémicorps touché (membre supérieur et membre inférieur droit),
- La réintégration de l'hémi-espace droit au quotidien,
- La restauration et la rééducation des somatognosies et du schéma corporel dans son ensemble,
- La conscience corporelle pour un meilleur contrôle du corps en mouvement,
- Les stimulations sensori-motrices diverses et variées permettant de découvrir de nouvelles sensations et situations,
- Le développement et le renforcement de la communication non-verbale,

- Le réinvestissement à la fois corporel et psychique pour un mieux-être et une autonomie au quotidien,
- La revalorisation narcissique et l'acceptation de la nouvelle image du corps.

Mr L. sera vu en psychomotricité à raison de trois séances par semaine de 30 minutes.

5. Evolution de la prise en charge psychomotrice

En ce qui concerne l'accompagnement de Mr L. en psychomotricité, il est à noter qu'il a été interrompu une première fois en raison du départ de la psychomotricienne s'occupant de lui en thérapie. Une nouvelle psychomotricienne a donc pris la suite de sa prise en charge, au cours de laquelle je suis arrivée en stage et j'ai pu, à mon tour, reprendre son suivi.

Le contexte est donc particulier lors de mon arrivée puisque le patient était pris en charge depuis plusieurs mois déjà au sein de l'établissement de SSR. Le bilan avait été fait par la première psychomotricienne, je ne l'ai donc pas réalisé mais j'ai tout de même pu observer le patient et mettre en lien mes observations avec celles ayant été faites par la psychomotricienne, de manière à évaluer ses progrès.

A l'arrivée du patient dans l'établissement, l'accent a d'abord été mis sur la prise en charge rééducative de l'hémicorps déficitaire et des fonctions motrices, à la fois en kinésithérapie, en ergothérapie et en psychomotricité. Puis les objectifs thérapeutiques ont été amenés à changer selon l'évolution du patient jour après jour.

En psychomotricité, une grande partie de la prise en charge s'est centrée autour de la restauration et de l'intégration du schéma corporel ainsi que de la conscience corporelle. Mr L. semblait perdu dans ce nouveau corps qu'il ne connaissait plus, ce qui participait à altérer davantage l'investissement et la maîtrise de celui-ci dans l'espace et dans la relation.

Pour cela, je suis partie de l'idée des différentes étapes du développement du schéma corporel, tel qu'il se met en place chez l'enfant, à savoir d'une part le corps vécu, puis le corps perçu et connu pour aller vers le corps exprimé et représenté.

Dans un premier temps, il s'agissait donc de donner un « vécu corporel » au patient en lui permettant de vivre différentes expériences sensori-motrices au travers notamment d'exercices d'éveil et d'échauffement corporels variés qui ont pu lui être proposés.

Mr L. a donc pu expérimenter des mouvements et situations motrices, guidé par les consignes orales et la démonstration qu'il a pu suivre par l'imitation en miroir. Chaque mouvement a pu être accompagné de verbalisations et par la nomination des différents segments corporels afin de les lui rendre plus présents. Les mêmes exercices ont été réalisés pendant plusieurs séances afin de permettre au patient de se familiariser avec ceux-ci et d'automatiser les mouvements vécus. D'autre part, il a été important de veiller à ce que les deux hémicorps entrent en action et que le côté droit déficitaire ne soit pas négligé. J'ai donc pu l'aider à initier quelques mouvements, même si ceux-ci restaient faibles, du côté droit pour qu'il puisse l'intégrer au

reste de son corps. De plus, l'hémi-corps gauche, notamment le bras, a été particulièrement mobilisé par des mouvements actifs afin d'utiliser les syncinésies à diffusion tonique pour créer de micro-contractions et des mouvements du côté déficitaire.

Par la suite, une fois les exercices d'échauffement corporels suffisamment intégrés, l'objectif était d'aller vers une perception et une conscience plus fine du corps en action, ou au repos. Cela signifie de faire en sorte que le patient soit capable d'attention perceptive centrée sur son propre corps, de manière à pouvoir s'ajuster spontanément et à moduler ses gestes et mouvements selon les situations données. Dans cette étape, j'ai alors plus insisté sur la prise de conscience sensorielle de Mr L. : type de mouvements, localisation des segments corporels dans l'espace et entre eux, reconnaissance de différents types de sensations ou contractions musculaires... Des exercices de postures à reproduire lui ont alors été proposés, yeux ouverts dans un premier temps, puis yeux fermés pour une plus grande concentration et attention aux sensations. L'épreuve du sens musculaire de Mme Soubiran a notamment pu être adaptée et modulée pour travailler ces perceptions. Les sensations visuelles, internes et proprioceptives ont donc été favorisées pour aider le patient à mieux percevoir son corps, et à l'orienter dans l'espace.

La dernière étape a davantage consisté à intégrer le corps, ses mouvements et sensations, à une action et un but précis, dans un objectif d'adaptation à l'environnement et d'autonomisation au quotidien. Différents exercices les yeux fermés ont pu être mis en place pour permettre au patient cet accès à une image et une représentation mentale. La représentation graphique des différentes parties du corps et de leur localisation entre-elles a également été proposé. Cela a permis au patient de faire le lien entre les sensations corporelles vécues et perçues, et la représentation réelle de son corps. Un travail autour du mime a également été réalisé, de manière à intégrer les mouvements et tout le travail préalable dans un contexte précis d'activités et situations du quotidien.

A travers toutes ces propositions, il s'agissait non seulement de permettre à Mr L. d'acquérir une meilleure connaissance de lui-même en tant qu'être corporel, mais aussi de développer :

- la perception de ses limites dans l'espace et des différentes parties de son corps (d'un point de vue morphologique et anatomique) en y intégrant l'hémi-corps droit,
- la prise de conscience de ses possibilités motrices actuelles compte tenu des séquelles de l'accident,
- ses possibilités d'expression à travers le corps (attitudes, mimiques, gestuelle),
- les possibilités de représentation de son corps au point de vue mental et/ou graphique.

L'autre grande partie de la prise en charge a consisté au développement et au renforcement de la communication non-verbale.

Pour cela, un cahier de communication a été créé pour Mr L. en collaboration avec les autres professionnels de l'établissement. Il a alors été complété et ajusté en permanence selon

l'évolution des prises en charge et les compétences acquises par le patient. Bien que cela ne puisse remplacer le langage oral, il lui permet tout de même d'exprimer un plus large panel de sensations, émotions, questions ou autres et d'entrer alors en relation avec les autres.

La communication non-verbale n'a pas représenté un exercice spécifique en soi mais a été mise en jeu dans les diverses propositions faites lors des séances.

Il a donc fallu préalablement faire connaissance avec le patient en début de prise en charge et créer une relation thérapeutique de confiance dans lequel il se sente libre de s'exprimer corporellement.

A travers le regard et les expressions faciales, un travail a notamment été fait autour de la reconnaissance des émotions à partir d'images de différents visages. Une fois reconnues, ces émotions ont alors pu être expérimentées et Mr L. a pu s'en saisir pour diversifier son registre émotionnel et ses mimiques faciales.

D'autre part, certains mots ou actions ont pu être associés à des gestes et mouvements précis, par imitation et répétition d'abord pour ensuite mieux les intégrer. La distinction oui/non notamment a été travaillée, de même que la distinction gestuelle toi/moi par exemple. Tout ceci a alors participé à favoriser les échanges et à rendre le patient plus acteur de sa prise en charge et non seulement observateur attentif. A travers ses mimiques, il a alors notamment pu être capable de montrer son désaccord lors de certains exercices, son plaisir, ou encore sa surprise. La relation thérapeutique n'en a alors été qu'enrichie, ce qui m'a permis de lui proposer des situations et exercices nouveaux, inconnus, le poussant ainsi un peu dans ses capacités d'adaptation.

Le mime a non seulement été une médiation intéressante dans l'acquisition et l'intégration du schéma corporel mais également dans l'expressivité corporelle et la communication infra-verbale. Au-delà de la réalisation des gestes par imitation, Mr L. a pu trouver sa propre gestuelle, qui soit à la fois compréhensible par les autres mais qui lui appartienne et marque sa personnalité.

Au cours de la prise en charge, lors d'un exercice de reconnaissance des modifications entre différentes postures proposées, le patient, sans consigne préalable, est spontanément venu montrer les segments corporels ayant changé de positions et les a alors replacés, ce qu'il n'aurait pas été capable de faire au début. Tous ces petits détails sont extrêmement importants et marquent des évolutions chez le patient.

Enfin, plus tard dans la prise en charge, j'ai proposé à Mr L. d'intégrer des sons vocaux dans certains exercices où il s'agissait notamment de réaliser des mouvements selon un certain rythme ou une durée précise. De mon côté je comptais à voix haute, quant à lui il s'agissait de vocaliser ou marmonner pour signaler les différents temps et comptes. Cela a également renforcé l'aspect communicationnel et a élargi les possibilités de travail avec ce patient.

Enfin, un autre axe majeur de la prise en charge psychomotrice a été le développement de l'initiative motrice chez Mr L. En effet, dans les premiers temps, ce dernier était un peu apathique et en retrait. Il se prêtait sans aucun problème à chacun des exercices qu'on lui proposait mais semblait plutôt impassible et observateur de lui-même.

L'objectif était donc, après tout un travail de prise de conscience corporelle et d'investissement moteur, de lui permettre d'être acteur de sa prise en charge, d'y trouver un intérêt personnel et tout simplement de s'affirmer en tant qu'individu libre d'expression et de pensées. Cependant, son manque de créativité et d'initiative ne lui permettait pas de prendre cette position et il suivait alors simplement ses consignes.

Il a donc fallu au début le guider suffisamment pour qu'il se sente en confiance et puisse expérimenter simplement. Puis petit à petit, et selon l'évolution de la relation thérapeutique, j'ai alors pu lui laisser de plus en plus de place dans les séances. Cela est donc notamment passé par le fait d'inverser les rôles lors d'exercices divers, de façon à ce que chacun prenne une position différente. Lors de certaines séances, différents choix d'exercices, d'objets, de consignes ont également pu lui être proposées, de manière à lui laisser le choix et à le laisser décider en écoutant ses envies du moment. Des jeux ont aussi pu être créés en collaboration active entre lui et moi, en réfléchissant à deux aux modalités et consignes du jeu en question. Enfin, lors de différents exercices j'ai également pu lui demander de me proposer à son tour divers mouvements, gestes, sons, rythmes etc... lui demandant alors de mettre en avant sa créativité et la prise d'initiative.

Tout cela vise à ce que Mr L. développe une certaine capacité de création et d'expression, à ce qu'il puisse prendre plus d'initiative en séance mais aussi et surtout au quotidien. Mais, avant cela, l'objectif est de faire en sorte que ce patient redevienne acteur, de sa prise en charge, et de sa vie de façon plus globale, qu'il s'affirme individuellement et retrouve une nouvelle image de lui. Pour cela, il est particulièrement important de le valoriser et le motiver tout au long de la prise en charge, dans un but de renarcissisation et d'acceptation de sa « nouvelle identité ».

6. Conclusion

J'ai pu noter une évolution constante et progressive dans les compétences de Mr L. Il n'y a pas eu de phase de stagnation de certains acquis ni de régression.

Les principaux progrès observés ont eu lieu dans le domaine relationnel et interactionnel. En effet, il a maintenant un bon niveau de compréhension verbale et est capable de se faire comprendre à travers des mimiques ou des gestes. La communication non-verbale s'est donc nettement développée, bien qu'il reste encore des progrès à faire dans ce domaine pour une meilleure adaptation à l'environnement. D'autre part, le cahier de communication mis à sa disposition reste peu utilisé, il serait donc intéressant qu'il puisse plus spontanément s'en

servir pour compenser ses difficultés et élargir son champ de vocabulaire pour échanger avec les autres.

Des progrès ont également été observés dans la connaissance et l'intégration de son schéma corporel. Mr L. est capable de distinguer les différentes parties de son corps et de se les représenter mentalement. Il a développé une bonne sensibilité superficielle et profonde (proprioception) et peut discriminer différents objets, formes, textures rien qu'au toucher. Tout ceci lui a permis de mieux investir son corps et sa motricité dans l'espace. Cela se ressent notamment dans sa posture et sa manière de se tenir dans les séances. Il se tient plus droit, fait des gestes plus amples, prend en considération son côté hémiplégique... Il y a cependant encore une marge de progression dans ce domaine afin de lui permettre d'investir au mieux l'espace et de ne pas se sentir prisonnier de son corps.

Quant à l'initiative motrice, elle reste encore fragile. Mr L. a besoin d'être guidé et accompagné dans les activités. Il prend peu d'initiatives spontanément lors des séances, sauf lorsqu'on lui demande spécifiquement. En revanche, il est toujours curieux et avide de nouveaux exercices qu'il ne refuse jamais. Cela reste donc un axe de travail à poursuivre afin de l'aider au quotidien et de l'amener à être capable de se gérer seul.

Il est envisagé par la suite pour Mr L. de lui proposer d'intégrer un EHPAD près de chez lui dans lequel il pourra avoir son propre logement et son autonomie tout en maintenant un suivi et des prises en charge rééducatives.

B. Cas de Mr V.

1. Anamnèse

Mr V. a 57 ans, nous avons peu d'éléments concernant sa personnelle, si ce n'est qu'il a un frère et qu'il n'a pas d'enfant. Sa mère est décédée il y a 2 ans, ainsi que sa femme il y a quelques mois, des traumatismes encore récents qu'il ressasse souvent. Depuis, il vit seul en appartement.

Des antécédents de tabagisme et d'alcoolisme en cours de sevrage sont notés dans son dossier.

2. Motif d'admission

Mr V. a été admis dans l'établissement de SSR dans le cadre d'une rééducation après un AVC sylvien gauche.

C'est sa voisine qui, ayant constaté une élocution perturbée chez Mr V., aurait alerté les pompiers. Il a donc été initialement hospitalisé pour des troubles de la parole et de la compréhension. Lors de cette hospitalisation, les examens d'imagerie ont mis en évidence un AVC sylvien supérieur gauche avec hémiparésie brachio-faciale (touchant la face externe) et aphasie de Wernicke. Il a ensuite été transféré du service de neurologie de l'hôpital pour une rééducation dans l'institution où j'effectue mon stage.

Les examens complémentaires montrent que la carotide est occluse à gauche, l'examen cardio-vasculaire est sans particularités, le patient marche sans aide technique, il n'y a pas non plus de troubles de la déglutition observés. Quant aux douleurs, Mr V. n'en signale pas de spécifiques.

En revanche, lors de son entrée en SSR, le patient a informé le personnel soignant de la découverte d'une lésion cancéreuse à sa gorge, mais il refuse cependant tout traitement.

3. Les prises en charge

Après son admission en SSR, des bilans sont rapidement réalisés par chaque professionnel de manière à définir des objectifs et un projet thérapeutique individualisé au patient.

Suite à son hospitalisation, il a pu y avoir récupération d'une grande partie du déficit moteur mais l'aphasie de Mr V. persiste cependant. Des risques de fugue et de dépression sont également notés dans son dossier, informations à ne pas négliger dans la mise en place du projet et du suivi du patient. On observe souvent des troubles du comportement de type agitation et énervement, ainsi que des troubles de l'humeur.

L'objectif principal est de veiller à la récupération de son autonomie en vue d'un retour à domicile.

Pour cela, différentes prises en charge sont mises en place : orthophonique dans un premier temps dans le cadre de son aphasie, laquelle gêne sa communication. Puis les prises en charge en psychomotricité et en ergothérapie débutent. En revanche, Mr V. exprime un refus total à être pris en charge en kinésithérapie, refus qu'il maintiendra tout au long de son hospitalisation dans l'établissement.

4. L'évaluation psychomotrice et les axes thérapeutiques

L'évaluation psychomotrice met en avant des troubles caractéristiques d'une atteinte neurologique. En effet, on retrouve chez Mr V. des troubles du langage marqués par une fluence verbale logorrhéique avec des paraphasies, des persévérations ou encore des néologismes. Des troubles de la compréhension du langage sont aussi notés, le patient ne répond pas toujours aux ordres simples, ainsi qu'une anosognosie importante. La conversation en est alors difficile, d'où la nécessité de passer par des questions écrites.

Le bilan psychomoteur sera donc adapté au patient de façon à ne pas le mettre en échec dans toutes les épreuves mais à lui permettre de montrer toutes les compétences préservées sur lesquelles s'appuyer pour la prise en charge.

Mr V. adopte une posture particulière lors de l'entretien, il présente son côté gauche face au thérapeute, délaissant le côté droit en arrière. On peut émettre l'hypothèse d'une héminégligence visuelle ou spatiale droite, compte tenu de l'atteinte neurologique.

En ce qui concerne les fonctions cognitives, on note : une bonne orientation temporo-spatiale, des troubles de l'attention ainsi que des troubles de la mémoire immédiate et de travail, un raisonnement altéré, des troubles de la compréhension et une altération de l'expression orale.

Les objectifs de la prise en charge psychomotrice visent donc :

- la restauration, le développement et la compensation des fonctions exécutives par la réalisation de tâches élémentaires combinées et coordonnées,
- la restauration, le développement et la compensation des fonctions mnésiques,
- la stimulation cognitivo-motrice,
- la communication non-verbale,
- la revalorisation narcissique.

Il a également été proposé à Mr V. de participer aux sorties thérapeutiques hebdomadaires en vue d'une réadaptation physique et psychosociale par le biais d'activités en environnement diversifié.

5. Evolution des prises en charge et histoire des troubles du patient

Au cours de l'évolution des prises en charge, Mr V. deviendra peu à peu plus cohérent dans son langage malgré une dysarthrie persistante et un discours très fluent mais peu informatif. Il utilise spontanément des gestes et des mimiques pour se faire comprendre et pallier à ces manques du mot. D'un point de vue moteur, une récupération de la force musculaire du membre inférieur droit est observée.

Soudainement, le 24/12 le patient fait un second AVC, il est retrouvé au sol dans sa chambre avec une paralysie faciale, une hémiplégie et une aphasie secondaire droite. Mr V. est donc ré-hospitalisé et toutes les prises en charge rééducatives sont interrompues brutalement. Il est ensuite réadmis le 22/01 dans le même établissement de SSR pour une récurrence d'AVC sylvien avec occlusion de la carotide interne gauche, laquelle a été thrombolysée.

Lors de son retour, l'examen clinique montre des parésies globales dans le membre supérieur droit, seuls les mouvements lents peuvent être réalisés. Le membre inférieur droit, quant à lui, ne présente pas de déficit moteur et est fonctionnel. L'aphasie est majorée avec une augmentation du manque du mot, des inversions de mots ou de syllabes et des troubles phonologiques dans l'expression de certains mots. Le pied droit traîne légèrement lors de la marche, et on observe un manque d'équilibre au ½ tour, mais le patient se déplace sans aide technique et garde une autonomie de déplacement.

Les prises en charge, précédemment interrompues, vont alors progressivement se remettre en place pour la plupart, à l'exception de la prise en charge en kinésithérapie qu'il refuse toujours. Pour cela, une réévaluation des capacités est faite par chaque professionnel afin de réajuster le projet thérapeutique du patient et de déterminer de nouveaux objectifs concordant avec l'état actuel et les séquelles du patient.

En psychomotricité, il sera difficile de réévaluer Mr V. dès son retour compte tenu du traumatisme psychique encore récent de ce second accident. La reprise de la prise en charge se fera donc en douceur, en suivant le rythme, l'humeur et l'état global du patient, de façon à ne pas le brusquer davantage.

Les premiers temps, il s'agira d'offrir une écoute et une attention bienveillante à Mr V. qui présente un moral fortement altéré, une humeur triste et dépressive, allant même jusqu'à des propos suicidaires. L'acceptation de son nouvel état et de ce second AVC est très difficile, il dit ne plus avoir la force de se battre et ne veut plus s'investir dans les prises en charge. Il rester effacé et en retrait dans la relation, le regard dans le vide, fuyant celui de l'interlocuteur.

6. Nouveau projet thérapeutique et suivi

Suite au second AVC de Mr V., le projet thérapeutique, préalablement déterminé, a dû être ajusté et adapté.

Dans un premier temps, la plupart des prises en charge se sont accés sur la rééducation motrice des troubles de la coordination chez le patient. En effet, ce dernier exprime des plaintes au niveau du membre supérieur droit, en particulier de sa main droite qui, depuis le 2^{ème} AVC, est moins fonctionnelle et le gêne dans la réalisation des activités du quotidien : la prise du stylo ou d'un couvert par exemple est difficile pour lui, le geste graphique est préservé et les productions relativement lisibles mais peu précises.

Il n'y a pas de paresthésies sur le membre inférieur, mais une légère diminution de la sensibilité au niveau du membre supérieur, surtout de la main.

L'équilibre statique est bon, on note cependant quelques troubles en dynamique avec des réactions d'équilibration limitées, ainsi qu'une absence de déroulement du pied droit. Enfin, bien qu'elle se soit améliorée rapidement, la coordination reste à affiner.

Le nouveau projet en thérapie psychomotrice s'oriente donc autour des axes suivants :

- la rééducation motrice fonctionnelle du membre supérieur droit (préhension, coordination, dextérité manuelle, déliement digital...),
- la restauration et l'amélioration des troubles de la sensibilité superficielle et/ou profonde,
- la régulation des troubles toniques (membre supérieur droit hypertonique),
- la communication verbale et non-verbale,
- l'accompagnement du patient, à la fois psychique et moteur, dans l'acceptation de sa nouvelle image du corps,
- l'autonomisation et le retour à domicile.

Un travail préalable a ainsi été mis en place autour de la rééducation motrice du membre supérieur, s'agissant de la plainte principale du patient. En psychomotricité, des exercices de

stimulation sensori-motrice ont pu lui être proposés à travers des mobilisations, des séquences motrices manuelles à reproduire ou de l'éveil sensoriel (balle à picots par exemple).

La complémentarité des différentes prises en charge a ainsi permis d'observer une rapide amélioration de la motricité manuelle de Mr V., sa main devenant de plus en plus fonctionnelle. La suite de la prise en charge psychomotrice s'est donc plus axée sur la motricité fine des doigts, le déliement digital et la préhension. Pour cela, ont été choisis des exercices manuels de graphisme, ou des jeux nécessitant la manipulation d'objets fins et de petite taille notamment.

D'autre part, au-delà de l'aspect purement moteur et fonctionnel, la sensibilité a également été redéveloppée à travers des exercices mettant en jeu la proprioception, la sensibilité superficielle et la stimulation tactile. On peut notamment citer des exercices réalisés les yeux fermés, afin de centrer l'attention sur les sensations, où il s'agit de retrouver la forme/la texture de certains objets, de les identifier puis de les associer à leur représentation graphique. Ce genre d'exercice est complet car il combine la notion de conscience corporelle et de sensibilité tactile à la notion de représentation imagée et de mentalisation de l'objet.

La régulation tonique a pu être travaillée, soit par le biais de mouvements de la main, en alternant contractions et relâchement par exemple, soit au décours d'activités diverses nécessitant une gestion fine de manipulation ou de tonus du membre supérieur.

Mr V. a clairement exprimé sa volonté de retrouver une fluidité dans les mouvements de sa main afin d'améliorer sa préhension pour toutes les tâches du quotidien, ainsi que sa volonté à pouvoir réécrire. Des exercices graphiques ont alors été choisis dans la suite de la prise en charge afin de s'adapter à la demande spécifique du patient. Ses objectifs clairs, évoqués par Mr V., le placent alors en tant qu'acteur de sa prise en charge et de sa rééducation. Il n'est plus impassible aux propositions qui lui sont faites et est capable de déterminer ses propres objectifs tout en tenant compte de la réalité de son état clinique.

La stimulation cognitivo-motrice et les jeux de réflexion sont également privilégiés, car appréciés par le patient qui se sent moins diminué mais apte et compétent dans ce qui lui est proposé.

Les jeux linguistiques et les jeux de société basés sur l'utilisation des lettres et des mots sont aussi souvent utilisés lors des séances (Scrabble, Pendu...). Mr V. étant très cultivé et curieux, il s'agit d'activités qui le mettent à l'aise et lui permettent de montrer toute l'étendue de ses compétences. Cela permet d'associer la stimulation cognitive, la mémoire, le graphisme, les fonctions exécutives. L'aphasie de Mr V. gêne parfois la réalisation de certains jeux en raison de manque du mot ou des paraphrasies. Le recours à l'écrit est alors choisi, ce qui permet également d'affiner la prise du stylo, le déliement digital et la régulation tonique.

Peu à peu, grâce à des activités qu'il affectionne et qui le mettent en valeur, Mr V. reprend confiance et s'investit considérablement dans sa thérapie. Il devient alors possible de le laisser plus libre et de lui laisser plus d'initiatives lors des séances, tout en le guidant lorsque cela est nécessaire.

On note d'ailleurs une participation de plus en plus active lors des séances avec des progrès certains et réguliers. De plus, on observe une amélioration de l'humeur de Mr V., des notes d'humour réapparaissent, trait de caractère spécifique du patient. Il est plus communicant, et il y a retour de la fluence verbale.

Cependant, la réassurance reste constamment nécessaire. L'humeur et l'état du patient fluctuent selon les jours, et il s'agit d'adapter chaque séance en fonction de cela. L'écoute bienveillante est primordiale, Mr V. a besoin d'être entendu et ressent souvent le besoin d'exprimer ses sentiments, ses émotions et ses pensées du moment lors des séances de psychomotricité. En tant que thérapeute, notre rôle est aussi de lui offrir un espace de verbalisation dans lequel il se sente libre de s'exprimer. Une grande partie de la prise en charge psychomotrice de Mr V. consiste donc à l'accompagner progressivement et à le soutenir tout au long de la phase de rééducation et de ses différents vécus psychocorporels.

Son second AVC a été vécu comme un acharnement pour lui, et bien que la rééducation purement motrice soit essentielle, l'accompagnement moral et psychique vers l'acceptation de son état me semble encore plus fondamental. Bien entendu, il va de soi que cette acceptation passe par la prise de conscience de son évolution et de ses progrès sur le plan moteur lors des séances. Le but est de l'amener vers un réinvestissement à la fois corporel et psychique de façon à ce qu'il réinvestisse sa propre prise en charge, mais aussi qu'il retrouve une estime de soi à sa juste valeur.

Enfin, au-delà de l'établissement de SSR, le projet thérapeutique vise à ce que Mr V. puisse rentrer à domicile, à ce qu'il soit autonome au quotidien, capable de se prendre en main et de se projeter dans l'avenir avec de nouveaux projets de vie.

7. Conclusion

La prise en charge de Mr V. a donc été particulière au sens où elle a été marquée et perturbée par un événement traumatisant, à savoir une récurrence d'AVC. Il n'y a alors pas eu une phase unique d'évolution mais plutôt deux phases distinctes, chacune caractérisée par des fluctuations.

En effet, bien que, d'un point de vue global, des progrès ont été notés dans la plupart des objectifs du projet thérapeutique initial, certaines séances pouvaient être de moins bonne qualité selon l'état du patient.

La communication verbale, améliorée à la suite du premier AVC, a malheureusement été majorée après le second, ce qui ne permet pas de voir d'évolution suffisante à ce jour.

Cependant, la compréhension verbale est de meilleure qualité, et le discours plus cohérent. L'aphasie de Mr V. reste donc un point clé de sa prise en charge.

La rééducation motrice a permis d'observer de nets progrès dans la motricité et la sensibilité de la main droite du patient. La dextérité manuelle, le déliement digital ou la préhension sont donc à affiner en psychomotricité afin que le membre supérieur soit fonctionnel pour toutes les tâches de la vie quotidienne et que cela permette au patient de maintenir son autonomie.

Les plus grosses fluctuations concernent l'humeur et le moral du patient d'un jour à l'autre. En effet, le second accident étant récent, il représente encore un bouleversement pour Mr V. Il y a une grande labilité de son humeur, une tristesse voire un défaitisme qu'il verbalise très concrètement. Il s'agira de continuer par la suite à lui offrir une écoute, à le rassurer et l'accompagner dans ces moments difficiles. Pour cela, je pense qu'il est important qu'il soit entouré, soutenu et motivé pour ne pas le laisser s'isoler. Maintenir des activités de stimulation cognitive et motrice peut notamment lui permettre de rester dans une mouvance et un dynamisme « court-circuitant » et chassant ses idées noires. De nature cultivé et curieux, il est particulièrement doué dans ce type d'activités qui lui permet de prendre conscience de ses capacités et compétences cognitives.

Enfin le relationnel et la socialisation restent des axes clés à travailler pour ce patient. En effet, en raison de ses troubles du langage (aphasie), il peut être difficile pour Mr V. d'aller au contact des personnes, de peur de ne pas être compris ou écouté. Il a alors tendance à se refermer sur lui-même ce qui l'amène à devenir plus irritable ou agressif dans la relation. C'est pour cela qu'il peut être intéressant de maintenir les sorties thérapeutiques, encore difficiles pour lui, lesquelles constituent ainsi des mises en situations réelles. Cela permet également de le confronter à des situations nouvelles auxquelles il devra s'ajuster pour une meilleure réadaptation dans la vie quotidienne par la suite.

Le projet de rééducation pour Mr V. est de lui permettre de quitter l'établissement de SSR pour continuer ses prises en charge au sein d'un Hôpital de Jour, de manière à retrouver une autonomie de vie au quotidien.

DISCUSSION

Après avoir défini et détaillé les mécanismes à l'origine d'un AVC, nous avons alors pu comprendre l'important retentissement psychocorporel qu'il induit chez le sujet.

A mon arrivée en stage en début d'année je n'avais aucune expérience de travail psychomoteur au sein d'un établissement de SSR auprès de patients adultes et/ou de personnes âgées ayant eu un AVC. Je ne savais pas vraiment à quoi m'attendre et je me suis alors laissée la possibilité de découvrir la population et le fonctionnement institutionnel sans a priori extérieur.

Cette expérience de travail, auprès d'une telle population, a été très enrichissante et extrêmement prenante. Cependant, il ne m'a pas toujours été facile au début de trouver ma place en tant que stagiaire, à mi-chemin entre observatrice et actrice lors des séances. C'est donc ensuite à partir de ma pratique clinique au contact des patients post-AVC que j'ai pu davantage nourrir ma réflexion.

En effet, j'ai très vite été touchée par le traumatisme que pouvait représenter la survenue d'un tel événement, en termes de séquelles motrices et psychiques, et ses répercussions identitaires chez le sujet. La remise en question de l'identité propre de l'individu est, selon moi, une problématique centrale chez le patient ayant eu un AVC. Lorsque le corps ne semble plus nous répondre et qu'on ne le reconnaît plus, comment continuer à l'investir psychiquement ? Comment retrouver son identité personnelle, alors « bafouée » par l'accident ?

D'autre part, je me suis retrouvée confrontée à une autre problématique lorsque j'ai été amenée à prendre en charge des patients aphasiques, à savoir : Par quels moyens, autre que le langage, la personne aphasique post-AVC peut-elle reconstruire son identité et retrouver ainsi une pulsion de vie ?

J'ai donc réfléchi au rôle spécifique du psychomotricien dans de telles prises en charge et à l'adaptation que cela implique dans sa pratique clinique quotidienne. Beaucoup de prérequis psychomoteurs nous sont proposés à l'école au cours de la formation, mais comment les mettre en place dans la rééducation de patients présentant une aphasie ? De même, de quelle manière créer une alliance thérapeutique avec des patients aphasiques ?

Pour répondre à toutes ces questions, je me suis alors recentrée sur la particularité de la psychomotricité, à savoir la relation « corps-psyché », où l'un et l'autre sont en constante interaction. Il m'a semblé évident que le corps représentait un outil fondamental dans l'accomplissement de soi et la reconstruction identitaire, à travers notamment la communication non-verbale et l'expressivité corporelle chez les patients aphasiques post-AVC.

Je vais donc ici retracer le cheminement de ma réflexion, quant à la problématique identitaire des patients post-AVC présentant une aphasie, en m'appuyant sur des données théoriques et en l'illustrant par des vignettes cliniques.

I. L'identité en question en neuro-gériatrie auprès de patients post-AVC

La pratique psychomotrice auprès de la personne âgée post-AVC doit répondre à ses besoins particuliers. Pour cela, le thérapeute doit prendre en considération tous les facteurs pouvant intervenir et perturber la prise en charge, qu'ils soient propres à l'état de santé du sujet ou même extérieurs à ce dernier.

Dans le domaine de la gériatrie, il est alors fréquent de se retrouver face à des patients présentant une poly-symptomatologie, c'est-à-dire une association d'au moins deux symptômes. Ainsi, les patients que j'ai pu rencontrer lors de mon stage présentaient non seulement une symptomatologie neurologique centrale (AVC), mais également des troubles et des symptômes spécifiques au vieillissement psychomoteur de la personne.

Il est important, en début de prise en charge, d'avoir en tête cette notion car elle va nous permettre d'adapter les séances avec les patients selon leurs symptômes spécifiques. En effet, ces derniers, selon leur degré d'intensité, peuvent considérablement gêner et interrompre l'évolution de la thérapie.

D'autre part, ce facteur de poly-symptomatologie va venir perturber la reconstruction identitaire du patient, dans le sens où il va être à l'origine de stagnations ou de régressions de certaines capacités. En effet, certains troubles cardiaques vont par exemple amener une plus grande fatigabilité du sujet, ce qui demande au psychomotricien de réduire le rythme de travail en séance. De même, un trouble métabolique peut nécessiter l'alitement du patient pendant un certain temps. En l'absence de prises en charge et de stimulations, ce dernier peut alors avoir, de nouveau, tendance à se laisser aller dans un désinvestissement corporel et psychique, mettant ainsi à mal le travail identitaire débuté.

A. Identité mise à mal lors du vieillissement

A. Mucchielli donne sa propre définition de la notion d'identité : « L'identité est un ensemble de critères, de définitions d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence »³⁸.

Le vieillissement modifie le sentiment d'identité de la personne. En effet, cette dernière tend à vivre des situations douloureuses liées à la maladie ou non, ce qui amène à chaque fois l'identité à devoir se reconstruire.

³⁸ A. Mucchielli, 1986, p. 5

Le poids des normes d'âge, des représentations et des catégorisations est un des premiers facteurs impactant l'identité chez les personnes âgées. Cela renvoie à la notion de statuts et de places dans la société qu'occupent ces personnes, participant alors à la conscience de soi du sujet. On remarque souvent dans la société que la vieillesse est bien vite stigmatisée. Elle fait davantage penser à la précarité, à la fragilité de la condition humaine, d'un point de vue des compétences motrices et cognitives.

L'identité se définit comme le "caractère de ce qui demeure identique ou égal à soi-même dans le temps"³⁹. D'un point de vue anthropologique, "l'identité est un rapport et non pas une qualification individuelle comme l'entend le langage commun. Ainsi, la question de l'identité est non pas « qui suis-je ? », mais « qui je suis par rapport aux autres, que sont les autres par rapport à moi ? ». Le concept d'identité ne peut pas se séparer du concept d'altérité"⁴⁰.

Le vieillissement peut être envisagé comme une accélération des pertes et une accumulation de deuils. Le corps, ralenti et diminué, devient une épreuve de réalité et l'image du corps idéalisée s'éloigne. Le vieillissement altère, voire dépossède, le sujet de compétences et d'acquis le constituant et forgeant son identité.

Chaque personne ayant eu un AVC vit alors à sa manière cette étape, certains l'acceptent et apprennent à vivre avec, tandis que d'autres ne s'y adaptent pas. On peut ainsi retrouver en clinique des paroles comme « Avant je pouvais faire cela ... » par exemple. La problématique est que les conséquences du vieillissement viennent s'ajouter aux conséquences neurologiques de la lésion cérébrale. Les patients ont alors des fois du mal à distinguer ce qui est du ressort de l'évolution normale des capacités et de ce qui est de l'ordre de la pathologie. Cela les perd et ils ont alors tendance à penser que tous leurs troubles seront irréversibles. Par conséquent, le travail de reconstruction identitaire est mis à mal, les patients restent fixés sur l'ancienne image de leur corps et n'arrivent pas à faire le deuil pour se concentrer vers l'établissement de leur nouvelle identité corporelle et psychique.

On retrouve d'ailleurs souvent dans le discours des patients post-AVC une dichotomie corps/esprit, à travers des phrases comme : « Ma jambe ne me porte plus, moi je vais bien mais c'est ma jambe qui est morte ». Cela témoigne bien du clivage opéré par le sujet entre son corps, preuve clinique de l'accident, et sa personnalité. Tout le travail psychomoteur à réaliser auprès de cette population est donc de les aider à refaire du lien entre leur corps et leur identité personnelle, de façon à recréer un élan dans l'investissement de leur prise en charge.

D'autre part, la perte de certaines fonctions fondamentales, comme la marche par exemple, met particulièrement à mal le socle identitaire de la personne AVC. En effet, la verticalisation, la station debout puis la marche, constituent dès l'enfance le point de départ au

³⁹ Dictionnaire informatisé: <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>.

⁴⁰ J-C. RUANO-BORBALAN 1998, p2.

développement de l'individuation psychique et corporelle du sujet. Cela est à la base de sa future construction identitaire. Chez ces personnes, à travers la perte de la verticalité, il s'agit donc d'une véritable perte des repères internes mais aussi de leur place en tant qu'individu au sein de la société.

B. Traumatisme identitaire de l'AVC

Comme nous venons de le voir, le traumatisme identitaire est présent au cours du vieillissement, mais il l'est encore plus quand s'y ajoutent les séquelles dues à l'AVC. Ce dernier va engendrer des répercussions à différents niveaux, menant alors à une perte de repères identitaires et à un désinvestissement corporel et psychique chez les sujets. Je vais ainsi répertorier ce que j'ai pu observer des principales répercussions et de leurs impacts sur le plan de l'identité.

1. Répercussions sur le schéma corporel

Les répercussions de l'AVC vont avant tout se faire sentir d'un point de vue corporel. C'est le schéma corporel dans son ensemble qui va être touché chez les sujets. Ce schéma correspond à la représentation que chacun se fait de son corps, il est fondé sur des données sensorielles et sensitives multiples, proprioceptives et extéroceptives relevées par nos organes. Il constitue un point de repère permettant d'adapter ses mouvements dans l'espace et le temps.

De plus, comme l'a ajouté Wallon, « le schéma corporel est un élément de base indispensable de la personnalité »⁴¹. Il permet d'inscrire le sujet dans la lignée humaine, et de trouver sa place en tant qu'individu dans la société, c'est-à-dire d'être à la fois semblable et différent des autres. C'est ce paradoxe-là qui fonde l'identité personnelle de chacun. L'AVC vient donc perturber l'ensemble de la personnalité et de la manière d'être du sujet, que ce soit sa manière d'être à lui-même ou sa manière d'être au monde.

Il est important de rappeler que le schéma corporel se met en place au cours du développement sensori-moteur de l'enfant. Ce sont les nombreuses expériences (sensorielles et motrices) qu'il va faire, qui vont venir enrichir son schéma corporel et améliorer sa connaissance. Ainsi, chez le patient il ne faut pas négliger toutes les expériences et stimulations antérieures à l'accident. En effet, tout l'intérêt va être de s'appuyer sur ses acquis sensoriels et moteurs préalables et de faire appel à la mémoire corporelle du sujet pour réinvestir son identité.

De plus, dans l'AVC les atteintes corporelles, comme l'hémiplégie, vont alors faire perdre au patient leur capacité à se mouvoir. Ce manque, ou cette absence, de mouvements va ainsi l'empêcher de faire des expériences sensori-motrices, ce qui va diminuer les afférences sensorielles nécessaires à la construction du schéma corporel. Ce dernier va alors s'appauvrir.

⁴¹ J-C. CARRIC, 2001, p167

De cette façon, le patient ne perçoit plus certaines zones corporelles et a tendance à les désinvestir psychiquement, ce qui participe à sa perte de repère identitaire.

C'est particulièrement le cas de Mr L., qui, au début de la prise en charge, n'avait aucune connaissance de son schéma corporel. Lors d'exercices divers, j'ai pu me rendre compte qu'il était perdu dans son corps et était incapable de distinguer et localiser correctement chaque partie ou segment corporel. De par son hémiparésie droite, il avait en plus tendance à négliger entièrement ce côté-là qui ne semblait pas présent pour lui. Ses difficultés de reconnaissance corporelle ont alors représenté un obstacle au quotidien, notamment lorsqu'il lui était demandé de localiser ses douleurs.

2. Répercussions sur l'image du corps

Les séquelles de l'AVC vont également avoir des répercussions sur l'image du corps du patient. Bien que le schéma corporel et l'image du corps soient intimement liés et indissociables, il est important de les différencier l'un de l'autre.

L'image du corps est propre à chacun, elle évolue en fonction de nos expériences et de notre histoire. Cette représentation imaginaire reflète, à la fois et en même temps, le vécu passé, du plus lointain à l'actuel. Elle représente l'image que l'on se fait de soi-même dans les interactions avec notre environnement et apparaît dans la relation à l'autre. Cette image est inconsciente mais peut devenir préconsciente.

Schilder parle en premier d'image du corps et en donne une définition : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »⁴².

Chez les patients post-AVC, leur corps leur apparaît fréquemment inutile, incompetent, mort ou « fichu » selon les mots de certains. Ils manifestent même bien souvent du dégoût à l'égard de leur corps qu'ils négligent alors. De plus, ils gardent en tête l'image de leur corps, telle qu'elle leur apparaissait avant l'accident et ont des difficultés à s'en détacher pour en développer une nouvelle image. Selon eux, il ne peut s'agir du même corps, avant et après l'AVC, mais bien de deux entités différentes, et ce corps lésé, altéré ne peut leur appartenir. Cette réflexion les amène donc à envisager deux types d'identités différentes, alors qu'en réalité il s'agit de la même ayant subi un ou des traumatismes. Le but va donc être de leur faire prendre conscience qu'ils sont les mêmes personnes qu'avant, d'un point de vue de leur identité personnelle, mais en même temps différents d'un point de vue de leurs capacités fonctionnelles.

⁴² P. SCHILDER, 1968, p. 35

Selon F. Dolto, l'image du corps possède trois modalités⁴³, à savoir :

- l'image de base qui représente un sentiment de « mêmeté d'être » chez l'enfant, c'est-à-dire une continuité narcissique et un sentiment continu d'exister ;
- l'image fonctionnelle : elle correspond à l'image d'un sujet qui vise à accomplir son désir, c'est la pulsion de vie ;
- l'image érogène qui constitue le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la relation à l'autre.

L'image du corps est la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images reliées entre elles par les pulsions de vie. Ces trois dimensions sont donc touchées lors d'un traumatisme comme l'AVC.

B. Lesage insiste sur le fait que l'image du corps est à comprendre comme un processus relationnel : « Notre image du corps n'est pas possible sans l'image du corps de l'autre »⁴⁴.

C'est donc principalement à travers la relation avec autrui que l'image du corps des patients AVC pourra être travaillée en vue de restaurer leur sentiment d'identité.

Pour faire le lien avec la clinique, nous pouvons prendre l'exemple de Mr V. L'AVC l'a profondément marqué en tant qu'individu, dans son discours en séance il se dit souvent « foutu », « fini », traduisant une rupture narcissique et une perte du sentiment d'existence au monde, c'est l'image de base qui est alors touchée.

L'image fonctionnelle est également atteinte chez le patient avec une mise en réserve des désirs. Mr V. n'a plus goût à ce qu'il appréciait auparavant et n'a plus de projet de vie. La pulsion de vie laisse plutôt place aux pulsions de mort, avec des propos dépressifs voire suicidaires. De même pour l'image érogène qui est altérée, le sujet a tendance à s'isoler depuis l'accident et les interactions se font plus rares. Les affects qui découlent des relations à autrui, tant positifs que négatifs, tendent donc à disparaître.

3. Ebranlement narcissique et deuil

L'AVC bouleverse l'individu dans son ensemble et au plus profond de lui-même. Les fonctions et capacités auparavant acquises et développées se retrouvent soudainement attaquées et endommagées par l'ischémie ou l'hémorragie.

L'accident est brusque, subit, imprévisible ce qui suscite un choc intense, et vient ébranler le sujet dans tout son être, de même que sa famille. On peut parler de véritable ébranlement narcissique.

Le narcissisme peut être entendu comme l'amour excessif de l'image de soi, associant survalorisation de soi et dévalorisation de l'autre. Il est très souvent rencontré chez l'enfant,

⁴³ F. DOLTO, 1992, p 49.

⁴⁴ B. LESAGE, 2012, p 53

est courant chez l'adolescent et compensatoire chez l'adulte. Il est à la base de notre sentiment d'existence et d'unicité du Moi. Sans ce dernier, les interactions et le plaisir qui en découlent demeurent très entravés.

« Narcissisme et identité sont des notions qui renvoient l'une à l'autre, la notion d'identité se situant à l'interface entre l'espace du narcissisme et l'espace social. »⁴⁵

Ce que Freud a appelé le narcissisme primaire désigne l'instauration d'un sentiment d'unité succédant à une configuration dominée par le morcellement. Cette étape s'achève avec le stade du miroir décrit par Lacan comme la jubilation de l'enfant qui perçoit et reconnaît son image dans le miroir.

Le sentiment d'identité prend donc son origine dans les toutes premières années de la vie en relation avec les parents, puis avec l'environnement. L'individu se construit peu à peu une représentation qu'il se fait de lui, une image que les autres lui renvoient. On mesure alors, l'importance de l'image du corps et de la représentation mentale de soi, qui servent alors de support au développement narcissique du sujet.

Pour l'adulte ou la personne âgée ayant eu un AVC, la question du maintien du sentiment d'identité personnelle se pose alors. Le patient se trouve confronté à des pertes de toutes sortes et à l'angoisse de l'échéance de sa mort, il y a une forte atteinte narcissique.

Il s'agit pour le sujet de faire le deuil de son ancien corps, de ses compétences, et de l'image idéale du corps qu'il pouvait se faire. C'est tout son quotidien et son autonomie qui vont s'en trouver modifiés.

A travers ces différentes pertes, c'est donc un véritable travail de deuil qui va devoir être entrepris par le patient afin de se reconstruire une « nouvelle » identité tournée vers l'avenir. L'expression « faire son deuil » témoigne en quelque sorte le fait de passer à travers sa douleur.

Pour Elisabeth Kübler-Ross⁴⁶, chaque personne passe par différentes étapes de deuil⁴⁷, sans forcément les éprouver dans le même ordre. La durée de chaque étape varie également selon chacun. Ainsi, on distingue :

- La phase du déni : la personne refuse de croire ce qui lui arrive. Le psychique de l'être humain est ainsi fait pour éviter le déplaisir sans pour autant ignorer la réalité. Il se protège ainsi de l'effet traumatisant et insurmontable du choc.
- La phase de colère : la personne exprime sa révolte face à ce qui lui a été imposé : « Pourquoi moi ? ». Elle peut-être agressive face à son entourage en cherchant le

⁴⁵ D. PAUL, 2012, p. 114

⁴⁶ Psychiatre et professeur de médecine du comportement.

⁴⁷ O. GAUCHER-HAMMOUDI et M. GUIOSE, 2007, p 43

responsable à son malheur. Un sentiment d'injustice envahit le malade et il se sent coupable de cette rage exprimée. Il est donc important de laisser cette colère s'extérioriser.

- La phase de marchandage : la situation est acceptée et le patient souhaite réaliser certains projets avant de mourir alors il négocie avec son entourage pour obtenir ce qu'il souhaite.
- La phase de dépression : une prise de conscience de la dégradation de l'état du patient fait surgir d'un coup l'ensemble des émotions liées à l'ensemble des pertes réalisées et à l'approche de la mort. La personne se replie sur elle-même et n'a plus envie de lutter.
- La phase d'acceptation : c'est une période de paix où la personne « revit ». Elle se permet de faire des projets et de regarder à nouveau vers l'avenir.

Le travail de deuil est un long processus de réadaptation qui permet à la personne d'accéder à une autre image de soi et de la vie. C'est le deuil de la vie antérieure en acceptant celle à venir.

Suite à son second AVC, Mr V. a alors revécu un ensemble de pertes. C'est donc tout le travail de deuil, préalablement terminé, qui doit alors se remettre en place. D'après son état et son comportement durant les dernières séances, il me semble qu'il « oscille » plus ou moins entre la phase de colère, où son discours met en avant une profonde injustice, et la phase de dépression dans laquelle il va alors se replier sur lui-même, s'isoler des autres patients, et décrire un sentiment de fatalité avec des affects négatifs et dépressifs.

Cependant, ce travail de deuil tend à se poursuivre pour Mr V., lors même de sa sortie de l'établissement de SSR. En effet, ce dernier peut être rattaché pour le patient à des moments difficiles et traumatisants. Le fait de « couper » cette prise en charge, de rencontrer de nouveaux thérapeutes, et de recréer autre chose en dehors de cet espace, peut ainsi lui permettre d'avancer dans son travail de deuil et l'aider dans sa nouvelle reconstruction identitaire.

4. Impact identitaire

Comme nous venons de le voir, l'individu construit donc son identité par étapes, au cours d'un long processus qui s'exprime de la naissance à l'adolescence. Le corps constitue pour le bébé la base de son identification. Il se découvre lui-même au travers de ses perceptions, de ses actions, mais aussi dans son rapport aux autres et dans le regard des autres.

C'est donc de ce postulat qu'est parti mon questionnement, dans le sens où chez les patients AVC le corps est le point central de toutes les perturbations neurologiques et qu'il ne constitue alors pas un repère solide d'identification.

En psychologie du développement, Wallon⁴⁸ situe entre 3 et 6 ans le stade du personnalisme chez l'enfant. Ce stade se situe à la charnière de deux phases importantes de la construction de la personnalité : entre la construction et l'achèvement de la personne. Il marque l'événement de la conscience de soi à travers la conscience personnelle et la conscience sociale.

C'est cette construction identitaire qui est mise à mal chez les patients post-AVC, à travers les séquelles motrices, cognitives et psychiques impliquées. Le psychisme et le corps paraissent donc bien indissociables, comme le suggère la psychomotricité. En clinique, la perception par le patient de son hémiparésie, par exemple, impacte directement sur sa psyché à travers des pensées, des émotions ou des représentations négatives, et ainsi sur son identité corporelle.

Un autre point essentiel à souligner, selon moi, est que l'homme est un être de relation. Sans interaction, il ne peut vivre... Mais pour pouvoir entrer en relation avec les autres, il faut d'abord s'être individualisé et donc posséder un Moi suffisamment solide pour supporter les événements de la vie. Les échanges relationnels chez ces patients s'amoindrissent alors très souvent car ils n'ont pas suffisamment ancrés leur identité propre pour entrer en relation avec d'autres identités extérieures à eux, et ont par conséquent tendance à s'isoler. Or, la revalorisation venant également au travers du contact avec autrui, ils entrent dans une sorte de cercle vicieux dont il est difficile d'échapper. Le patient post-AVC va généralement s'installer dans une position dépressive, la psychomotricité prend alors toute son importance afin de maintenir le sujet en relation, de soutenir son identité pour ainsi maintenir son envie de vivre.

L'AVC atteint l'identité de la personne dans sa totalité, c'est-à-dire dans ses différents niveaux qui sont :

- L'identité en termes d'appartenance à l'espèce humaine : la bipédie est ce qui nous distingue des autres êtres vivants, elle nous inscrit dans l'espèce humaine. Ainsi, l'incapacité à marcher ou à se mettre debout des patients AVC les renvoie à la notion de privation de capacités. Cet aspect identitaire touche directement le patient hémiparésique qui se retrouve privé de ses fonctions motrices l'obligeant bien souvent, du moins les premiers temps, à demeurer en station assise ou à utiliser une aide technique.
- L'identité sexuée est elle aussi touchée, le malade n'étant plus considéré comme un homme ou une femme mais comme un sujet presque asexué malade et condamné à mourir. Son corps est « intrusé » à travers tous les actes médicaux et considéré comme un objet de soins, déshumanisé et indépendant de la personne en elle-même.
- L'identité sociale : dans notre société actuelle nous sommes encore référencés par rapport à des « normes » qui dictent plus ou moins le mode de vie des individus. La personne malade ou présentant un handicap (moteur, sensoriel...) se retrouve alors

⁴⁸ Neuropsychiatre et psychologue français.

comme exclue de la société. Cela représente un poids très lourd pour le patient car l'image renvoyée et le regard des autres restent très importants dans l'évolution de notre identité. De plus, les relations sociales sont perturbées en raison des difficultés de communication verbale et non-verbale.

- L'identité professionnelle est atteinte également, les séquelles et les troubles consécutifs à l'accident contraignent les patients à arrêter leur activité professionnelle. Les projets de carrières sont alors souvent brisés, ce qui représente un important bouleversement identitaire.
- L'identité familiale est fortement perturbée, la personne ne pouvant plus occuper pleinement sa place au sein du foyer familial. Les rôles sont inversés et il s'agit dorénavant à son entourage et notamment à ses enfants de s'occuper d'elle. Cela est également source d'une profonde blessure narcissique chez le patient qui se sent particulièrement diminué et a la sensation de devenir un fardeau pour son entourage.
- L'identité personnelle s'en retrouve enfin définitivement anéantie : c'est bien souvent la prise de conscience de la perte progressive de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, et même pour les besoins élémentaires, qui est la plus dévastatrice. C'est tout le quotidien du patient qui va s'en trouver chamboulé.

Il va alors s'agir pour lui de « panser » petit-à-petit toutes ces blessures narcissiques dans l'atteinte des différents niveaux de son identité.

L'identité sociale et l'identité personnelle ont particulièrement été touchées chez Mr L. Ce dernier a, en effet, très mal vécu sa perte d'autonomie, notamment en termes de gestion administrative et de prise de décisions. Lors de son hospitalisation, un mandataire a alors été nommé afin de l'aider dans toutes ses démarches quotidiennes. Mais il s'avère que Mr L. a investi négativement cette personne et l'a immédiatement rejetée, avant même de la connaître. Le fait de devoir faire appel à quelqu'un, et de ne plus pouvoir se débrouiller seul, semble alors difficile à accepter pour lui.

II. Langage et identité : relation et impact chez les personnes aphasiques

Ayant choisi, sur mon lieu de stage, deux patients présentant une aphasie, j'ai trouvé important d'évoquer le rôle spécifique du langage et d'exposer ses répercussions identitaires lorsqu'il est alors touché.

A. Le langage, ciment de l'identité du sujet

La singularité et l'identité d'une personne est déterminée de par ses caractères génétiques, physiologiques, de par son histoire, ses relations, ses pensées et ou encore son discours. C'est en exerçant sa faculté innée de langage, en prenant la parole, que l'humain devient sujet,

capable d'agir sur son environnement plutôt que de le subir, capable de créer un monde. Les personnes aphasiques, privées de langage ou possédant un langage inadapté, se retrouvent alors fortement entravées dans leurs moyens d'action sur l'environnement et leurs capacités à s'inscrire en tant que sujet dans la société, ce qui ne leur permet pas d'investir et de forger leur identité.

Quand on rencontre à un moment de sa vie des difficultés pour parler, comprendre, lire, écrire, on est ainsi ébranlé dans son sentiment d'identité personnelle. Cela crée une atteinte narcissique et une perte de l'estime de soi, souvent rencontrées auprès des patients aphasiques qui ne trouvent alors plus la force de s'investir corporellement et psychiquement dans leur rééducation.

Le développement du langage est un processus lent s'établissant progressivement chez l'enfant. C'est entre 11 et 15 mois que l'enfant va commencer à utiliser un langage global significatif. Il s'agit alors de « mots-phrases ». Entre 15 et 24 mois, il perfectionne ce langage global et dispose d'un vocabulaire de quatre à six mots. Le jargon devient alors mature en moyenne vers l'âge de 18 mois. Le passage aux 2 ans marque ensuite l'explosion du langage qui continuera d'évoluer et de s'enrichir dans les années suivantes.

C'est d'abord grâce à la verbalisation des parents, lors des interactions précoces, que le jeune enfant va alors pouvoir trouver un sens à chaque action et situation du quotidien. Cette mise en mots va l'aider à expérimenter et comprendre peu à peu ce qu'il se passe en lui. La verbalisation va ainsi être reprise par le thérapeute dans la rééducation psychomotrice des personnes aphasiques, de façon à les aider à recréer du lien et des représentations.

Lors de son développement, l'enfant va ensuite acquérir la faculté de parler et la liberté de donner lui-même le sens qu'il souhaite aux choses, mais également de commencer à exprimer ses idées, ses désaccords ou plus tard ses opinions. Tout ceci va lui permettre de se forger une identité propre et le place en tant qu'individu doué de pensée et de parole dans la société.

Le patient aphasique n'a, quant à lui, plus cette faculté verbale d'expression et d'affirmation de soi nécessaire à son investissement personnel. Il est souvent en retrait et s'efface au regard d'autres personnes douées de langage, « réduisant alors au silence » sa véritable personnalité.

Le langage transforme donc considérablement le rapport à soi, au monde et aux autres. Il est au cœur de la construction aussi bien individuelle que collective du sujet, et ce dans trois domaines d'activité de l'humain :

- le domaine de la *socialisation* des individus, dans la mesure où c'est à travers le langage que s'instaure la relation de soi à l'autre, c'est lui qui crée le lien social à travers la communication verbale ;

- le domaine de la *pensée*, dans la mesure où c'est par et à travers les actes de langage que nous conceptualisons, c'est-à-dire que nous organisons la réalité du monde sous forme de pensées concrètes ou abstraites (concepts) ;
- le domaine des *valeurs*, dans la mesure où les valeurs ont besoin d'être parlées et argumentées à l'oral pour exister. Les actes de langage qui en sont les porteurs donnent sens à nos actes. L'activité de langage est donc un « acte de liberté » de l'individu comme possibilité d'interrogation et d'analyse sur l'autre, sur soi et sur le monde en général. Il peut aussi permettre de donner du sens à nos affects de manière à mieux les gérer.

Le langage a ainsi une triple dimension, laquelle est perturbée dans l'aphasie :

- Sociale : l'individu est immédiatement considéré comme un être de compréhension, partenaire d'un réseau de communication.
- Psychologique : le langage assure le développement de la personne, il l'aide à se construire comme un sujet à la fois semblable et différent.
- Cognitive : le langage construit et donne accès aux connaissances et à la représentation. Il organise ces dernières, les hiérarchise, les construit en multiples réseaux mobilisables selon les situations.

Ces trois dimensions, indispensables à la construction du développement identitaire du sujet, rendent alors particulièrement compte de la problématique majeure d'identité rencontrée chez les patients aphasiques.

En raison de son aphasie, le langage de Mr L. est particulièrement touché dans les trois dimensions précédemment citées. D'un point de vue social, il apparaît difficile pour lui d'entrer en relation avec les autres. Se sentant incapable de communication il a alors tendance à couper tout échange. Un tel comportement peut amener les autres individus à le considérer comme incapable de compréhension et de socialisation. D'un point de vue psychologique, le fait qu'il ne puisse exprimer verbalement ses ressentis, sensations, pensées ou ses idées représente un frein à sa reconstruction identitaire personnelle.

Il ne peut mettre des mots et donc du lien sur ses émotions internes. Le psychomotricien utilise alors préférentiellement le corps comme outil de travail pour amener le patient à s'exprimer d'une autre manière que par la parole. Enfin, l'atteinte du langage au niveau cognitif gêne Mr L. dans ses facultés de représentation mentale et de réutilisation des connaissances emmagasinées. Il est donc important de travailler autour de ces trois dimensions du langage en pratique psychomotrice.

B. Parole et verbalisation

Au cours de la formation, il nous est présenté la place importante à donner à la parole et à la verbalisation du patient en séance. Je me suis alors questionnée sur la manière de mettre en place une verbalisation auprès de patients aphasiques. Comment leur donner les moyens d'exprimer un vécu corporel, une émotion ou encore un état, sans l'outil langagier ? D'autre part, cette verbalisation est-elle nécessaire à leur quête identitaire ?

Tout l'intérêt de la pratique psychomotrice est avant tout de donner la possibilité au patient de vivre des expériences sensori-motrices diverses et variées et de ressentir de nouvelles sensations ou émotions... Cependant, la mise en mots de ces dernières permet d'accompagner la prise de conscience du corps et ainsi l'investissement psychocorporel du sujet. L'impossibilité de mise en mots des personnes aphasiques constitue donc un frein supplémentaire à la mise en lien de leur identité psychique et corporelle.

Afin de mieux comprendre, il peut être intéressant dans un premier temps de définir et de distinguer ces deux termes que sont la parole et la verbalisation.

1. La parole

La parole peut être définie comme la capacité personnelle à parler et à s'exprimer oralement. D'un aspect plus linguistique, il s'agit de l'usage concret qu'un individu fait de la langue⁴⁹. La parole est ainsi davantage une suite de mots ou de phrases, mais elle n'est pas forcément en lien avec un vécu personnel ou un besoin d'exprimer des émotions.

« Parmi les différents pouvoirs de la parole, le pouvoir affectif et le pouvoir de transmission semblent jouer un rôle déterminant dans la mise en action et dans l'organisation des apprentissages. La parole et l'action sont généralement successives ; mais, selon le rôle que nous lui accordons et les différentes étapes, la parole se situera avant, pendant ou après l'action. »⁵⁰

2. La verbalisation

La verbalisation du psychomotricien, quant à elle, correspond davantage à une démarche clinique de mise en mots des perceptions et des réactions personnelles dans les situations abordées ; d'écoute de la différence dans les vécus de chacun et de formulation d'interrogations ou de réflexions quant aux liens globaux pouvant être ébauchés avec la théorie et la clinique. De ce fait, la verbalisation peut faciliter la prise de conscience d'un état corporel ou psychique.

Mais la verbalisation du thérapeute peut aussi, certaines fois, volontairement être « contraire » à ce qui est observé de l'état émotionnel ou corporel du patient, dans le but de faire réagir ce dernier et de l'amener vers une verbalisation quelle qu'elle soit.

⁴⁹ Larousse, 2003, p. 749

⁵⁰ Françoise Delaporte, 2007, p. 23

Etre capable de parler d'une situation, d'une angoisse, d'un désir, c'est en quelque sorte montrer que cela appartient au système conscient. Ce qui peut être dit et exprimé semble alors plus facilement conscientisé. Dans sa première topique datant de 1900, Freud rattache d'ailleurs le principe de représentation de mots au conscient.

Au contact de patients aphasiques, c'est donc davantage la verbalisation que nous recherchons plutôt que la parole en elle-même. Celle-ci est bien entendu à adapter, elle peut être comme son nom l'indique verbale ou, dans le cas de troubles du langage, prendre d'autres formes : dessin, mot, phrase, geste/mouvement... La forme importe peu en réalité, du moment que le patient est capable d'« exprimer » et d'extérioriser un ressenti personnel. C'est donc ce qui va être recherché par le psychomotricien. Ce dernier est d'ailleurs également amené à verbaliser lors des séances avec des personnes aphasiques. Sa mise en mots n'aura alors pas le même sens que la verbalisation « expressive » recherchée chez le patient. En effet, elle vise surtout à accompagner le sujet par la parole tout au long des exercices proposés, de façon à améliorer sa compréhension et sa conscience corporelle en faisant du lien entre ce qui se passe dans le corps et ce qui peut se passer d'un point de vue psychique et cognitif. Il ne s'agit pas là de penser à sa place mais de lui donner des pistes et des repères pour qu'il puisse forger sa propre personnalité.

Lors des séances avec Mr L., ma verbalisation a été étayante. En effet, en raison de son aphasie, les consignes écrites mêmes simples pouvaient certaines fois être difficiles à analyser pour lui.

De même, en début de prise en charge les exercices d'échauffement corporel proposés sur imitation lui posaient des problèmes par défaut de connaissance et d'intégration du schéma corporel.

Ainsi, dans ces différentes situations rencontrées en séance, j'ai particulièrement privilégié la parole et l'explication orale de chaque consigne, de manière à améliorer la compréhension du patient et donc de pouvoir avancer et progresser dans l'ensemble des exercices réalisés.

Le support verbal n'est donc pas venu suppléer ici les autres canaux sensoriels utilisés, mais il est venu les renforcer. Cela a également été le moyen de mettre en place des exercices de représentation mentale, à travers l'écoute et le suivi de consignes uniquement verbales.

III. Spécificité et pertinence de la rééducation psychomotrice auprès de patients aphasiques post-AVC

J'ai précédemment pu évoquer la question de la problématique de l'identité chez le patient aphasique post-AVC. En pratique clinique, il s'agit alors pour le psychomotricien d'avoir en tête ces différentes notions, en termes de répercussions identitaire sur le sujet, pour adapter au

mieux la prise en charge de chacun. Le rôle du psychomotricien en SSR auprès de ces patients m'a donc questionné : entre action rééducative et action thérapeutique.

En effet, l'aphasie se manifeste, au départ, essentiellement par des difficultés de compréhension et d'expression. Tout le registre émotionnel et non-verbal du sujet est alors atteint et faussé, ce qui peut être également source d'incompréhension pour le thérapeute. Cependant, il ne s'agit pas d'interpréter hâtivement ce que le patient nous donne à voir. Il semble nécessaire que le psychomotricien se mette à distance et se laisse le temps de découvrir la personne avant d'analyser ses communications non-verbales. Cette phase de découverte est importante, elle nous permet de repenser notre propre communication non-verbale et de s'ajuster à celle du patient.

Ainsi, la thérapie psychomotrice vise non seulement la rééducation et la compensation des fonctions psychomotrices perdues ou altérées, mais elle participe également à la reconstruction identitaire du sujet. Mais alors, comment le psychomotricien devient-il un acteur à part entière dans la démarche de réinvestissement psychocorporel du sujet aphasique ? De quels moyens, autres que le langage oral, dispose-t-il pour accompagner le patient dans sa reconstruction identitaire après un AVC ? Telles sont les questions que j'ai pu me poser durant ma pratique, lesquelles ont nourri ma réflexion et ma démarche d'adaptation des prérequis psychomoteurs enseignés d'un point de vue théorique.

J'ai donc choisi de répertorier ici quelques spécificités qui font, selon moi, de la rééducation psychomotrice une thérapie pertinente et particulièrement adaptée à la prise en charge de patients aphasiques ayant eu un AVC.

A. La communication non-verbale, une particularité de la psychomotricité.

La communication non-verbale, et plus largement la sollicitation des capacités perceptives existantes, se situe au cœur de la pratique professionnelle du psychomotricien. On peut également rencontrer le terme de « communication implicite » ou de « dialogue corporel » dans certains ouvrages. Il utilise cette compétence dans toutes les situations nécessitant le renforcement de la régulation émotionnelle du patient, de son interaction avec les autres, son entourage inclus. Chez certains patients, les difficultés communicationnelles aggravent davantage encore les troubles fonctionnels préexistants. Il s'agit alors de redonner à ces patients des outils sensoriels, cognitifs ou corporels lui permettant de s'affirmer en tant qu'individu dans la société.

Dans le cas de séquelles physiques et psychiques graves ainsi que des troubles du langage, la communication non-verbale reste souvent le vecteur unique du maintien de la relation. Elle permet, entre autres, de détecter les vécus de la douleur, d'interagir et de soutenir la relation avec un sujet.

Plus concrètement, la communication-non verbale renvoie à la capacité corporelle à faire passer des messages, des émotions ou des ressentis et ce, de manière non verbale. Les communications non verbales sont alors multiples. Elles peuvent être transmises par le biais de différents canaux sensoriels, en l'absence même de langage : visuel, auditif, tactile, olfactif... On peut ainsi répertorier :

- le regard : qui est une modalité de communication essentielle, il signale l'engagement dans la communication et la relation sociale. Le regard du psychomotricien peut venir soutenir l'écoute et l'accompagnement du patient, il peut être source de confiance pour le patient.
- les expressions et mimiques faciales : elles vont renseigner en priorité sur l'état émotionnel et l'humeur du sujet. Elles peuvent également rendre compte de douleurs ressenties par ce dernier (grimaces), et constituent d'ailleurs en ce sens un moyen d'évaluation de la douleur (échelles).
- la posture : elle est définie par la position des parties du corps entre-elles et par rapport à des repères déterminés. Elle traduit certaines attitudes affectives, et soutient ou invalide le message transmis. Dans le cas de patients hémiplegiques, elle peut notamment être un indice fiable dans la détection d'une hémiparésie. La posture est soutenue et dépendante du tonus, elle renseigne donc également sur le niveau tonique et les capacités de régulation tonique du patient.
- l'espace : l'organisation et l'utilisation de l'espace par le sujet nous renseigne également sur sa personne. La manière dont le patient occupe l'espace en présence d'autrui est un des marqueurs de l'identité. L'étude des distances sociales, ou proxémie, a notamment été étudiée par Hall⁵¹. Elle sera plus précisément détaillée par la suite.
- le paralangage : il correspond à la tonalité de la voix, aux pauses dans le discours, aux hésitations...
- le contact tactile : la manière d'entrer en interaction avec l'autre par le toucher est également un indice de l'état et de la personnalité du sujet. De même, le psychomotricien peut être amené à utiliser la médiation du toucher thérapeutique. Il peut alors être intéressant d'observer les réactions et comportements du sujet lors du contact tactile (crispations ou au contraire relâchement).
- les gestes et les mouvements : le mouvement correspond au déplacement des différents segments corporels dans l'espace, il est à la base de la motricité. Le geste, quant à lui, peut être défini comme un mouvement ou une série de mouvements déterminés par une certaine intentionnalité. Il peut être conscient ou inconscient et plus ou moins expressif selon la partie du corps concernée. Les gestes accompagnent le discours, l'illustrent et participent au dispositif d'interaction en régulant l'échange.

⁵¹ Anthropologue et spécialiste de l'interculturel.

De là, un langage gestuel est mis en évidence et différents gestes peuvent être distingués : les gestes descripteurs (l'index qui sert à désigner, la mimique qui ponctue le langage verbal), les gestes expressifs (ils expriment une émotion ou un sentiment), les gestes symboliques (ils sont conventionnels et relatifs à la culture).

Toutes ces dimensions de communication non-verbale sont alors un moyen, pour le patient aphasique, d'entrer en relation avec autrui et d'exprimer quelque chose de son identité interne. Il s'agit en quelque sorte de stratégies de compensation permettant de pallier aux troubles du langage tout en maintenant des capacités d'échange, d'interaction et d'expression.

D'autre part, Bergès a établi une classification de la communication non-verbale selon trois points⁵² :

1. La manière de dire, le geste est un compromis entre un fond commun de signification et la personnalité de celui qui l'exprime,
2. Le geste qui exprime la manière de le faire, il s'agit du geste action qui tend à modifier une situation donnée et qui est fortement liée à l'efficacité de son exécutant,
3. Le geste qui exprime la manière d'être, c'est le geste qui nous trahit, qui nous dévoile. Il révèle notre adresse, ou notre maladresse, notre prestance et notre spontanéité.

La communication non-verbale, dans tous ses aspects, a constitué un axe de travail principal dans la prise en charge de Mr V. et de Mr L., en raison de leurs aphasies respectives. Elle a davantage constitué un enjeu essentiel pour Mr L. qui n'a pas de langage. A travers des exercices sur l'intégration du schéma corporel et notamment au travers du mime, il s'agissait également de lui permettre d'acquérir la connaissance de certains gestes symboliques. Au cours de la prise en charge, Mr L. a pu trouver son propre langage gestuel. Ses mimiques faciales sont devenues plus marquées et expressives, son rire ou son mécontentement plus francs, et il s'appuie maintenant spontanément sur le toucher pour signifier quelque chose à l'autre.

B. Le rôle du silence et de l'écoute en thérapie psychomotrice.

Selon D. Le Breton : « Le silence n'est jamais le vide, mais le souffle entre les mots, le court repli qui autorise la circulation du sens, l'échange des regards, des émotions... »⁵³.

Qui dit dialogue corporel utilisé en thérapie psychomotrice, signifie parole mais aussi silence du corps, à la manière d'un réel échange verbal. Bien que la verbalisation soit très souvent privilégiée dans la clinique, il est important de rendre compte de la place importante et structurante du silence, en séances, auprès de patients aphasiques.

⁵² P. Kostka, 2000, p. 1

⁵³ D. Le Breton (1997), Du silence : essai, Editions Métailié.

A l'origine, le mot « silence » désignait l'absence de mouvements (d'objets ou de personnes), puis le fait de ne pas dévoiler sa pensée. Plus tard, il sera alors associé à l'absence de bruits et d'agitation ou à la notion de secret et d'interdit.

Le silence laisse place à l'attention nécessaire et à la compréhension pour les patients. Il peut être porteur d'une écoute individuelle ou collective. De plus, il constitue une pause dans le temps et l'espace, permettant un retour sur soi essentiel à la construction ou reconstruction identitaire de la personne aphasique. Il donne alors le moyen de s'évader un instant du trop-plein de stimulations pouvant être déstabilisantes et de « rencontrer » ses sensations internes, propres à la personnalité et à la sensibilité de chacun.

Dans le cas de l'aphasie de Mr L., le langage perd sa fonction première de communication. Il s'agissait alors, en tant que thérapeute, de lui permettre d'accéder à la communication d'une autre manière, en instaurant notamment un dialogue tonico-émotionnel, dialogue silencieux prenant ses origines à travers le corps. Là aussi, la médiation du mime a été particulièrement intéressante dans le sens où le silence a pu se charger d'expression et de sens pour le patient, et ne pas seulement être synonyme d'incapacité ou de perte de communication. Le travail autour de la respiration a pu également inviter Mr L. au silence et ainsi à la prise de conscience thoracique/abdominale, pouvant être le siège de tensions gênant la parole et la motricité.

Dans la pratique psychomotrice, l'accès au silence peut se faire dans un moment de détente et de relaxation, après une activité motrice par exemple. Il représente un moment suspendu laissant libre cours à l'imaginaire du patient, oubliant un instant les difficultés du quotidien. Le silence peut être bénéfique au sujet pour un travail de conscience corporelle, de proprioception et de repérage d'états émotionnels distincts, nécessaire à sa recherche d'identité. Mais il peut aussi avoir un intérêt pour le thérapeute. En effet, le silence du psychomotricien est fait d'écoute, de bienveillance, d'observations et de lectures du patient aphasique. Il lui permet une mise à distance nécessaire dans la relation thérapeutique.

Cependant, à la différence de la parole, le silence n'est pas un langage universel. Tandis qu'il peut être structurant et source de bien-être pour certains, il peut aussi devenir désorganisateur et source d'angoisses pour d'autres.

Le rôle du psychomotricien est ainsi d'utiliser le silence comme outil médiateur dans la mise en place d'une relation psychocorporelle authentique et solide avec le patient, de même que dans l'accompagnement de sa reconstruction identitaire, c'est donc ce qui fait une de ses spécificités.

C. Engagement corporel du psychomotricien et distance thérapeutique auprès des patients aphasiques

Les patients aphasiques ne pouvant trouver de repères narcissiques internes, il est important qu'ils puissent se raccrocher à une figure identitaire extérieure, comme celle du psychomotricien, pour ensuite construire la leur. Cela va permettre de « recréer » d'une certaine manière une identité chez le sujet à travers celle du thérapeute.

Aussi, il m'apparaît primordial de mettre en place une relation de confiance avec eux, dans laquelle la distance thérapeutique doit être sans cesse ajustée selon la personnalité de chacun.

Hall, précédemment cité, a montré qu'il existait autour de nous une zone émotionnellement forte ou encore un périmètre de sécurité individuel. On peut parler de « bonne distance » ou de « proxémie », elle est alors propre à chacun selon sa personnalité, son histoire personnelle, son état émotionnel ou selon les cultures. La proxémie correspond à la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction et un échange de communication.

Il va alors s'agir pour le psychomotricien de tenir compte de la « distance de sécurité » du patient, tout en initiant la relation et en donnant l'envie au sujet de venir vers lui.

La distance établie va être différente selon l'image que l'on se fait de l'autre, de même que selon son statut social ou la relation intime qui le lie à nous. Le patient a donc la possibilité de moduler ce périmètre selon ses propres affects et représentations. Cette distance va alors pouvoir soutenir le patient dans la construction de sa nouvelle image identitaire et dans ses relations sociales.

L'engagement psychomoteur du psychomotricien est essentiel auprès de patients aphasiques. Comme nous l'avons vu, la communication non-verbale est à privilégier avec eux. On parle d'ailleurs souvent de thérapies psychomotrices à médiation corporelle, dans lesquelles le corps « en relation » est au centre de la prise en charge de ces patients.

Il s'agit là pour le thérapeute de se rendre disponible à la fois corporellement, dans sa posture et la manière de se présenter au patient, mais aussi psychiquement.

Le psychomotricien doit donc s'impliquer corporellement dans chacune de ses prises en charge avec les patients post-AVC présentant une aphasie, du moins encore plus que d'habitude. Cependant, chaque professionnel s'implique à sa manière, selon sa nature, sa personnalité et son caractère.

Pour ma part, j'ai ressenti le besoin d'ajuster mon attitude en fonction des patients. Le contact étant plus vite passé avec Mr L., et ce dernier appréciant particulièrement l'humour et la spontanéité, je me suis principalement appuyée sur l'expressivité corporelle et les mimiques faciales. De plus, j'ai adopté un rythme assez dynamique (voix, mouvements) de manière à le « bousculer » dans ses habitudes. En revanche, la relation avec Mr V. a été davantage basée

sur l'échange d'expériences, de vécus et de connaissances culturelles à travers le dialogue verbal plus que corporel.

Dans tous les cas, pour pouvoir s'impliquer au mieux dans la séance avec ce type de patients et éviter tout débordement, le psychomotricien doit être très attentif à ses ressentis internes, c'est-à-dire à la fois à ses émotions, à ses tensions corporelles ainsi qu'à ses propres représentations. Pour cela, il est nécessaire qu'il ait une bonne conscience de son corps, de ses limites et qu'il soit « en phase avec lui-même » sur le plan psychique et sur le plan identitaire. En effet, je me suis rendue compte, surtout dans les premiers moments des prises en charge, que les patients avaient tendance à s'identifier aux thérapeutes et à se construire à travers eux. C'est pour cette raison que l'engagement du psychomotricien doit être total. En ce sens, il me semble important que ce dernier intègre le patient au projet de soin qu'il envisage pour lui. De cette manière, le patient se sent concerné par sa prise en charge, il peut davantage l'investir et être acteur de sa thérapie, ce qui participe à sa reconstruction identitaire.

Les trois années de formation en psychomotricité nous permettent de vivre de nombreuses expériences et situations venant nous bousculer, ce qui nous apprend à constamment nous adapter sur le terrain et à faire confiance à nos ressentis personnels.

J'ai pu ainsi m'apercevoir, lors de ma pratique psychomotrice avec les patients aphasiques post-AVC, que cette adaptation du thérapeute était ensuite tous les jours mise en jeu.

IV. Autres pistes de rééducation de l'AVC et de l'aphasie.

Tout au long de cette discussion, j'ai principalement axé mon développement autour de théories psychanalytiques et de la réadaptation des patients ayant eu un AVC. En effet, la notion d'identité étant à mi-chemin entre le champ de la psychomotricité et celui de la psychologie clinique, j'ai ainsi pu m'appuyer sur des concepts, psychomoteurs pour certains, et davantage psychologiques pour d'autres, ce qui m'a permis d'enrichir mon approche clinique auprès des patients concernés.

Cependant, il va de soi que l'orientation de réflexion et de rééducation que j'ai choisi m'appartient et est purement subjectif.

Il existe d'autres pistes de rééducation pouvant être mises en place avec les patients post-AVC et les patients aphasiques, notamment des approches plus spécifiquement motrices. Dans tous les cas, il est important de rappeler que ces patients nécessitent une prise en charge multidisciplinaire, laquelle demande une collaboration active entre les différents professionnels de santé.

Je vais donc exposer ici quelques programmes de rééducation que l'on peut être amenés à rencontrer lorsqu'on prend en charge des personnes cérébro-lésées. Auparavant distincts les

uns des autres, ceux-ci sont maintenant associés et utilisés ensemble pour les adapter au mieux au suivi de chaque patient.

A. Avancées de la rééducation

Différents programmes de rééducation neurodéveloppementale, de neurofacilitation proprioceptive et d'intégration sensori-motrices ont pour objectif de restaurer la fonction motrice chez les patients post-AVC, on peut notamment citer :

- Le concept Bobath⁵⁴
- La méthode Perfetti⁵⁵
- La méthode Brunnström⁵⁶
- La méthode Kabat⁵⁷
- La méthode de Rood⁵⁸.

Le biofeedback (ou BFB) est une autre méthode. Il utilise des appareils de contrôle qui détectent et matérialisent un processus physiologique dans le but de rendre immédiatement disponible, pour l'individu, une information sur son fonctionnement. Le sujet peut ainsi agir en conséquence directement sur l'objet de la mesure.

On peut également travailler autour de la répétition de tâches, ou tâches orientées. Il s'agit de la répétition d'une même séquence de mouvements dans le but d'en améliorer l'exécution chez les patients ayant eu une lésion cérébrale.

La rééducation des membres supérieurs peut aussi se faire par des mouvements bilatéraux simultanés. Cette technique spécifique a pour but de solliciter la motricité du membre hémiparétique avec le membre controlatéral sain par le biais de mouvements, symétriques ou non, réalisés bilatéralement. Ce type de rééducation s'appuie alors sur le phénomène de diffusions toniques du membre sain vers le membre hémiparétique (micro-contractions).

Enfin, l'imagerie mentale motrice peut représenter une autre piste de rééducation. Cette méthode consiste soit à évoquer et répéter mentalement une expérience motrice déjà vécue dans le passé, soit à évoquer l'image anticipatrice d'une nouvelle action, dans le but d'obtenir la réalisation ou la mémorisation d'un mouvement donné. Elle s'appuie sur la mémoire corporelle et les capacités de représentation mentale.

La thérapie par le miroir s'applique également aux patients devenus hémiparétiques à la suite d'un AVC. Elle permet une illusion de mouvement du membre parétique, agissant ainsi sur la

⁵⁴ Concept de rééducation développé dans les années 1940 grâce aux travaux et recherches de Madame Berta BOBATH (1907-1991), physiothérapeute allemande et de son mari le Docteur Karel BOBATH (1906-1991), neurologue.

⁵⁵ Médecin italien et neurologue de formation.

⁵⁶ S. Brunnström est une physiothérapeute suédoise.

⁵⁷ Physicien américain et médecin en neurosciences.

⁵⁸ Ergothérapeute et physiothérapeute américaine.

plasticité cérébrale. L'étude de la littérature montre des effets bénéfiques de cette technique de rééducation sur la commande motrice, la proprioception consciente, et même l'héminégligence.

B. Conclusion

La personne victime d'un AVC mais également aphasique présente un contexte pathologique complexe qui va influencer sur la progression de la rééducation et qu'il ne faut alors pas négliger. C'est donc dans un cadre spécifique à chaque patient que le psychomotricien, ainsi que l'ensemble des intervenants, doit s'adapter.

L'intégration de l'entourage au projet de soins semble être un moyen intéressant d'accompagner le patient et de le stimuler tout au long de sa prise en charge. L'éducation thérapeutique peut aussi faire partie des compétences du psychomotricien, de façon à permettre au sujet d'acquérir des connaissances en termes de prévention et de rééducation sensori-motrices au quotidien.

Bien que peu présents en établissements de SSR, les psychomotriciens me semblent avoir toute leur place dans la prise en charge de pathologies neurologiques graves. Cependant, on observe encore en clinique que, dans ce domaine, la psychomotricité n'apparaît pas comme le premier type d'intervention auprès des patients. Pourtant, l'approche psychomotrice, à travers la médiation corporelle, apporte un regard différent et global sur la personne, permettant de restaurer le lien à soi, aux autres mais aussi à l'environnement.

Je pense qu'il serait alors intéressant d'intégrer davantage les psychomotriciens au parcours de soins initial des patients, même en phase aiguë de la maladie.

CONCLUSION

Hémiplégie, aphasie, troubles sensitifs ou encore troubles cognitivo-comportementaux, sont autant de symptômes retentissant dans la vie quotidienne des patients ayant eu un AVC et dans celle de leur entourage. Mais l'apathie, le désinvestissement corporel et le traumatisme identitaire demeurent également lourds de conséquences dans leur manière d'être au monde. L'AVC touche alors l'individu dans sa globalité. En ce sens, la psychomotricité apparaît pertinente et trouve toute sa place dans la prise en charge de cette pathologie.

Cette 3^{ème}, et dernière année de formation, a été l'occasion pour moi de pousser davantage mes observations en tant que future psychomotricienne et de m'interroger plus concrètement sur les liens théorico-cliniques, afin d'enrichir mon expérience au contact des patients.

Ma pratique clinique, en établissement de SSR auprès de personnes aphasiques post-AVC, a pour cela été source de découvertes et de questionnements qui m'ont permis, par la suite, de développer et de construire ma démarche de réflexion. A travers ce mémoire, j'ai donc choisi d'articuler la notion du sentiment d'identité chez l'adulte cérébro-lésé avec l'approche psychomotrice et ses spécificités.

L'approche et la prise en charge d'une double problématique, à la fois celle de l'AVC mais aussi celle de l'aphasie, m'a intrigué et a suscité en moi une envie d'aller plus loin dans la compréhension des mécanismes psychocorporels entrant en jeu chez ces patients. Cela a représenté un enjeu de taille, lequel m'a particulièrement donné envie de m'y investir corps et âme.

La pratique auprès de cette population m'a beaucoup apporté, que ce soit sur un plan professionnel, en termes d'expériences psychomotrices acquises, autant que sur un plan personnel. J'ai ainsi pu développer mes capacités d'adaptation et ma créativité, affiner ma propre communication non-verbale ou encore ajuster ma façon de m'exprimer envers les patients en adoptant une voix plus calme et posée et des consignes plus courtes et précises. Au final, j'ai appris à m'affirmer davantage dans mon statut de future professionnelle au travers de mes propositions thérapeutiques.

Sur la durée de mon stage, j'ai ainsi pu constater certains changements dans la manière d'être et d'interagir de Mr L. et de Mr V. Cependant, l'AVC est une pathologie complexe aux conséquences graves et multiples, il faut souligner qu'elle nécessite alors une prise en charge pluridisciplinaire sur le long terme, chaque acteur de soins et de rééducation jouant un rôle essentiel. Le travail en équipe n'en est que plus enrichissant car il permet d'associer les compétences de chacun.

Cette expérience de « travail » et d'échange auprès de ces patients a donc été passionnante pour moi. Elle m'a permis d'en découvrir davantage sur les particularités du métier de psychomotricien et sur l'étendue de son champ d'intervention. De cette manière, j'ai pu m'interroger sur le suivi des patients à la sortie d'un établissement de SSR. Des prises en charge en hôpital de jour peuvent leur être proposées, mais dans le cadre d'un retour à domicile, ne serait-il pas également intéressant que les psychomotriciens puissent intervenir au domicile même de la personne de façon à l'accompagner au mieux dans son quotidien et dans ses nouveaux projets de vie ?

Suite au plan AVC mis en place en 2010, des campagnes de prévention ont été développées. Cependant, celles-ci restent globales et ne rendent, selon moi, pas suffisamment compte de toutes les répercussions et les troubles pouvant subvenir chez les patients. L'aphasie pourrait notamment faire l'objet de campagnes plus spécifiques de façon à ce que chacun mesure l'impact d'un tel symptôme. Des ateliers d'éducation thérapeutiques permettraient peut-être également de sensibiliser davantage le patient ainsi que sa famille. A l'issue de ce stage je pense donc que la psychomotricité peut encore agrandir son champ de compétences.

Bibliographie

ALBANESE J., BRUDER N. (2013), *Accident vasculaire cérébral et réanimation*, Paris, Springer-Verlag France.

ALBARET J.-M., AUBERT E. (2003), *Viellissement et psychomotricité*, Marseille, Editions Solal.

AZOUVI P., BUSSEL B. (2003), *Rééducation de l'hémiplégie vasculaire*, Paris, Editions Frison-Roche.

BALLOUARD C. (2001), *L'aide-mémoire de psychomotricité*, Paris, Dunod.

DAUMAS-DUPORT B., AUFFRAY-CALVIER E., GUILLON B., DE KERSAINT GILLY A., DESAL H.A- (2008), *Accidents vasculaire cérébraux ischémiques*, Paris, Elsevier Masson.

DOSQUET P., XERRI B., RUMEAU-PICHON C. (2005), *Prise en charge initiale des patients atteints d'accident vasculaire cérébral*, HAS, Paris, Elsevier SAS.

DUTEMS-CARPENTIER C., GIRAUD-BERGER C. (2009), Accompagner en psychomotricité les patients âgés après un accident vasculaire cérébral, *Evolutions Psychomotrices*, volume 21 - n°85, pp. 130-138.

EUSTACHE F., FAURE S., DESGRANGES B. (1996), *Manuel de neuropsychologie*, Paris, Dunod, 2013 (4^{ème} édition).

EUSTACHE F., LECHEVALIER B. (1993), *Langage et aphasie*, Paris, De Boeck Université.

GANONG W. (2005), *Physiologie médicale*, De Boeck Supérieur, Bruxelles (2^{ème} édition).

GOLSE B. (2010), « Se souvenir dans la tête, se souvenir dans le corps », *Réminiscences*, Toulouse, Erès « hors collection », pp. 31-52.

GRUN A. (2008), *L'art de bien vieillir*, Paris, Editions Albin Michel.

HENNERICI M.G., DAFFERTSHOFER M., CAPLAN L.R., SZABO K. (2009), *Accidents vasculaires cérébraux, Cas cliniques*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences.

HETU J.-L. (2007), *Psychologie du vieillissement : comprendre pour intervenir*, Québec, Groupéditions.

HUGEUX P. (2005), *Le handicap moteur, facteur de vieillissement prématuré ?*, Paris, CRAMIF.

JUHEL J.-C., (2010), *La psychomotricité au service de la personne âgée, Réfléchir, agir et mieux vivre*, Chronique Sociale, Lyon.

KOLB B., WHISHAW I.Q. (2002), *Cerveau et comportement*, Paris, De Boeck.

LANDARD M. (2011), *Accident vasculaire cérébral et rupture du sentiment d'identité – Mémoire en vue du DE de psychomotricité*, Paris.

LE BRETON F., DAVENNE B. (2010), *Accident vasculaire cérébral et Médecine Physique et de Réadaptation : actualités en 2010*, Paris, Springer-Verlag France.

LE ROUZO M.-L. (2008), *La personne âgée, Psychologie du vieillissement*, Paris, Editions Breal.

MAREAU C., VANEK DREYFUS A. (2004), *L'indispensable de la psychologie*, Paris, Studyrama.

MORIN C. (2009), *Retour à domicile après un accident vasculaire cérébral*, Paris, John Libbey Eurotext.

MUCCHIELLI A. (2013), *L'identité*, Paris, Presses universitaires de France, 9^{ème} édition.

PELISSIER J. (1988), *Hémiplégie vasculaire de l'adulte et médecine de rééducation*, Paris, Masson.

PELISSIER J., BUSSEL B., BRUN V. (2005), *Innovations thérapeutiques et hémiplégie vasculaire, Problèmes en médecine de rééducation*, Paris, Masson.

PERSONNE M., (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Editions Erès, Toulouse.

PINAULT C., DE HENNEZEL M. (2014), *J'ai choisi de me battre, j'ai choisi de guérir*, livre numérique, Versilio.

PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps – De la pratique aux concepts*, Paris, Dunod.

POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien – Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès, 2012.

RUANO-BORBALAN J.C. (1998), *L'identité : l'individu, le groupe, la société*, Auxerre, Editions Sciences Humaines.

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Editions Solal.

Glossaire

- Accommodation : processus de mise au point opéré par l'œil pour voir à des distances différentes.
- Agrammatisme : trouble rencontré dans les aphasies d'expression et caractérisé par la réduction des mots grammaticaux, des désinences et des marques syntaxiques en général.
- Alexie : incapacité que présente un individu à lire et comprendre ce qui est écrit.
- Anévrisme : gonflement d'une artère cérébrale ou formation d'un petit sac.
- Anomie : trouble du langage survenant lors de l'aphasie, caractérisé par une difficulté pour le patient à trouver ses mots.
- Anosodiaphorie : indifférence d'un individu à sa propre maladie.
- Anosognosie : trouble neuropsychologique désignant la méconnaissance par l'individu de sa maladie, de son état ou de la perte d'une capacité fonctionnelle.
- Anticorps : protéine du sang, synthétisée par les cellules du système immunitaire, en réponse à la pénétration d'un corps étranger (antigène) dans l'organisme.
- Apathie : nonchalance, indifférence de quelqu'un poussée jusqu'à l'insensibilité, lenteur à agir ou à réagir, passivité.
- Aphasie : affection neurologique caractérisée par une perturbation de l'expression ou de la compréhension du langage parlé et écrit, à la suite d'une lésion du cortex cérébral.
- Appositionnel : relatif à une apposition, juxtaposé.
- Apraxie : trouble de la réalisation du geste moteur.
- Arginine vasopressine : hormone peptidique synthétisée par l'hypothalamus, qui a principalement un rôle antidiurétique au niveau du rein.
- Athérome : dépôt de plaques riches en cholestérol sur la paroi interne des artères, finissant par provoquer l'athérosclérose.
- Athérosclérose : maladie dégénérative des artères, très répandue, due à l'athérome et entraînant un épaississement et un durcissement de leurs parois, gênant alors la circulation sanguine.
- Commissure : territoire tissulaire où se réunissent deux parties, ou qui sert de pont entre deux parties.

Conjonctif (tissu) : tissu de soutien relativement solide et plus ou moins fibreux, dont le rôle consiste à protéger les organes qu'il entoure.

Cristallin : lentille biconvexe, située dans le globe oculaire en arrière de l'iris de l'œil, qui intervient dans l'accommodation.

Cyphose : déformation en forme de voûture de la colonne vertébrale, angulation à convexité (bosse) postérieure, c'est-à-dire dont la courbure regarde en arrière.

Cytoarchitectonie : manière dont les cellules nerveuses sont disposées au sein du cortex.

Diastasis : séparation pathologique de deux os parallèles au niveau de leur extrémité.

Dysarthrie : difficulté à articuler les mots, due à une atteinte des centres nerveux.

Dyslipidémie : anomalie qualitative ou quantitative d'un ou de plusieurs lipides plasmatiques : HDL-cholestérol, LDL-cholestérol, triglycérides. Plusieurs de ces anomalies sont liées au risque cardiovasculaire.

Ecchymose : tache cutanée résultant d'un épanchement de sang dû à une maladie (hémophilie) ou à un traumatisme.

Effecteur : organe musculaire ou glandulaire qui entre en activité en réponse à un stimulus donné.

Escarre : nécrose de la peau et des tissus sous-jacents, formant une croûte noire puis un ulcère, survenant surtout chez les personnes alitées.

Fauchage : trouble de la marche d'origine neurologique caractérisé par une raideur des membres inférieurs, décrivant alors un arc de cercle.

Flexibilité mentale : capacité à passer d'une tâche cognitive à une autre, à passer d'un comportement à un autre selon les situations et à s'adapter au changement et à la nouveauté.

Fornix : faisceau de fibres nerveuses originaires de l'hippocampe et qui vont à l'hypothalamus. Il appartient au système limbique.

Génome : ensemble du matériel génétique, c'est-à-dire des molécules d'ADN, d'une cellule.

Gnosies : connaissances du monde construites à partir des expériences sensorielles.

Hémorragie intraparenchymateuse : irruption de sang au sein du parenchyme cérébral (tissu dont les cellules ont une activité physiologique, par opposition aux tissus de liaison et de soutien).

Hémorragie méningée : hémorragie dans les espaces sous-arachnoïdiens.

Histologie : spécialité médicale ou biologique qui étudie au microscope la structure des tissus des êtres vivants.

Holistique : relatif à l'holisme, doctrine philosophique qui consiste à considérer les phénomènes comme des totalités.

Homéostasie : processus de régulation par lequel l'organisme maintient les différentes constantes du milieu intérieur (ensemble des liquides de l'organisme) entre les limites des valeurs normales.

Homonculus : silhouette du corps représentant les tailles respectives des projections des différentes régions dans le cortex somatosensoriel ou moteur.

Hypertonie plastique : on parle d'hypertonie plastique lorsqu'un membre du corps garde la position qui lui est donnée ou que la mobilisation du membre amène une résistance qui cède par à-coups.

Hypertonie spastique : une hypertonie est dite spastique ou élastique lorsque le membre mobilisé revient à sa position d'origine lors de l'arrêt de la mobilisation.

Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population, pendant un temps donné.

Intrapsychique : qui est interne à l'appareil psychique.

Introjecter : fait de prendre les qualités de l'autre à l'intérieur de soi pour se les approprier.

Kinesthésie : perception de la vitesse, de l'amplitude et de la direction des mouvements dans l'espace.

Labilité émotionnelle : variabilité et instabilité des manifestations émotionnelles pouvant osciller rapidement entre explosion de joie et crises de colère ou de larmes.

Mélatonine : hormone sécrétée par l'épiphyse (organe situé au-dessus du diencephale à fonctions sécrétoire et/ou sensorielle, qui intervient notamment dans la régulation des rythmes biologiques.

Mycose : infection provoquée par un champignon microscopique.

Neurectoblaste : partie de l'ectoblaste ou ectoderme, feuillet primitif embryonnaire, les autres étant l'endoderme et le mésoderme.

Neuroblaste : cellule nerveuse embryonnaire.

Normothymie : état de l'humeur lorsqu'elle est stable, à égale distance entre manie et dépression.

Noyaux gris centraux : regroupements de substance grise situés à l'intérieur de l'encéphale et appelés également ganglions de la base.

Paraphasie : trouble du langage oral constitué par des transformations de phonèmes ou de mots, qui s'observe au cours de l'aphasie.

Plexus choroïdes : organes situés à l'intérieur des ventricules intracérébraux responsables de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien.

Polygone de Willis : il constitue le principal système anastomotique réunissant les circulations antérieures et postérieures homo- et contralatérales (cercle artériel fermé). Ce cercle anastomotique fonctionne comme un système de sécurité, si l'un des axes se montre déficient, l'apport sanguin des autres compense cette déficience.

Prévalence : rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, à un moment ou pendant une période donnés.

Propositionnel : qui est soumis à la réflexion.

Prosodie : étude des phénomènes de l'accentuation et de l'intonation de la voix.

Réflexe myotatique : réflexe spinal monosynaptique qui est la contraction d'un muscle en réponse à son étirement.

Rhinorrhée : écoulement de liquide provenant des fosses nasales ou des sinus.

Somatognosie : connaissance que l'on a de son corps et des relations entre ses différentes parties.

Télangiectasie sénile : dilatation permanente des petits vaisseaux sous-cutanés.

Thromboembolique : se dit d'un processus au cours duquel se forment des caillots intravasculaires susceptibles de migrer et de provoquer des embolies.

Trachéo-bronchique : qui concerne la trachée et les bronches.

Volume résiduel : volume d'air qui reste dans les poumons après avoir effectué une expiration forcée, c'est-à-dire avoir vidé les poumons de tout l'air qu'ils contiennent.

Résumé

En raison de son incidence et de sa gravité, l'Accident Vasculaire Cérébral représente un véritable enjeu de santé publique. Ses répercussions sur l'individu sont larges, elles vont, des séquelles motrices et des troubles du langage, à une profonde atteinte identitaire, handicap moins visible mais tout aussi invalidant. Aussi, en tant que psychomotriciens, nous avons un rôle thérapeutique à jouer dans la prise en charge de ces patients victimes d'AVC, afin de les accompagner à vivre un tel traumatisme et à restaurer leur investissement psychocorporel. Mais dans quel domaine, selon quel cadre et par quels moyens peut-on les aider ? Telles sont les questions exposées dans cet écrit.

Mots clés : psychomotricité – AVC – aphasie – vieillissement – identité

Abstract

Because of its incidence and its severity, the cerebrovascular accident represents a public health issue. There are many effects on the individual, they go, from motor after-effects and speech disorders, to a deep identity infringement, less visible handicap but also invalidating. As psychomotor therapist, we have a therapeutic role to play in the management of these patients victims of Stroke, in order to accompany them to live such a trauma and to restore their physical and psychic involvement. But in what domain, according to which framework and how can we help them ? These are the questions that have been exposed in this writing.

Key words : psychomotricity - cerebrovascular accident - aphasia - ageing - identity