



HAL
open science

La psychomotricité en diabétologie : quand le pied fait défaut au corps

Julie Saliou, Camille Villemin

► **To cite this version:**

Julie Saliou, Camille Villemin. La psychomotricité en diabétologie : quand le pied fait défaut au corps. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359594

HAL Id: dumas-01359594

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359594>

Submitted on 2 Sep 2016

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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITÉ

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de
Psychomotricité

La Psychomotricité en Diabétologie

Quand le pied fait défaut au corps

SALIOU Julie
VILLEMIN Camille

Référent de mémoire : GIROMINI Françoise

Session Juin 2016

Remerciements

Merci à A. Gatecel et au Pr. A. Hartemann de nous avoir permis de faire ce stage qui nous a tant appris,

Merci à F. Giromini pour sa contenance, pour ses critiques toujours constructives et pour nous avoir permis d'apercevoir sa vision très actuelle de la psychomotricité,

Merci à O. Grim, V. Cocaign, M. Fradet, F. De Palma et L. Crépu d'avoir fait grandir nos réflexions,

Merci à nos maîtres de stage pour nous avoir fait découvrir leur psychomotricité et de nous avoir toujours poussé aux questionnements,

Merci à l'équipe qui nous a accueillie, en nous laissant nous faire une place au sein d'eux,

Merci à tous les patients qui ont accepté notre prise en charge, notamment M. B.,

Merci à nos nombreux correcteurs acharnés et passionnés,

Merci à notre groupe 8 et plus particulièrement aux Tuyautes avec qui on a grandi, évolué et mûri nos postures de psychomotriciennes en devenir. Merci pour votre folie, votre amour et votre soutien,

Merci à tous pour vos précieux conseils.

Je remercie ma mère pour m'avoir toujours soutenu dans mes études même si elle ne connaissait pas ce métier qui me passionne au départ, pour m'avoir transmis ses connaissances sur le diabète, mais surtout pour son amour et son grain de folie au quotidien.
Merci de m'avoir appris à persévérer,

Merci à ma sœur Manon d'avoir toujours été là pour me soutenir, pour me faire rire et pour m'aider à comprendre la psychologie et ses auteurs,

Merci à ma famille plus généralement pour m'avoir poussé dans l'écriture de ce mémoire, pour m'avoir soutenu et m'avoir envoyé toutes leurs ondes positives,

Merci à mes amis qui m'ont permis de me changer les idées, qui se sont intéressés à mes études et qui ont su m'écouter quand j'en avais besoin,

Enfin merci à Camille de m'avoir suivi, épaulé et soutenu dans ce stage et l'écriture de ce mémoire. Merci pour avoir passé des journées entières à ne penser qu'au mémoire. Merci pour ton amour, ta joie de vivre, ton rire. Bravo pour tes réflexions que j'ai vu s'affiner de jour en jour, pour ton raisonnement qui s'enrichissait et, toutes tes qualités en tant que psychomotricienne. Tu vas faire une psychomotricienne de folie !

Julie

Je remercie plus particulièrement mes parents, Bernadette et Michel et, ma sœur, Jessica qui m'ont inculqué tant de valeur et de réflexion. Merci de m'avoir permis de réaliser mes rêves et de vivre de mes passions. Merci de m'avoir toujours soutenue et d'avoir fait preuve de patience. Merci surtout pour votre amour qui me porte chaque jour,

Merci à mon frère, Benjamin, qui me protège dans chaque étape de ma vie,

Merci à toute ma famille pour leur confiance,

Merci à Maxime pour sa folie, sa douceur et son amour. Merci pour ces découvertes et ces voyages inoubliables,

Merci à mes amis qui sont un intermède, une bouffée d'air frais et qui m'ont permis d'appréhender au mieux chaque difficulté. Merci pour votre présence et votre amour,

Merci au Trio du RER pour avoir refait le monde ensemble,

Merci à AICaMa, PSF et ABAPE pour cette expérience unique au Burkina Faso, la boucle est bouclée,

Un dernier merci tout particulier à Julie, ma partenaire dans ce mémoire mais surtout mon amie. Merci pour ces moments de réflexion et d'écriture n'importe où mais surtout pieds nus. Quelle évolution tout au long de ces 3 années. *On ne force pas une fleur à s'ouvrir, mais on peut favoriser son éclosion en ne lui cachant pas le soleil.* Ma jolie douceur, merci pour tout. Merci d'avoir partagé ce stage, ce mémoire, ces journées intensives de réflexions, ces repas, ces journées au soleil et ces soirées.

Je vous dédie, avec amour, ce mémoire : c'est grâce à vous !

*«Comme un papillon qui s'envole
Sur un bout de Terre se pose
A ses yeux mille farandoles
D'images du monde prenant la pose ...» B.*

Camille

[Le pied représente] notre point d'appui sur le sol, la partie sur laquelle tout notre corps repose et se repose pour les déplacements, les mouvements. C'est lui qui nous permet de nous «pousser» vers l'avant et, par conséquent d'avancer, mais aussi de bloquer nos appuis et [ainsi] de camper sur nos positions. Le pied représente donc le monde des positions, l'extrémité manifestée de notre relation au monde extérieur. Il symbolise nos attitudes, nos positions affirmées et reconnues, le rôle officiel que nous jouons. [...] Il représente nos critères de vie, voire nos idéaux. Il s'agit de la clé symbolique de nos appuis «relationnels». [...] C'est enfin un symbole de liberté, car il permet le mouvement¹.

[Les maux de pied] expriment les tensions que nous ressentons par rapport à nos positions face au monde. Ils signifient que nos attitudes habituelles, [...] les positions que nous prenons ou que nous avons manquent de fiabilité, de stabilité ou de sécurité².

[Les orteils] représentent les terminaisons «fines» de ces points d'appui. Ils sont les «détails», les «finitions» de ceux-là et par conséquent les terminaisons de nos positions, les détails de nos croyances ou les ponctuations de nos attitudes relationnelles³.

¹ M. Odoul, 2002, p. 137

² *Ibid.* p. 138

³ *Ibid.* p. 140

SOMMAIRE

Introduction	11
I. Le diabète	14
A. Généralités	14
B. Le pied diabétique	18
II. L'institution	21
A. Présentation des centres de référence du pied diabétique à risque	21
B. Présentation de l'unité de podologie	22
C. Présentation des patients	23
D. Indication du médecin	24
E. Rôle de la psychomotricité	26
III. La clinique psychomotrice	29
A. Présentation de l'évaluation psychomotrice	29
B. Etude de cas	32
1. Mme R.	32
a. Anamnèse	32
b. Evaluation psychomotrice	33
c. Projet thérapeutique	34
1. M. B.	35
a. Anamnèse	35
b. Evaluation psychomotrice	36

c. Projet thérapeutique	37
2. M. H.	38
a. Anamnèse	38
b. Evaluation psychomotrice	39
c. Projet thérapeutique	40
IV. Problématique du désinvestissement corporel	41
A. La vieillesse	41
B. Les manifestations psychologiques	43
1. Le deuil	43
2. La dépression	45
3. L'anxiété et l'angoisse	46
4. L'identité	47
5. La résilience	49
C. Les manifestations psychomotrices	51
1. Le tonus	51
a. Les rôles du tonus	51
b. Le tonus et les émotions	52
c. Le dialogue tonique et les manifestations émotionnelles	53
d. Tonus et sensorialité	54
2. La représentation du corps	55
a. La douleur	55
b. La perception et la représentation du corps	57
D. La verticalité et l'axialité	62
1. La verticalité et la verticalisation	62
2. L'axialité psychomotrice	62

V. Thérapeutique psychomotrice	64
A. Les médiations et techniques utilisées	64
1. La relaxation progressive	64
2. La relaxation activo-passive	66
3. L'eutonie	67
4. La respiration	68
a. Généralités	68
b. La relaxation dynamique psychomotrice	69
5. Le toucher thérapeutique	71
6. La relaxation psychomotrice	73
B. La conceptualisation des séances de psychomotricité	75
1. La méthodologie psychomotrice	75
2. Le déroulement des prises en charge	79
a. Mme R.	79
b. M. B.	83
c. M. H.	86
Conclusion	88
Bibliographie	92
Liste des annexes	96
Annexe 1	97
Annexe 2	98
Annexe 3	100
Annexe 4	103

Annexe 5	105
Annexe 6	106
Annexe 7	107
Annexe 8	108
Annexe 9	109

Introduction

Chacun d'entre nous est porteur d'une histoire qui lui est propre et qui ne ressemble à aucune autre.

C'est ainsi que le choix de nos études résulte d'un cheminement personnel étayé par des événements, des expériences et des rencontres.

Au cours de nos années d'études de psychomotricité, que ce soient les travaux dirigés, les options ou les stages de formation, nous avons beaucoup appris et, surtout, à nous connaître et à nous exprimer. Nous avons pris le temps de découvrir nos qualités et nos faiblesses. Nous avons augmenté nos capacités d'écoute et d'attention à l'autre, nous avons évalué la juste distance relationnelle entre soi et autrui. Nous avons affiné notre présence à l'autre par le biais du regard, de la posture et des communications verbales ou infraverbales. Parallèlement, nous avons été invitées à théoriser la multiplicité de ces expériences dans le cadre des cours théorico-cliniques en amphithéâtre. Nous avons compris qu'une même maladie peut avoir des répercussions différentes selon chacun et s'exprimer avec une infinité de possibilité en termes de comportements et de pensées.

Ces expériences formatrices et ces nouveaux savoirs nous ont permis d'approfondir nos réflexions nous confortant dans l'idée de l'intérêt d'une approche globale du patient au moyen de médiations et de techniques spécifiques à la psychomotricité relationnelle.

En psychomotricité, dans tous les travaux dirigés pratiques, la première chose que l'on nous demande c'est d'enlever nos chaussures ! Et nous avons beaucoup réfléchi à la symbolique de ce geste : dans notre pays, dans la vie quotidienne, les pieds sont «loin de nous», cachés des regards, la plupart du temps enfermés dans des chaussures. Le simple fait de nous mettre pieds nus pour travailler la conscience corporelle par exemple, nous a conduit à les percevoir de façon différente, par le regard, par le toucher, ce qui a affiné nos sensations telles que la forme, la texture, le froid, le chaud. Nous avons amélioré la perception de nos appuis et il en est résulté une meilleure stabilité et un ancrage dans le sol plus solide. Nous avons, par ce biais, pu appréhender au mieux l'espace et la verticalité.

Ces gestes en apparence simples, presque anodins, ont transformé non seulement l'image que nous nous faisons de notre propre corps, mais surtout ils nous ont permis

d'aborder le monde de nos futurs patients en intégrant progressivement l'essence même de notre futur métier.

Nous vous invitons donc, non pas à enlever vos chaussures ! Mais à parcourir avec nous ce chemin qui nous a permis de faire un stage de formation professionnelle dans le service de diabétologie du Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière – Charles Foix dirigé par le Pr. A. Hartemann, dans son unité de podologie⁴.

Nous avons été marquées lors de nos premiers jours de stage par des patients qui nous sont apparus régressés, présentant un désinvestissement global de leur corps accompagné d'un axe corporel effondré. La plupart de ces patients étaient des personnes plutôt âgées, malades chroniques.

Nous nous sommes alors demandées **quel pourrait être l'intérêt de la psychomotricité dans une unité de podologie en diabétologie.**

Nous sommes donc parties de nos observations pour pouvoir en comprendre les enjeux. Puis, nous avons réfléchi aux moyens que nous allions mettre en oeuvre pour pallier ce désinvestissement corporel et, enfin, nous avons élaboré notre réflexion grâce à nos observations, en nous référant à la théorie psychomotrice

Ce stage étant expérimental, il s'est déroulé sans psychomotricien professionnel sur place avec l'assentiment et les encouragements de notre Directrice, A. Gatecel que nous remercions pour son esprit d'ouverture et d'innovation. Nous avons bien sûr demandé conseil auprès de professionnels aux moyens de rendez-vous réguliers tout au long de notre stage et nous nous sommes également appuyées sur les écrits théoriques existants pour développer notre réflexion.

Nous avons fait le choix d'écrire ce mémoire à 2 voix ce qui nous a permis d'approfondir et d'enrichir mutuellement nos modalités d'observation et notre élaboration clinico-théorique.

Nous avons été passionnées à l'idée de faire ce stage ouvrant à de nouveaux champs auxquels appliquer la psychomotricité tels que les maladies de civilisation et en particulier, le diabète.

⁴ Cf. *Infra*. Annexe 1, p. 97

Ce mémoire est aussi modestement destiné aux médecins pour leur faire découvrir et leur permettre de mieux comprendre, peut-être, la spécificité de notre approche en psychomotricité, ainsi que la nécessité de notre place au sein d'un tel service.

Et maintenant entrez avec nous dans le «corps» du sujet ...

I. Le diabète

A. Généralités

Le diabète vient du grec ancien *dia-baino* «passer au travers», «traverser». C'est une maladie chronique apparaissant lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline produite. Il entraîne une mauvaise régulation de la concentration de sucre dans le sang. Il en résulte une hyperglycémie. C'est un effet fréquent du diabète non contrôlé conduisant avec le temps à des atteintes graves de nombreux systèmes organiques et plus particulièrement des nerfs et des vaisseaux sanguins.

Le diabète est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une glycémie à jeun supérieure à 1,26g/L (7mmol/L), à 2 reprises, suffisante pour affirmer le diagnostic ou glycémie supérieure à 2 g/L (11,1mmol/L) à n'importe quel moment de la journée⁵.

Le diabète recouvre principalement 2 maladies différentes :

- Le diabète insulino-dépendant (type 1), qui survient le plus souvent avant l'âge de 20 ans et représente 10 à 15 % des diabètes,
- Le diabète non insulino-dépendant (type 2), qui survient le plus souvent après l'âge de 50 ans et représente 85 à 90 % des diabètes⁶.

Il existe aussi le diabète gestationnel, le diabète d'origine génétique «*Maturity-Onset Diabetes of the Young*» et des maladies pouvant entraîner un diabète comme la mucoviscidose.

Nous nous intéressons plus spécifiquement au diabète de type 2 car c'est celui que nous trouvons sur notre terrain clinique.

Le diabète de type 2 n'est pas une maladie auto-immune. Elle se caractérise par une insulino-résistance (défaut d'action de l'insuline) au niveau des tissus périphériques

⁵ A. Grimaldi, 2004, p. 85

⁶ *Ibid.* p. 83

(muscles, foie, tissu adipeux) et une anomalie des cellules bêta pancréatiques responsables d'une sécrétion d'insuline ne pouvant plus contrer à long terme cette insulino-résistance.

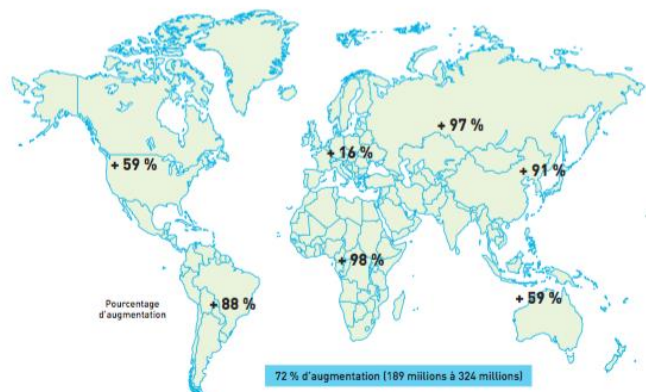
L'apparition de ce type de diabète est renforcée par le sexe, la surcharge pondérale, la sédentarité, l'âge, l'origine génétique, les habitudes alimentaires et l'hypertension artérielle.

En 1952, l'OMS définit «la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins) et de réadaptation»⁷. Le diabète est donc un problème de santé publique.

En France, on dénombre en 2007 environ 2,5 % de diabétiques, soit 1,3 millions de diabétiques connus et 200 à 300 000 diabétiques qui s'ignorent. En 2009, on comptabilise 3,5 millions de diabétiques. En 2012, 4,6 % de la population est diabétique, on observe donc en 5 ans une nette augmentation. Enfin, en 2015, les autorités supposent qu'il y a environ 700 000 diabétiques non diagnostiqués. Le diabète est donc en forte expansion comme en témoigne la figure ci-dessous.

Figure 1 : Evolution du Diabète 2003-2025, étude de 2006⁸ :

Évolution globale du diabète 2003-2025



⁷ http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_publicque/90008

⁸ Etude prospective de C. Mathers et D. Loncar signalée dans PLOS médecine par P. Benkimoun dans Le Monde du 30 novembre 2006 : les maladies cardiovasculaires passeraient de 16,7 millions de morts en 2002 à 23,3 millions en 2030, les cancers de 7,1 à 11,5 dont les cancers dus au tabac de 6,4 à 8,3 millions

On peut dire que les maladies de civilisation sont liées à de mauvaises habitudes alimentaires. D'après le Pr. H. Joyeux, chirurgien oncologue, l'alimentation est liée au système immunitaire, à la santé. Elle est source de plaisir. Il parle de 3 composantes de la santé : le corps, l'esprit et la relation entre les 2⁹.

Selon le Pr. A. Girmaldi, le diabète est une maladie de civilisation dont la présence est liée, dans les pays développés, à l'augmentation de la durée de vie et à la détérioration des conditions psychologiques de la vie collective. L'amélioration de l'espérance de vie se traduit par un accroissement de la population dite du troisième âge (voire du quatrième âge), c'est-à-dire d'une catégorie de personnes âgées particulièrement fragiles devant la maladie et donc «consommatrices» de soins. Les maladies de civilisation pourraient être définies comme un fléau du grand âge et de la vie moderne dont la forte expansion serait relativement récente. Elles touchent en priorité les pays développés. Les pays en voie de développement commencent aussi à en être victime.

Pour P. Schmoll¹⁰ : «le cancer [ou ici le diabète] n'est donc pas qu'une maladie du vieillissement, il est aussi un effet de la modification de l'environnement humain dans nos sociétés modernes. [...] une industrialisation et une urbanisation qui sont sources d'une pollution accrue et par une élévation du niveau de vie matériel qui encourage les régimes trop riches en sucres, protéines et graisses. Ajoutés à la consommation accrue de tabac et d'alcool, ces éléments peuvent tous constituer, à des degrés divers, des facteurs pathogènes.»

Les maladies étaient principalement naturelles et d'origine bactérienne, aujourd'hui elles sont artificielles et amplifiées par l'Homme. La modification de notre mode de vie a entraîné un changement dans notre environnement. Cela a fait de nous les instigateurs de nos maladies dans le sens où nous accélérons et nous augmentons leur propagation.

⁹ Conférence du Pr.H. Joyeux «Nutrition et prévention des maladies de civilisation» le 18 février 2016

¹⁰ P. Schmoll, 1982, p. 149-157

Les complications du diabète de type 2 sont :

- L'insuffisance rénale est une altération du fonctionnement des 2 reins qui ne filtrent plus correctement le sang,
- La microangiopathie diabétique. L'hyperglycémie chronique est en effet responsable de perturbations précoces de la microcirculation (une augmentation du débit, de la pression et de la perméabilité capillaire, une tendance thrombogène)¹¹,
- La rétinopathie diabétique se développe sur 2 modes évolutifs, secondaires d'une part à l'ischémie et d'autre part à l'œdème. Elle touche 25 à 30 % des diabétiques non-insulino dépendants après 20 ans d'évolution du diabète¹²,
- La macroangiopathie diabétique est l'atteinte des artères musculaires allant de l'aorte jusqu'aux petites artères distales¹³. Elle regroupe 2 maladies artérielles : l'athérosclérose et l'artériosclérose. Environ 75 % des diabétiques décèdent des complications de l'athérosclérose. L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs du diabétique, quand elle est présente, est la principale cause du retard de cicatrisation des plaies. En cas de plaie chronique, elle n'existe que dans 50 % des cas dont 10 % isolés et 40 % associés à une neuropathie¹⁴. Les complications de l'artériopathie oblitérante peuvent être un accident vasculaire cérébral, une ischémie myocardique et une artérite des membres inférieurs¹⁵,
- La neuropathie diabétique est une complication fréquente du diabète, son incidence augmente avec l'âge. Elle correspond à une lésion ou à un dysfonctionnement d'un nerf. La neuropathie diabétique est définie comme un trouble clinique ou infraclinique qui survient dans le cadre d'un diabète sans aucune autre cause de neuropathie périphérique. Parmi les différentes formes de neuropathie (mononeuropathie, polyneuropathie, neuropathie végétative), les polyneuropathies diabétiques sont les plus courantes (80 à 85 % des neuropathies). Le plus souvent ce sont des polyneuropathies sensitives. La forme clinique la plus fréquente est la polynévrite distale dite «en chaussette»

¹¹ A. Hartemann, A. Grimaldi, 2013, p. 163

¹² *Ibid.* p. 169-170

¹³ *Ibid.* p. 200

¹⁴ G. Ha Van, 2008, p. 30

¹⁵ A. Hartemann, A. Grimaldi, 2013, p. 207

avec perte de sensibilité des pieds à la douleur. Elle est associée à des paresthésies et des dysesthésies isolées¹⁶.

La paresthésie est le nom scientifique de la sensation de fourmillements, d'engourdissements ou autres picotements pouvant être ressentis dans diverses parties du corps, en particulier les membres et leurs extrémités (bras, mains, jambes, pieds). La paresthésie peut parfois se cumuler avec une perte temporaire de la sensibilité. On parle de dysesthésie lorsque la sensibilité d'une partie du corps est altérée. Les dysesthésies incluent les fourmillements, les picotements, les sensations de brûlure et/ou d'irritation, les douleurs et les engourdissements. La présence de la neuropathie dans 90 % des cas avec une absence fréquente de douleur et de signe inflammatoire entraîne un retard de consultation, une gravité de la plaie au diagnostic et une mauvaise observance au traitement. Cela permet à une plaie souvent banale de se chroniciser en lui laissant le temps et l'opportunité de s'infecter.

B. Le pied diabétique

Dans notre clinique, nous abordons principalement une des complications du diabète qui est le pied diabétique.

Le Consensus International et des Recommandations sur le pied diabétique¹⁷ de 2007 donne la définition suivante du pied diabétique : «infection, ulcération ou déstructuration des tissus profonds du pied associées à une neuropathie et/ou artériopathie périphériques des membres inférieurs chez le diabétique»¹⁸.

Le pied diabétique regroupe l'ensemble des affections atteignant le pied, directement liées aux répercussions du diabète. C'est au niveau du pied que vont se développer préférentiellement la neuropathie et l'artériopathie. 15 à 20 % de la

¹⁶ *Ibid.* p. 175-176

¹⁷ Le Consensus International et des Recommandations sur le pied diabétique est un texte écrit par le Groupe de Travail sur le Pied Diabétique (*International Working Group on the Diabetic Foot, IWGDF*). Ce groupe a été créé, pour améliorer le devenir des problèmes de pied diabétique ainsi que la communication et la collaboration entre les nombreux professionnels impliqués dans les soins du pied aux patients diabétiques et ceux qui peuvent décider la politique de santé et la financer.

¹⁸ A. Hartemann, A. Grimaldi, 2013, p. 1

population diabétique présentera au cours de sa vie une plaie des membres inférieurs, 5 à 10 % des diabétiques seront un jour victimes d'une amputation. 10 % des diabétiques hospitalisés en France le seraient pour une lésion du pied et 25 % des séjours en diabétologie sont dédiés à la prise en charge d'une plaie au pied. Enfin 10 000 amputations en France sont dues au diabète et 50 % de ces amputations pourraient être évitées¹⁹. Une amputation partielle ou majeure²⁰ du membre inférieur est réalisée toutes les 30 secondes chez un patient diabétique dans le monde, cela équivaut à environ 1 million d'amputations chez les diabétiques par an.

Le pied diabétique à risque est un véritable problème de santé publique. Il est dominé par un taux d'amputation des membres inférieurs encore très élevé, même dans les pays à haut niveau socio-économique, tant par son prix humain que par son coût social (amputations de membres, immobilisations prolongées, hospitalisations prolongées et répétées, prises en charge du quotidien)²¹. Lors de la déclaration de Saint-Vincent²² en 1989, un des objectifs à 5 ans de l'OMS était la réduction de 50 % du nombre d'amputations dû à la gangrène diabétique²³. L'objectif n'a pas été réalisé, cela reste donc un problème majeur.

A ce jour, environ 70 % des amputations ont lieu après 65 ans, âge qui suscite généralement peu l'émotion publique, d'autant que dans les 5 ans qui suivront l'amputation, un tiers à la moitié des diabétiques seront décédés, essentiellement d'infarctus du myocarde²⁴.

Il existe 7 points d'appui plantaire physiologiques : les 5 têtes métatarsiennes, la styloïde du cinquième métatarsien au bord externe du pied et le talon. C'est au niveau de ces points d'appui que se développent les durillons qui deviendront des maux perforants plantaires. Dans le cas du pied diabétique, la mise en décharge est la solution de base. La mise en décharge stricte d'un mal perforant plantaire est une condition essentielle à sa cicatrisation. Une plaie qui subit une hyperpression et des

¹⁹ *Ibid.* p. 219

²⁰ *Cf. Infra.* Annexe 8, p. 108, Annexe 9, p. 109

²¹ A. Hartemann, A. Grimaldi, 2013. p. 219

²² Des représentants des ministères de la santé et des associations de patients de tous les pays européens se sont réunis avec des spécialistes du diabète sous l'égide des bureaux régionaux de l'OMS et de la Fédération Internationale du Diabète à Saint-Vincent en Italie du 10 au 12 Octobre 1989.

²³ A. Grimaldi, 2004, p. 427

²⁴ A. Hartemann, A. Grimaldi, 2013, p. 220

forces de cisaillement régulières lors de la marche ne peut pas cicatriser²⁵. La mise en décharge la plus simple est le port de chaussures orthopédiques, l'utilisation d'une canne, l'installation en fauteuil roulant puis en dernier recours l'alitement.

L'augmentation avec l'âge du risque de neuropathie périphérique et d'atteintes vasculaires liées au diabète explique la fréquence chez les sujets âgés des plaies du pied, d'autant plus que l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne baisse.

La survenue d'une plaie chronique du pied est souvent le point de départ d'une évolution négative, synonyme de dépendance, de dépression, de dévalorisation socio-professionnelle et de soucis familiaux.

Au niveau médiatique, on parle peu du pied diabétique. Une meilleure médiatisation permettrait une éducation de la population, une prise de conscience accrue des dangers d'une plaie au pied chez un diabétique. Un pied diabétique coûterait moins cher à être médiatisé qu'à être traité. En effet, de simples gestes et auto-soins réalisables au quotidien éviteraient certaines complications. Cela ne demanderait qu'une modification légère et peu coûteuse des habitudes de chacun ainsi qu'une prévention accrue dès le plus jeune âge.

²⁵ G. Ha Van, 2008, p. 98

II. L'institution

A. Présentation des centres de référence du pied diabétique à risque

L'existence de centres de référence du pied diabétique apparaît nécessaire et se fait sentir dans le monde entier. Les amputations qui surviennent chez les diabétiques pourraient être évitées dans 75 % des cas.

La nécessité de la prise en charge multidisciplinaire du pied diabétique repose sur la multiplicité des problèmes à résoudre et le fait qu'un seul spécialiste ne peut acquérir toutes les compétences pour diminuer le risque d'amputation. La vision de la plaie du pied diabétique ne doit pas être uniquement dermatologique et infectieuse mais globale et multidisciplinaire.

L'approche multidisciplinaire d'une plaie chronique du Pied Diabétique à Risque (PDR) doit mettre en application les grands principes suivants :

- Une optimisation du traitement antidiabétique avec mise sous insuline transitoire,
- Un dépistage d'une dénutrition et son traitement,
- Une mise en décharge²⁶ stricte de la plaie,
- Pas d'amputation, même d'un orteil, sans bilan vasculaire,
- Un débridement des plaies, avec drainage (si la plaie est inflammatoire quelque soit son statut vasculaire), en urgence, au lit du malade si nécessaire, sur des pieds souvent indolores,
- Un bilan précis osseux, vasculaire, infectieux,
- Une antibiothérapie adaptée aux prélèvements bactériologiques, à la fonction rénale et tenant compte de leur diffusion tissulaire osseuse ou des parties molles,
- Des indications chirurgicales et de revascularisation toujours discutées en équipe, des amputations évitées au maximum grâce à la prise en charge multidisciplinaire qui permet de ne pas sous-estimer une des composantes

²⁶ Le pied ne doit pas toucher le sol, partiellement ou totalement, à l'aide d'une chaussure spécialisée.

(infectieuse, métabolique, vasculaire, mécanique) de la prise en charge de la plaie par manque d'avis spécialisé,

- Enfin, l'équipe multidisciplinaire doit avoir la capacité de donner un diagnostic spécialisé devant un problème concernant le pied diabétique dans les meilleurs délais²⁷.

Quelques études montrent qu'un programme de prévention des plaies du PDR permet de diminuer de 50 % le taux d'ulcération du pied diabétique.

Ce programme comprend au mieux :

- Un examen régulier des pieds,
- Une identification des pieds à risque,
- Un programme d'éducation thérapeutique,
- Un chaussage adapté,
- Des soins podologiques,
- Un appareillage préventif.

Dans les centres d'excellence, le taux de cicatrisation des plaies du pied est de 80 à 90 %, mais le taux de récurrence reste très élevé^{28,29}.

B. Présentation de l'unité de podologie

Le service de diabétologie du Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière-Charles Foix comprend une unité de diabétologie aigüe et une unité d'éducation thérapeutique. Ce service est le premier centre en France à avoir mis en place une unité hospitalière dédiée à la prise en charge des plaies du pied chez le patient diabétique. Le service comprend une activité de consultation traditionnelle, une activité de consultation d'urgence et une unité d'hospitalisation dédiée au pied diabétique afin d'hospitaliser les patients ayant une infection du pied neuropathique,

²⁷ G. Ha Van, 2008, p. 6

²⁸ P. Arkkila, IM. Kantola, JS. Viikari, T. Rönnemaa, TaloVähä, 1996, p. 59-65

²⁹ A. Ismail, B. Dasgupta, AB. Tanqueray, JJ. Hamblin, 1996, p. 676-679

neuro-ischémique ou ischémique. Les chambres doivent permettre aux patients d'appliquer la décharge même pour aller aux toilettes, celles-ci doivent être accessibles en fauteuil roulant³⁰.

L'unité de podologie a un double rôle de prise en charge : à la fois au niveau des ulcérations du pied diabétique et de la prévention des récives³¹. Cette unité est composée d'un secteur d'hospitalisation traditionnelle de 13 lits.

L'objectif de l'hospitalisation est de prendre efficacement en charge les plaies du pied chez les patients diabétiques pour éviter la survenue d'amputations majeures de membres. Comme nous l'avons expliqué le diabète est la première cause d'amputations des membres inférieurs d'origine non traumatique en France. Pourtant, les plaies du pied diabétique cicatrisent dans environ 80 à 90 % des cas sans amputation si la prise en charge se fait dans les centres de référence. L'unité dispose des moyens nécessaires au diagnostic précoce, au bilan et au traitement optimal médico-chirurgical des plaies du pied.

L'équipe se compose de médecins diabétologues et podologues, de pédicures-podologues, d'infirmiers, d'aides-soignants, de diététiciens, de secrétaires médicaux et d'agents hospitaliers.

Selon les besoins des patients, un cardiologue, un kinésithérapeute, une assistante sociale, un psychologue et un aumônier peuvent intervenir dans l'unité. Dans certains cas, l'Unité Mobile de Soins palliatifs est contactée par l'équipe médicale.

C. Présentation des patients

Les patients de l'unité de podologie sont majoritairement des hommes de plus de 65 ans, souvent de grande taille, ayant une surcharge pondérale et, présentant un diabète de type 2. Depuis une dizaine d'années, ils ont, pour la plupart, de

³⁰ G. Ha Van, 2008, p. 187

³¹ A. Grimaldi, 2004, p. 453

nombreuses complications liées au diabète. Le vieillissement est un facteur aggravant. Nos patients sont principalement touchés par la neuropathie des membres inférieurs et l'artériopathie. Ils ont donc les critères de la complication du PDR. La majorité des patients viennent dans l'unité pour l'infection d'une plaie. L'équipe met tout en œuvre pour soigner l'infection et éviter l'amputation. Celle-ci s'effectue si, et seulement si, l'os est touché ou s'il y a impossibilité de revascularisation d'une jambe entraînant une nécrose.

Si la plupart des amputations se font au niveau des orteils ou trans-métatarsiennes, certains patients subissent des amputations transtibiales voire transfémorales.

Nous rencontrons de nombreux patients d'origine étrangère. Pour certains la barrière de la langue est infranchissable et le toucher revêt un aspect anxiogène. Ils ne comprennent pas nos propositions malgré nos explications. Ce problème peut être lié au rapport au corps suivant les cultures. Nous avons aussi remarqué que les patients de culture indienne portent une grande attention à l'articulation entre le corps et la psyché.

D. Indication du médecin

Le Pr. A. Hartemann, chef du service de diabétologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière-Charles Foix et PU-PH³², a effectué une demande auprès de A. Gatecel, directrice de l'Institut de Formation de Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, pour recevoir des stagiaires pendant une année scolaire afin qu'une réflexion s'établisse autour du pied diabétique. De septembre 2010 à juin 2011 et de septembre 2014 à juin 2015, 2 binômes se sont donc succédés dans ce service. En 2011, 2 mémoires ont été écrits sur le sujet. Nous avons lu ces mémoires afin de nous renseigner sur ce qui avait été mis en place et réfléchir à l'orientation que nous voulions donner à nos prises en charge.

³² Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Une réflexion émise par P. Miguerès, ancienne stagiaire psychomotricienne dans ce service, rejoint l'idée que nous avons eu en rencontrant les patients. La plaie se trouve souvent au premier plan de pensée au détriment des ressentis psychocorporels et de la représentation corporelle : «lors des consultations, [P. Miguerès] a pu imaginer quel rôle pouvait avoir le psychomotricien au sein d'une équipe pluridisciplinaire en service de diabétologie. Son approche, plus globale, du patient permettrait de prendre du recul face à la situation, ne focalisant plus toute son attention vers son pied malade et n'organisant plus sa vie au rythme des soins infirmiers mais en lui redonnant conscience de son corps dans son entier et donc du plaisir à vivre malgré les contraintes de soins»³³.

Le Pr. A. Hartemann nous indique, lors de notre premier rendez-vous en septembre 2015, les 13 chambres de l'unité de podologie. Elle nous demande une étude sur la perception³⁴ de l'image du corps des patients et plus spécifiquement sur le désinvestissement possible de leurs pieds. Elle s'interroge sur la raison du désinvestissement de leurs pieds et, pourquoi l'amputation ne leur permet pas une prise de conscience rendant possible une meilleure observance³⁵ des soins et ainsi à plus ou moins long terme parvenir à réduire le nombre d'amputations pour ces patients.

Le Dr. G. Ha Van, médecin MPR³⁶ et podologue, écrit dans son livre : «l'image que ces patients ont de leurs pieds est probablement une source d'étude intéressante pour la compréhension de leur comportement»³⁷. Cela rejoint l'hypothèse du Pr. A. Hartemann.

Lors d'un deuxième entretien, nous avons pu partager avec elle notre gêne de rester focalisées sur le pied. Nous avons pu observer des patients concentrés sur leur pied au détriment du reste de leur corps. Leur axe est effondré et leur corps paraît désinvesti. Nous avons fait part au Pr. A. Hartemann de cette réflexion.

³³ P. Miguerès, 2011, p. 71

³⁴ La perception constitue l'action de recueillir des informations. Elle fournit à l'homme les moyens de guider ses actions, de connaître et de s'y adapter, de se connaître soi-même et de se maintenir dans une relative cohésion psychique.

³⁵ L'observance est la correspondance existante entre le comportement d'une personne et les recommandations (généralement des professionnels) concernant un traitement préventif ou curatif.

³⁶ Médecine physique et de réadaptation

³⁷ G. Ha Van, 2008, p. 190

Extrêmement réceptive, elle apprécie la remise en question de certains postulats. Elle montre beaucoup d'intérêt pour notre hypothèse : une meilleure représentation du corps permettrait une meilleure observance des soins. Elle y voit alors une possible réponse à l'amélioration de l'observance des soins chez ces patients.

Elle ne connaît pas la psychomotricité et nous laisse donc libres dans le choix de nos prises en charge. Elle attend nos observations pour donner une indication plus précise en vue d'une possible création de poste ou d'un nouveau stage. Elle nous propose alors de travailler sur la mauvaise image de soi, la dépression, l'absence de représentation de leurs pieds par le biais de la médiation relaxation. Des rendez-vous sont établis, à partir de janvier, mensuellement afin de revoir les objectifs du stage et l'avancée de notre étude.

E. Rôle de la psychomotricité

Le principal objectif de travail a pour objet l'abord du corps dans sa continuité d'existence³⁸ pour une prise ou reprise de conscience d'un sentiment d'unité corporelle. Nous observons une rupture de continuité entre la perception du corps et sa représentation. Nous cherchons alors à comprendre pourquoi cette communication est altérée.

L'objectif du psychomotricien est d'aider le patient dans ses difficultés en partant de ses capacités et de ses compétences. Notre rôle est donc d'intégrer l'histoire du patient à sa pathologie par l'intermédiaire de son vécu corporel de façon à ce qu'il puisse ressentir de nouveau son corps dans sa globalité.

La relaxation, est indiquée pour remettre en résonance l'articulation corps-psyché, ce qui permet au patient de retrouver un sentiment d'unité psychocorporelle.

³⁸ E. Pireyre se réfère à D. Winnicott, A. Bullinger et A. Damasio pour parler du sentiment de continuité d'existence à travers la sensorialité. Il explique dans son livre *Clinique de l'image du corps* que ce sentiment exprime la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace. C'est une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours le même.

Cela lui permettrait de ne plus se focaliser sur la perception de son pied abolie mais sur son existence même. Elle favorise également la restructuration de l'image du corps.

La détente et le bien-être ne sont pas nos objectifs premiers mais ils peuvent toutefois être nécessaires à certains patients en vue de trouver des sensations nouvelles.

La relaxation grâce à la conscience corporelle qu'elle instaure, permet au patient de retrouver une confiance en la perception de son corps et par la même occasion à appréhender au mieux ses angoisses. C'est cette même confiance qui est mise à l'épreuve par leur pied devenu fragile et hypersensible au moindre choc. A cela s'ajoute un sentiment de tromperie, éprouvé par le patient envers son enveloppe corporelle. Chaque plaie au pied va induire des conséquences pouvant entraîner une hospitalisation de longue durée et une possible amputation à différents niveaux du membre inférieur. La moindre inattention peut avoir des répercussions néfastes. En effet, certains patients ne peuvent plus marcher pieds nus sur le sable, cela requiert le port de chaussures. Certaines femmes ne peuvent plus porter de chaussures à talons hauts et certains hommes ne peuvent plus porter de chaussures de ville pointues. Ces différentes situations, qui paraissent futiles, peuvent être nécessaire à l'estime de soi mais elles comportent un risque trop important de créer une nouvelle plaie, ce qui rend difficile l'exercice de la vie quotidienne.

Etant donné que pour toute l'équipe institutionnelle notre présence est une véritable découverte, malgré les précédents stages, notre objectif est de laisser une trace. Nous avons donc conçu une plaquette explicative que nous avons installée dans chaque chambre³⁹. Nous avons aussi rédigé une fiche explicative de la psychomotricité spécifique pour ce service, nous l'avons mise en évidence dans le poste de soins⁴⁰. Les équipes changent souvent, de nouveaux stagiaires arrivent, ils peuvent donc à tout moment se renseigner sur notre rôle ou au moins être informés de notre présence. Nous prenons le temps de discuter avec l'équipe médicale des patients que nous voyons, ainsi que des médiations que nous utilisons. La communication est dans les 2 sens. Nous leur demandons des explications pour certains termes médicaux et des conseils pour savoir comment aborder certains patients. L'équipe se montre de plus en plus intéressée par notre présence et nous

³⁹ Cf. *Infra*. Annexe 5, p. 105

⁴⁰ Cf. *Infra*. Annexe 2, p. 98

incite régulièrement à aller voir un patient qui en aurait besoin. Depuis janvier, 2 nouvelles internes sont arrivées, elles montrent un grand intérêt pour nos propositions et nous incluent dans la rédaction des dossiers du patient. Nous participons aussi au bilan annuel, où sont présents les médecins, la diététicienne et les infirmiers référents.

Chaque jeudi nous commençons notre stage en faisant le tour des 13 chambres afin de dire «bonjour» à chaque patient, de se présenter à ceux qui seraient arrivés dans la semaine et, de leur demander leur état actuel. Notre question est ouverte, nous observons la façon, de façon globale, dont ils se sentent ce jour-là. La plupart des patients nous parlent soit de leur corps douloureux soit de leur état mental. Ces observations inaugurent notre démarche clinique et nous serviront ensuite pour établir notre projet thérapeutique. Nous avons pris le parti de proposer les séances sur la base du volontariat, les patients sont donc libres de les refuser. Lorsqu'un patient sort d'un examen ou du bloc opératoire, nous nous sommes mises d'accord pour ne pas proposer de séance, celui-ci étant généralement très fatigué. Lorsqu'un patient refuse la séance, nous prenons le temps de discuter avec lui de son état et des raisons de son refus, nous lui expliquons qu'il peut réfléchir pendant la semaine à notre proposition et que nous passerons chaque semaine lui dire «bonjour» même s'il ne désire pas de séance. Cela instaure un cadre défini et les prémices d'une alliance thérapeutique. Si un patient a de la visite nous laissons la priorité aux visiteurs. Nous estimons qu'ils détiennent une grande place dans le processus d'acceptation des soins et de guérison.

Il arrive que des patients, pour qui la psychomotricité pourrait être utile, refusent de nous voir. Notre prise de position est la suivante : les patients sont adultes, voire pour la majorité faisant partie du troisième âge, nous estimons que la prise en charge n'est réellement efficace que si le patient veut s'y investir et s'il est prêt à écouter et expérimenter nos propositions.

Après chaque visite, même si nous n'avons pas réalisé de prise de charge, nous notons dans les cahiers de transmission ce que le patient a pu dire, ce que nous avons pu observer et ce que nous avons fait. De ce fait une relation de confiance peut s'installer entre les infirmiers, les aides-soignants et nous.

III. La clinique psychomotrice

A. Présentation de l'évaluation psychomotrice

Après un premier temps d'observation dans le service, nous avons commencé à nous faire une idée de la principale problématique des patients rencontrés : leur désinvestissement corporel. Afin de mettre en évidence cette problématique nous avons décidé de créer notre propre évaluation psychomotrice⁴¹. Elle n'est pas standardisée et s'appuie sur les hypothèses que nous avons émises.

Étant donné la courte durée de séjour des patients, nous avons pris le parti de proposer lors de la première rencontre cette évaluation. Le but est d'apprendre à connaître le patient dans la perspective de son corps et d'évaluer l'ampleur du désinvestissement, si celui-ci est bien présent. Nos hypothèses seraient un désinvestissement corporel, des troubles de l'image du corps, des troubles de l'enveloppe psychocorporelle de par la plaie et la maladie et, une altération de l'axe psychomoteur.

Ce questionnaire sera joint au classeur de transmission du patient pour les infirmiers et les aides-soignants ainsi qu'à leur dossier de sortie pour permettre une possible continuité entre ce que nous avons pu entreprendre avec ces patients et ce qui pourrait leur être proposé par la suite. Nous sommes conscientes qu'il y a peu de chance qu'ils continuent un suivi en libéral. Mais pour ceux qui sont réorientés en Soins de Suite et de Réadaptation⁴² (SSR), cette évaluation pourra servir de base à un projet thérapeutique plus approfondi.

Nous avons eu l'idée d'entrer en contact avec les psychomotriciens des SSR pour créer une continuité dans le lien et le suivi. Le contact est difficile à établir, nous avons donc joint nos numéros de téléphone à l'évaluation afin de pouvoir répondre aux éventuelles questions de la structure de sortie.

⁴¹ Cf. *Infra*. Annexe 3, p. 100

⁴² L'activité du SSR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Notre évaluation psychomotrice se veut active, participative et dans une dynamique relationnelle.

Elle comprend 15 questions, 2 échelles d'évaluation subjectives, un inventaire des ressentis corporels, 3 questions relatives à la silhouette, nos observations psychomotrices et une conclusion.

Ce questionnaire évalue le vécu et les ressentis du patient à un instant donné. Celui-ci est organisé de la façon suivante : ont-ils conscience de leurs troubles ? Prennent-ils soin de leur corps ? Ce corps leur permet-il de se détendre ? Comment vivent-ils leur hospitalisation ? Nous revisitons avec eux l'histoire de l'apparition de leur douleur pour mieux situer leur douleur actuelle. Cela permet également d'observer un clivage entre les éprouvés corporels et leur représentation psychique. Nous proposons ensuite au patient d'auto-évaluer son humeur et son anxiété sur le modèle de l'échelle visuelle analogique (EVA)⁴³.

Dans un deuxième temps nous proposons aux patients de venir toucher différents segments de leur corps. Pour chaque segment nous leur posons 4 questions :

- Cette partie est-elle plutôt dure ou molle ? Evaluation de la perception de la tonicité,
- Lourde ou légère ? Evaluation de la conscience corporelle,
- Chaude ou froide ? Evaluation des sensations,
- Petite ou grande ? Evaluation de la discrimination de la taille et de la perception.

Nous ajoutons un item pour le cou. Nous demandons au patient s'il perçoit les battements de son cœur et si oui, son rythme cardiaque pour savoir si le patient est à l'écoute de son rythme interne.

Cet inventaire permet de mieux connaître les sensations et les perceptions que le patient a de son corps, de mettre en lumière son schéma corporel et son

⁴³ C'est une échelle d'auto-évaluation. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique. Elle se présente sous la forme d'une réglette en plastique de 10 centimètres graduée en millimètres, qui peut être présentée au patient horizontalement ou verticalement.

image du corps, de pouvoir observer des possibles recrutements toniques, la tenue de son axe corporel lors des auto-mobilisations, sa capacité à mettre en mot et, son accès à la représentation et au symbolisme. C'est un temps où le patient se retrouve seul avec lui-même en notre présence. Cela fait écho à la capacité d'être seul décrite par D. Winnicott «l'individu qui possède cette capacité d'être seul est constamment capable de redécouvrir la pulsion personnelle, pulsion qui n'est pas expérimentée en vain parce que l'état de solitude est un état qui (paradoxalement) implique toujours la présence de quelqu'un d'autre.»⁴⁴

Après cet éveil corporel, nous proposons 2 silhouettes au patient, une de face et une de dos, pour savoir comment il ressent son corps maintenant et s'il sent plus ou moins certaines parties du corps.

Nous effectuons les séances à 2 car pendant que l'une observe, cela permet à l'autre d'être exclusivement dans la relation. Tout au long de cette évaluation, nous observons la posture, les mimiques, les réactions de prestance, le niveau tonique, la réaction au toucher ainsi que les différentes émotions perçues.

Lorsque l'évaluation est terminée, nous concluons en essayant de proposer un projet thérapeutique le plus adapté au patient et à sa problématique.

⁴⁴ D. Winnicott, 2012, p. 60

B. Etude de cas

Dans ces anamnèses nous avons choisi de regrouper les réponses au questionnaire et les informations que les patients nous ont spontanément confiées. Aucune interprétation des paroles des patients n'a été faite. Nous ne prenons pas les informations des anamnèses faites par le médecin car elles sont médicales et par conséquent ne comportent pas l'histoire de vie des patients.

1. Mme R.

a. Anamnèse

Mme R. a 68 ans, elle est femme au foyer. Elle est hospitalisée pour une lourde plaie au pied droit laissant présager une amputation. Celle-ci est apparue après avoir porté des chaussures non adaptées alors que cela lui était contre-indiqué. Elle a déjà subi une amputation transtibiale à gauche.

Elle a développé un diabète de type 2 il y a une quinzaine d'années. Elle est sous dialyse car le diabète a atteint ses reins. Elle n'a jamais eu d'autre maladie ni d'accident.

Lorsque nous demandons à Mme R. de nous parler de sa douleur la plus ancienne, elle est incapable de nous répondre. Elle nous dit que sa plaie actuelle au pied droit est la douleur la plus forte qu'elle ait connue. Elle est focalisée sur celle-ci et en parle comme étant une douleur physique et psychique. La douleur l'empêche de dormir. Elle ne peut plus bouger de son lit et a peur de grossir.

Ses problèmes de santé et ses relations conflictuelles avec son fils sont ses sources principales de peine. Sa famille lui procure néanmoins beaucoup de joie. Quand elle a des soucis, elle les intériorise pour ne pas ennuyer ses proches, qui sont très présents pour elle, même à l'hôpital. Cependant quand elle ne va pas bien, elle dit crier sur ses proches et décharger ses tensions sur eux.

Son amputation a été l'événement le plus marquant de sa vie et a modifié complètement son quotidien au niveau de son autonomie. Elle a dû réapprendre à marcher avec une prothèse et subir de nombreux mois de rééducation. Sa féminité a aussi été touchée, elle ne veut plus porter de jupes car elle craint le regard des autres et elle ne peut plus porter de chaussures à talon ni choisir de chaussures plus coquettes.

Elle n'a jamais pratiqué de sport ni d'art pour se focaliser entièrement à sa famille. Elle dit avoir pris soin de son corps en allant régulièrement au hammam et chez le coiffeur. Elle se maquillait et mettait de la crème tous les jours. Depuis son amputation elle pense se laisser aller.

Elle ne connaît pas de méthode de relaxation mais est intéressée par notre approche et souhaite commencer une prise en charge en psychomotricité.

b. Evaluation psychomotrice

Nous commençons l'évaluation par les échelles de l'humeur et de l'anxiété subjectives, nous permettant de situer le patient à l'instant présent. Mme R. situe son humeur à 6 et son anxiété à 4.

Globalement tout son corps est ressenti comme mou, grand, chaud et léger. Elle dit «je suis grande donc tout est grand». Son genou et son membre résiduel gauches sont perçus comme durs. Elle n'a aucun ressenti de son membre disparu. Son pied droit est trop douloureux pour sentir quelque chose. Après avoir touché tout son corps elle ressent davantage son dos. Aucune partie de son corps n'est absente de sa conscience.

Pendant cette évaluation nous pouvons observer Mme R. en relation, son regard est très présent, elle est concentrée sur notre présence. Son axe est effondré mais sa tête n'est pas dans l'enroulement, sa nuque est contractée ce qui doit entraîner des tensions au quotidien.

Nous avons eu l'impression que Mme R. répondait aux questions avec sincérité mais avec le souci de donner la bonne réponse. Elle était dans un jeu de

séduction. Nous avons perçu un manque de confiance qui nous semble amplifié par l'amputation. Tout au long de l'évaluation, Mme R. n'a pas cessé de parler, de se disperser, pour éviter de se concentrer sur ses ressentis. Nous avons eu du mal à cadrer son flux de parole, à la limite de la logorrhée.

Mme R. semble plus anxieuse et de moins bonne humeur que ce qu'elle nous a communiqué lors des échelles. Sa réponse a probablement été influencée par notre présence. L'échelle est réalisée à un instant donné, elle est donc évolutive et non représentative de son quotidien. Elle peut toutefois servir de repère et de référence si elle est comparée à un autre temps.

Mme R. touche son corps de manière superficielle, nous la sentons gênée de le toucher, de prendre du temps pour elle. Ses mains et ses doigts sont en hyper-extension. Son toucher n'est pas englobant. Elle ne paraît pas investie dans la perception de ses ressentis, elle ne prend pas le temps de sentir et répond rapidement pour chaque item. Elle transpose exactement ce qu'elle a dit pour le membre gauche sur le membre droit. Elle montre plus d'intérêt et de concentration pour les perceptions du genou et du membre résiduel gauche.

La perception que Mme R. a de son schéma corporel reste construite. Elle nous parle de son ventre qu'elle sent lourd, elle ne le reconnaît plus à cause des traitements. Nous nous demandons alors si son image du corps, en plus de l'amputation et de la douleur, n'est pas altérée.

c. Projet thérapeutique

Nous orientons notre projet thérapeutique de façon à relâcher les tensions que Mme R. accumule. Il nous paraît important d'aborder les ressentis de tout le corps pour éviter qu'elle ne se concentre que sur la perception de son pied malade. Il est nécessaire de canaliser son flux de parole pour une meilleure intégration des nouveaux ressentis. Nous travaillons l'image du corps par le biais de nouvelles sensations lui permettant une continuité d'existence. Tout au long des séances, nous abordons l'estime de soi et la valorisation. Nous voulons proposer un travail sur la respiration pour lui apprendre à se réguler, sur les limites corporelles grâce à des

pressions glissées, au passage d'une balle à picots et enfin des mobilisations passives de façon à ce qu'elle puisse lâcher-prise. L'objectif est d'apprécier de nouvelles perceptions pouvant permettre de diminuer le clivage entre le corps et la psyché.

1. M. B.

a. Anamnèse

M. B. a 71 ans, il était mécanicien garagiste. Il est hospitalisé pour une plaie au pied droit qui peut nécessiter une amputation totale du pied. Elle est apparue pendant un de ses séjours «dans la rue» où il vivait de façon précaire.

Il a un diabète de type 2 depuis 23 ans. Il a subi une amputation transtibiale gauche liée aux complications de son diabète. Il a une hernie discale et de l'arthrose dans les mains. Il a eu un accident de moto quand il était jeune qui a déclenché des douleurs chroniques. M. B. est incapable de nous dire sa première douleur ni sa douleur la plus forte. Il se dit «dur à la douleur». Il est donc loin de ses perceptions. Il est sans domicile fixe depuis que sa compagne s'est suicidée en 2014. Mis à part une amie qui lui rend visite, tout est source de peine. Il alterne les séjours en maison de retraite et dans la rue. Dans la dernière maison de retraite, on l'a infantilisé. On le forçait à porter des protections et on le prenait pour un «simple d'esprit». Cela a entraîné sa fuite car il en a eu assez que sa dépendance soit accrue. Il dit se sentir en sécurité dans la chambre où il est actuellement. Il n'apprécie pas le manque d'intimité, tel que le fait de porter des protections, changées par le personnel et de ne pas faire lui-même sa toilette, car c'est une personne plutôt pudique. Dans la vie quotidienne, il n'a aucune aide et intériorise car il n'a pas d'autres choix. Il se sent très seul.

Son occupation favorite était la course automobile et la réparation de voitures de courses.

L'événement qui l'a le plus marqué est son amputation car il ne lui a plus été possible de faire des courses automobiles. Cela a entraîné pour lui une descente aux enfers : il a perdu de l'autonomie, son emploi, sa femme et s'est retrouvé à la rue. Il commence à s'habituer à sa prothèse, à reprendre de nouvelles marques. La future possible amputation lui fait craindre une nouvelle descente aux enfers. Lorsque nous lui demandons comment il se sent dans son corps il nous répond : «ça va, le handicap c'est d'avoir une jambe en moins». Il n'estime pas prendre soin de lui. Il nous apparaît ni rasé ni coiffé. Dans son dossier médical, il est précisé qu'il a un suivi par une diététicienne du service pour une dénutrition. Il nous confie qu'il utilise l'alcool pour se calmer. Il ne connaît pas de méthode de relaxation mais est en demande de notre présence.

b. Evaluation psychomotrice

M. B. se situe entre 8 et 9 sur l'échelle de l'humeur, pourtant il dit au même moment «j'ai envie de me suicider» en faisant le geste d'un pistolet pointé sur la tempe. Il nous a paru nécessaire de le signaler à l'équipe. Il se situe entre 6 et 7 sur l'échelle de l'anxiété.

Le jour de l'évaluation il est asthénique. Il nous dit «j'en ai marre d'être comme ça». Globalement il ressent tout son corps comme mou, froid et léger. Il répond au hasard à l'item grand ou petit. Les membres qui ont de l'arthrose notamment les articulations des doigts sont ressentis comme lourds. Il exprime une confusion entre la cuisse et le genou des 2 côtés. Le mollet et le pied sont touchés par Camille car il ne peut pas les toucher lui-même par manque de souplesse. Il ne ressent pas le dessus du pied à cause de sa neuropathie. Il ne ressent pas de membre fantôme même si cette partie est toujours présente à son esprit. Il dit «quand ça me fait mal j'ai l'impression d'avoir le pied», il le situe à l'extrémité de sa jambe à sa place initiale.

Il ressent davantage ses mains de part son arthrose et son ancien métier dans lequel il les utilisait beaucoup. Il ressent peu son thorax qu'il nomme abdomen.

Pendant l'évaluation nous pouvons observer que M. B. a une posture effondrée. Son regard est parfois absent, il paraît amimique. Sa prosodie n'est pas fluide, nous pouvons nous demander si cela a un lien avec son vécu dans la rue. Il a des idées suicidaires récurrentes, nous émettons l'hypothèse qu'il est plus sur un versant dépressif qu'anxieux. Nous ne voyons aucun mouvement respiratoire, la cage thoracique et l'abdomen semblent immobiles et rigides.

Nous constatons un trouble du schéma corporel car nous avons remarqué plusieurs confusions pendant l'évaluation.

M. B. paraît très concentré sur ses ressentis. Il est dans l'expérimentation : «si j'appuie là ça change de forme». Toucher son corps lui a déjà permis de connaître des sensations nouvelles. Il a pu dire plusieurs fois qu'il ne le touche jamais.

Il ferme les yeux quand on le lui propose mais il n'est pas à l'aise dans cette situation et les rouvre immédiatement.

Nous observons un net abaissement tonique au moindre toucher, qu'il soit de notre part ou de la sienne.

c. Projet thérapeutique

Nous avons réfléchi ensemble à la suite de la prise en charge. Nous ne savons pas s'il a compris ce que nous lui proposons, il est surtout en demande de relation.

Nous lui proposons un travail sur la respiration pour débloquer sa cage thoracique. Nous aborderons aussi la contenance pour permettre une régulation tonique et un lâcher-prise qu'il demande. Tout au long de nos séances nous nommerons chaque partie du corps pour solidifier le schéma corporel. La valorisation sera constamment présente afin d'améliorer son estime de soi. Nous chercherons de nouveaux ressentis pour lui permettre d'accéder à un sentiment de continuité d'existence en essayant de réduire le clivage entre le corps et la psyché.

Pendant les séances, il faudra prendre grand soin de couvrir son bassin pour instaurer une réelle relation de confiance.

2. M. H.

a. Anamnèse

M. H. a 67 ans. Il était entrepreneur et directeur commercial. Il a cessé son activité à 60 ans pour invalidité. Il est hospitalisé pour une plaie à l'hallux⁴⁵. Elle est apparue car il n'écoute pas son corps et laisse celui-ci se dégrader. Il a déjà subi plusieurs amputations d'orteils.

Il a un diabète de type 2 depuis ses 14 ans. Les complications ont débuté il y a une vingtaine d'années. M. H. est un ancien obèse. En novembre on lui a détecté un cancer du foie, il ne croit plus en sa guérison. Il n'a jamais eu d'accident.

Il a conscience de ses troubles mais en parle de manière mécanique. Lorsque nous lui demandons d'énoncer sa douleur la plus ancienne il dit ne pas en avoir. Concernant la douleur la plus forte, il fait allusion à une douleur psychologique qu'il ne désire pas nous décrire. Il nous demande s'il doit parler d'une douleur psychologique ou corporelle. Nous voyons alors qu'il intellectualise son corps. Il n'est pas dans les sensations. Il n'a aucun événement marquant au niveau de son corps qui soit positif ou négatif. Il semble ne pas comprendre la question. Les sentiments amoureux sont ses sources de peine tandis que les sentiments en général et le partage lui procurent de la joie. Lorsque M. H. est en difficulté, il préfère se retrouver seul pour «remettre les choses à plat» dit-il, puis il partage ses réflexions avec un proche. Il se sent plutôt seul mais c'est un choix, il veut s'isoler. Quand il est énervé, il prend du recul ou au contraire explose brusquement. Sa passion était de travailler, depuis il aime aller sur internet et lire, mais il n'a plus aucune passion.

Etant jeune il pratiquait de nombreux sports comme la natation, le football et les sports de combat. Il a dû arrêter à cause de sa prise de poids. Il pratiquait le piano. Il a perdu l'envie de tout loisir créatif.

⁴⁵ Cf. *infra*. Annexe 6, p. 106, Annexe 7, p. 107

M. H. estime ne pas prendre du tout soin de son corps, «je n'aime pas mon corps, j'en ai honte. Je ne veux pas me regarder dans la glace». A partir de là nous observons une agitation et il dit «j'en ai marre qu'on parle de mon corps». Le Pr. G. Ha Van nous a signalé qu'il ne respectait pas le traitement et la mise en décharge. Nous pensons que cela est à mettre en lien avec le fait qu'il n'accepte pas son corps actuel.

Il ne connaît pas de méthode de relaxation et, n'exprime pas l'envie d'en connaître. Il n'a pas envie de prendre conscience de son corps : «dans sa globalité, je ne l'aime pas dans sa globalité».

b. Evaluation psychomotrice

Le jour de l'évaluation M. H. se dit à 5 sur les échelles d'humeur et d'anxiété.

Pour les premiers items M. H. répond seulement qu'il les sent mous, il ne sait pas s'ils sont chauds ou froids, légers ou lourds, grands ou petits. Au quatrième item M. H. touche son bras gauche ce qui lui fait penser à un câlin, immédiatement il dit «j'en ai marre de toucher mon corps». Nous avons observé un malaise grandissant au fur et à mesure qu'il touchait son corps avec une élévation de son tonus et un regard moins présent. Il refuse de continuer et nous ne lui imposons pas. Cela semble être une épreuve pour lui. Quand il touche son corps il a une expression de dégoût.

Nous observons une bonne tenue de son axe, il est rare que nous observions un patient assis sur le rebord de son lit. Il nous regarde équitablement l'une et l'autre. Il est très présent dans la relation. Il n'aime pas parler de lui et préfère faire de l'humour pour se mettre à distance et peut-être se protéger. Il élude les questions trop personnelles. Nous ne pouvons pas évaluer son schéma corporel car l'évaluation a été écourtée. Nous avons observé qu'il n'accepte pas son toucher. Nous pensons que celui-ci met en jeu trop d'émotions, dans la mesure où il considère son corps comme un mauvais objet, il le met à distance.

c. Projet thérapeutique

Nous lui proposons de penser ensemble à une possible prise en charge, il nous dit «si j'avais un autre corps j'accepterai qu'on en prenne soin. J'accepte pour vous faire plaisir». Nous décidons alors de revenir la semaine suivante seulement pour discuter. Nous lui laissons le temps de la réflexion pendant la semaine en lui précisant que la demande doit venir de lui et qu'il ne doit pas accepter seulement pour nous faire plaisir. Nous réfléchissons quand même à un projet thérapeutique.

Nous pensons travailler sur l'acceptation de son corps malade et amputé afin de faire un travail sur le deuil, l'image du corps et l'estime de soi. Il nous paraît important qu'il retrouve un sentiment de plaisir dans son corps mais surtout qu'il accepte que son corps lui appartienne. Pour cela il nous paraît nécessaire de travailler sur la continuité d'existence en mettant en lien le corps et l'esprit. Nous pensons utiliser de l'induction verbale, mais il nous paraît primordial d'introduire le toucher pour lui apporter de la contenance, tout en sachant que cela fera peut-être surgir des émotions.

IV. Problématique du désinvestissement corporel

Pour mieux comprendre la problématique du désinvestissement corporel, il nous paraît important de préciser que l'investissement d'un corps propre à soi sera le résultat d'une mise en rapport et d'une dialectique entre 2 polarités opposées. L'objectif de ce processus d'étayage est l'intégration psychomotrice où le corps est partenaire de la psyché.

A. La vieillesse

Le vieillissement est caractérisé par une difficulté d'adaptation aux situations nouvelles, il est délétère et irréversible. Il entraîne un ralentissement moteur, une fatigabilité plus importante, des variations de l'humeur, une vitesse de réaction plus lente aux stimuli ainsi que des plaintes mnésiques. On commence à parler de personne âgée à partir de 65 ans. «L'image du "vieux" dans nos sociétés est trop souvent mauvaise, la personne étant considérée comme un fardeau pour la société, assistée et inutile.»⁴⁶ Dans notre clinique, cette image de fardeau est d'autant plus présente du fait de la perte d'autonomie liée à l'amputation.

Le processus de perte est omniprésent. Les personnes âgées se voient confrontées à la perte de leurs capacités motrices et cognitives mais aussi à la perte relationnelle. La douleur qu'elle soit physique (arthrose, maladies, chutes, impossibilité de faire des activités usuelles) ou psychique (perte de l'entourage, déclin cognitif) fait partie de leur quotidien. La maladie est aussi de plus en plus présente et préoccupante. L'âge est souvent plus facile à accepter que les répercussions liées au vieillissement, entraînant des bouleversements identitaires. Vieillir, c'est déjà accepter le changement. Cela nécessite une certaine forme d'adaptation et de résistance.

⁴⁶ P. André, Paris, 1994, p. 149

Nos patients nous parlent régulièrement de leurs regrets, notamment de ce qu'ils ne pourront plus jamais faire. M. C. dit «je n'oublierai jamais tous ces voyages» avec les larmes aux yeux⁴⁷. M. F. parle du regret de ses capacités d'antan, il dit être peiné par ses limites corporelles qui ne lui permettent plus d'exercer la danse.

A l'hôpital, les patients n'ont plus leurs habitudes. Nous savons à quel point les habitudes du quotidien leurs sont importantes. Elles ont une fonction adaptative, principalement défensive contre les changements extérieurs et les craintes qui leur sont liées.

M. E. avait pour habitude de dormir le jour et en position assise. Le personnel l'incite à dormir la nuit en position allongée par rapport à sa plaie, ce qui ne lui est pas confortable. Il est en grande difficulté pour s'adapter au rythme de l'hôpital. Il dit «ces changements m'angoissent, ma routine me manque».

J. Richard et E. Dirkx parlaient du vieillissement en ces termes : «vieillir, ce n'est pas mourir, car l'homme n'a que 2 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.»⁴⁸
En plus du vieillissement, la maladie et l'amputation freinent le processus de résilience. Les patients n'envisagent pas un nouveau sens à leur existence et se complaisent dans les souvenirs du passé, leurs regrets.

⁴⁷ Cf. *Infra*. Annexe 4, p. 103. Les anamnèses de nos vignettes cliniques sont présentes en annexe.

⁴⁸ J. Richard et E. Dirkx, 1996, p. 12

B. Les manifestations psychologiques

1. Le deuil

Le deuil touche autant le cœur que le corps. Il vient du latin *dolere* «souffrir» qui est à l'origine du mot *dol* qui a donné en français «deuil», mais surtout le mot «douleur». Le deuil est un état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé. Il désigne aussi la période de douleur et de chagrin qui suit cette disparition. «Le deuil est manifestement une des expériences les plus douloureuses et les plus difficiles de la vie. Tout aussi pénible qu'il soit et, pour longtemps, le travail de deuil a un sens, celui de vouloir continuer à aller de l'avant, continuer de vivre, en essayant d'intégrer à la vie l'expérience de la mort, de la fin, de la finitude, de la négativité.»⁴⁹ Le deuil sous-tend un désinvestissement libidinal. Le deuil de l'objet perdu passe par un travail conscient et inconscient de détachement, qui est par essence douloureux.

Les manifestations dépressives sont liées à la reconnaissance de la réalité. La personne doit prendre conscience de la perte de l'autre, elle doit prendre chaque souvenir pour le remanier et le confronter à la réalité. Chaque souvenir doit être associé à l'attestation «il n'est plus». Le traumatisme de la perte induit alors une réponse : «c'est l'incorporation dans le moi. L'objet incorporé, auquel le moi s'identifie partiellement, rend possible une certaine temporalisation en attendant de rééquilibrer l'économie, redistribuer les désinvestissements. A défaut de pouvoir liquider le mouvement et décréter définitivement : "il n'est plus", l'endeuillé le devient pour soi-même et par là, il se donne le temps d'élaborer, peu à peu et pas à pas, les effets de la rupture.»⁵⁰

Le deuil induit aussi la réactualisation de l'ambivalence, l'intériorisation de l'objet perdu, les identifications au défunt et la culpabilité. Le deuil passe par plusieurs étapes : l'état de choc, les comportements de recherche et la régression, l'agressivité et la colère et, l'expression du chagrin du deuil.

⁴⁹ M-F. Bacqué et M. Hanus, 2014, p. 3

⁵⁰ Torok M., Abraham N., 1972, p. 111-123

Sur le plan somatique, une insomnie ou un sommeil de mauvaise qualité peuvent être présents. Sur le plan intellectuel, on peut observer un ralentissement de la pensée, une bradypsychie. La personne est centrée sur le passé, ce qui affaiblit l'attention et la concentration. Sur le plan affectif, le deuil est caractérisé par un assombrissement de l'humeur, le discours peut alors être négatif voire hostile (auto ou hétéro-hostile). La tristesse entraîne l'absence de désir pour soi-même et l'environnement. Le risque principal du deuil est l'isolement.

L'élaboration mentale⁵¹ nécessite 3 étapes : la mise en représentation qui n'est autre que la sanction de la réalité, la symbolisation qui démarre par les rites funéraires et leurs acceptations, constituant à la fois une abstraction de la mort ainsi qu'une maîtrise de cette idée. Enfin, le stade de la mentalisation permet à la personne en deuil de parler du défunt sans être envahie par les émotions. Cela permet d'envisager le futur.

Nous avons émis comme hypothèse que les patients subissent le deuil d'une partie de leur corps, de leur vie d'avant. Nous observons un clivage entre la personne non diabétique qu'elle était jadis et la personne qu'elle est devenue. Une partie de la personne meurt alors qu'une autre reste en vie.

L'absence de rite funéraire, conséquent à l'amputation⁵², empêche peut-être un accès à la symbolisation nécessaire à l'élaboration mentale du deuil. La personne reste bloquée au stade du choc.

Le traumatisme est double car le deuil est lié à la perte de soi. C'est une douleur à la fois psychique et purement physique, liée à l'acte chirurgical. Leur état peut être incompris par la société, en effet la plupart de nos patients subissent une perte qui apparaît «minime» aux yeux des autres : «ce n'est qu'un orteil !», comme disait le fils de monsieur L.. Leurs sentiments se trouvent alors brimés «le corps devient une épreuve de réalité cela entraîne le deuil de l'image idéale du corps.»⁵³

La plupart des patients subissent des amputations à répétition. «Les endeuillés en mauvaise santé ont d'emblée des risques de complications somatiques. Le deuil favorise le laisser-aller à des comportements délétères aux

⁵¹ M-F. Bacqué, M. Hanus, 2014, p. 36

⁵² Le membre amputé est incinéré en l'absence du patient.

⁵³ J-M. Albaret, E. Aubert, 2003, p. 221

effets anxiolytiques : alcoolisation, tabagisme. La prise de risques (conduite à vitesse élevée, mise en danger répétitive) correspond plutôt à un déni de la mort pour soi, dans une sorte de provocation ou de recherche de la fin.»⁵⁴ Nous nous demandons si ces reproductions de schémas n'entraîneraient pas un certain diallèle⁵⁵. La mise en danger répétitive et la non-observance des soins feraient peut-être écho à un besoin de reconnaissance. En effet, on pourrait parler ici d'handicap invisible qui se définit par tout type d'handicap qui n'est pas apparent et qui sort des représentations habituelles (fauteuil roulant, handicap moteur). Cet handicap n'étant pas vu, il n'est pas compris et donc peut ne pas être reconnu dans le monde dans lequel évolue la personne. Les mises en danger provoquant de multiples amputations pourraient être, inconsciemment, une manière d'être mieux reconnu auprès de l'entourage et de la société, même s'ils paraissent rejeter leur maladie.

Nous rencontrons des patients à différents stades du deuil. Certains acceptent l'amputation «grâce à elle je ne vais pas mourir» d'autres sont dans une phase de refus et de colère, M. K. dit «mon corps c'est ma maladie, je ne le supporte pas». Il nous semble nécessaire de repérer à quel stade ils sont pour proposer une prise en charge des plus adaptées.

2. La dépression

La dépression a toujours existé, cependant sa fréquence est probablement plus importante à notre époque du fait des changements de mode de vie. Chacun doit alors faire preuve d'adaptation constante.

Dans notre clinique, nous avons observé, pour la plupart de nos patients, un état dépressif. Celui-ci peut être lié au vieillissement, aux événements de vie, à la maladie ou à l'amputation. La dépression est un trouble de l'humeur. Elle se caractérise par des troubles du sommeil, une perte de l'appétit, une tristesse, un dégoût de la vie, une souffrance morale, un ralentissement psychomoteur souvent accompagné d'une asthénie, un manque d'hygiène de vie, une anxiété, une perte de centre d'intérêt avec une certaine anhédonie, une fluctuation de la pensée et des

⁵⁴ M-F. Bacqué, M. Hanus, 2014, p. 50

⁵⁵ Raisonnement invalide dans lequel une proposition est prouvée par une seconde dont la validité dépend de la première.

idées de mort. Selon B. Lesage «dans la dépression domine l'immobilité, la répétitivité, le silence. Le regard se piège à l'intérieur, comme un œil retourné sur soi, annihilant tout mouvement de transcendance d'*aller vers et au-delà de soi.*»⁵⁶

La dépression peut être déclenchée par l'arrêt de l'activité professionnelle. La plupart de nos patients semblaient être des personnes actives. Elles ont arrêté leur profession à cause des complications du diabète. Elles se retrouvent désormais hospitalisées avec une perte d'autonomie majeure.

Nous pouvons reprendre l'exemple de M. B. qui nous signalait à chaque séance son envie de mettre fin à ses jours. De nombreux facteurs ont mis en évidence sa dépression : la perte de sa femme, sa situation précaire et sa perte d'autonomie liée à son amputation.

3. L'anxiété et l'angoisse

L'anxiété normale est l'état de l'affectivité qui résulte de la prévision ou de la crainte d'un danger prochain, généralement assez bien déterminé, pour soi ou pour d'autres. L'anxiété perçoit son objet dans les faits, dans les événements, dans la réalité vécue, parfois démesurément grossie ou faussement interprétée. On la distingue de l'angoisse qui, selon Freud, est sans rapport avec des conditions quelconques, d'une façon aussi incompréhensible pour nous que pour le malade, comme un accès spontané et libre, sans qu'il puisse être question d'un danger ou d'un prétexte.

Nous rencontrons les patients souvent avant leur chirurgie, ils présentent un fond anxieux qui se traduit par un tonus élevé. Ils ont besoin de réponses précises quant à leur opération. Cependant, nous avons rarement vu un patient arriver au stade de la crise d'angoisse. Ils sont conscients d'être stressés et sont en demande de techniques pour pallier leur agitation. Ils ont peur de se laisser submerger par l'anxiété : «il devient plus difficile d'organiser les idées, d'envisager clairement le

⁵⁶ B. Lesage, 2012, p. 61

problème, d'où l'impression accrue de débordement, de submersion par une difficulté que l'anxiété brouille et dramatise, parfois jusqu'à la dépression.»⁵⁷

Les patients que nous suivons ont subi de nombreux traumatismes au cours de leur vie, ils apparaissent désormais, sur leur lit d'hôpital, comme n'ayant plus de ressources énergétiques suffisantes pour aller de l'avant. Nous y voyons là une certaine forme de résignation. Leur anxiété est liée principalement à l'hospitalisation et à la possible amputation. Cela sous-tend une certaine angoisse de mort accompagnée d'une angoisse de perte d'identité, en lien avec la dépendance et la maladie de plus en plus envahissante.

M. K. dit qu'il a peur des perforations, de l'amputation mais surtout de mourir. Notre travail autour de la respiration lui a permis de réduire pendant un temps donné son anxiété. Il a su se saisir de la prise en charge et réutiliser des exercices dans des moments anxiogènes comme par exemple lors des changements de pansements.

Quand le patient prend la décision d'accepter l'amputation pour éviter la mort, nous pensons que la pulsion de vie prévaut sur la pulsion de mort augmentant alors inconsciemment l'angoisse de mort.

4. L'identité

L'identité est le caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui définit son individualité, sa singularité. L'identité n'est pas l'existence, elle est la relation qu'un sujet entretient avec lui-même tout au long de son existence. C'est un processus actif, affectif et cognitif de représentation de soi dans son entourage associé à un sentiment subjectif de permanence. L'individu a une identité objective sociale et biologique. Il a aussi une identité subjective qui lui permet de se sentir soi et de s'individualiser dans la société tout en s'identifiant à celle-ci. Le sentiment d'identité, passe par la reconnaissance par autrui et soi-même de ses capacités et de ses qualités.

⁵⁷ A. Le Gall, 2002, p. 20

L'identité d'un sujet est en permanence en transformation puisqu'elle s'étaye sur des références identitaires, elles-mêmes en évolution. L'identité est donc un processus actif à la fois biologique, cognitif, affectif et social.

Les patients que nous rencontrons sont souvent en position d'insécurité, d'infériorité voire d'exclusion ce qui renforce la modification d'identité, augmentant le besoin de reconnaissance sociale et personnelle. L'estime de soi est altérée.

Nous pouvons reprendre l'exemple de M. B. qui est isolé et, qui se retrouve infantilisé en société. Notre prise en charge lui a permis une revalorisation, il a peu à peu fait de l'humour et il a voulu être actif dans la relation en nous proposant une rémunération. Une réelle relation de confiance s'est installée ce qui lui a permis d'avoir un moment à lui pour découvrir de nouvelles sensations et se réapproprier son corps. Il nous paraît primordial d'avoir un cadre permettant au patient de se sentir en sécurité, non-jugé et, sur un pied d'égalité avec nous. Cela permet implicitement de travailler l'estime de soi.

En psychologie du développement, on parlera d'estime de soi selon la définition proposée par le dictionnaire de psychologie de Bloch et *al.* : «la valeur personnelle, la compétence qu'un individu associe à son image de soi». La construction d'une estime de soi, en tant que sentiment positif d'auto-estime, est donc fondée sur la conscience de l'individu de son propre mérite et de sa compétence. Cela suppose en général une comparaison entre ce que l'individu voudrait être et ce qu'il est actuellement.

Nos patients ont subi une amputation, événement traumatique, pouvant atteindre leur intégrité psychocorporelle. Ils peuvent perdre leur sentiment d'unité. L'enveloppe corporelle est défaillante, le psychisme n'est plus contenu.

Nous observons qu'un grand nombre de nos patients ont des troubles du sommeil tels que des difficultés à s'endormir ou des insomnies. D'après F. Dolto, «la première condition pour entrer dans le sommeil est d'être en sécurité avec soi-même.»⁵⁸

⁵⁸ F. Dolto, 1994, p. 144

Des bouleversements psychiques apparaissent avec des modifications de l'humeur. L'estime de soi est alors touchée en corrélation avec les modifications de l'image du corps et des atteintes identitaires.

Nous remarquons une baisse de la confiance en soi chez nos patients. H. Besell définit la confiance en soi comme étant lié à l'acquisition de connaissances utiles faites d'une manière telle que la personne en vienne à croire en elle-même en tant qu'être humain compétent, tant au niveau moteur qu'intellectuel ou relationnel. Nous pouvons observer qu'ils n'ont pas confiance en leur capacité motrice.

La crise identitaire sous-jacente au vieillissement implique un travail de deuil de soi-même, de ce que la personne âgée a pu être. De là se font ressentir une dévalorisation de l'image de soi et une blessure narcissique⁵⁹.

5. La résilience

La résilience peut se définir comme «la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée»⁶⁰. Elle peut se définir aussi comme «l'aptitude d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit de circonstances traumatiques.»⁶¹ La résilience peut exister si une bonne base de sécurité interne est présente, si l'estime de soi est suffisante et si le sujet a le sentiment de sa propre efficacité. Ces 3 composantes sont altérées chez les patients que nous rencontrons. Ils sont malades, amputés et âgés.

M. N. se sent obligé d'accepter son amputation. Il est résigné, il se soumet à la situation sans la symboliser. Trouver de nouvelles sensations corporelles lui permettraient d'accepter son corps et d'accéder à la résilience.

Nous pensons que les patients ont déjà eu accès à la résilience, cependant, le traumatisme lié à l'amputation est bien trop fort.

⁵⁹ M. Marchand, 2008, p. 22-26

⁶⁰ M. Anaut, 2003, p. 33

⁶¹ Le petit Larousse illustré, 2005, p. 926

La maladie peut être vécue comme un mauvais objet extérieur à soi-même, ce qui donnerait envie de la combattre, alors que l'amputation elle, est une fin en soi : Mme M. a triomphé de 3 cancers, de nature combative, elle est maintenant apathique face à son amputation.

Pour avoir accès à la résilience la personne a besoin d'avoir eu accès à des interactions précoces satisfaisantes. Selon J. Bowlby, les liens d'attachement primaires expérimentés par le jeune enfant auraient des conséquences fondamentales sur l'établissement des liens affectifs ultérieurs. Pour surmonter une dépression, une angoisse, une anxiété, un deuil et pour accéder à la résilience il faut avoir eu des interactions précoces satisfaisantes.

Les interactions précoces, définies par D. Winnicott, sont le *holding* qui est le soutien physique et psychique ; le *handling* qui est la manière dont l'enfant est traité, manipulé et soigné ; la préoccupation maternelle primaire qui est un état psychique particulier de la mère qui accueille son nouveau-né en s'adaptant au plus près à ses besoins ; l'*object-presenting* qui est la façon dont est présentée la réalité à l'enfant via son environnement ; la permanence de l'objet qui est la connaissance par l'enfant que les objets qui l'entourent existent à l'extérieur de lui, mais aussi et surtout, qu'ils continuent d'exister, même s'il ne les perçoit pas via l'un de ses 5 sens.

Mme M. nous parle instinctivement de son enfance. Elle évoque des attouchements induits par son père qui ont entraîné son éloignement du domicile familial et donc de sa mère. Nous émettons l'hypothèse que la perte d'autonomie liée à son amputation la ramène à une période de dépendance, notamment à l'égard de ses parents et fait ressurgir des angoisses. Nous pensons que Mme M. n'a pas eu une bonne assise narcissique du fait d'interactions précoces pas suffisamment satisfaisantes. Cela pourrait expliquer sa difficulté d'accès à la résilience. Il nous paraît nécessaire de travailler avec elle des auto-mobilisations pour lui permettre de trouver un sentiment d'autonomie.

C. Les manifestations psychomotrices

1. Le tonus

Le tonus est l'état de tonicité de la musculature, ou niveau de tension, de contraction musculaire.

Le tonus de fond est l'état de légère tension, isométrique, des muscles, involontaire et permanente, même au repos. Il maintient la cohésion des différentes parties du corps et soutient le sentiment d'unité corporelle. Il représente le substrat de l'affectivité et des émotions, il porte la charge expressive du mouvement. Il est géré par le tronc cérébral et existe grâce au réflexe myotatique. Il est lié à la vigilance et à l'éveil, dans une influence réciproque. Ses excès sont dans le sens de l'hypotonie ou de l'hypertonie.

Le tonus postural représente l'activité tonique minimale permettant la station debout et le maintien des équilibres statiques et dynamiques. Il garantit un niveau de contraction optimum pour l'action, il est sous commande réflexe mais peut aussi être contrôlé volontairement.

Le tonus d'action se définit par la contraction musculaire permettant l'action et le mouvement. Il est en principe intentionnel, sous commande volontaire.

a. Les rôles du tonus

Le tonus a pour fonction d'assurer le maintien des positions antigravitaires et posturales, par le jeu des contractions toniques ; la préparation à la contraction phasique, mise en tension de l'élasticité musculaire ; la base de la motricité, volontaire ou non, du langage, de la communication non verbale et de l'expressivité ;

le soutien et l'expression de l'éveil, de la vigilance, de la motivation et de l'intention en lien avec les facteurs psycho-émotionnels et affectifs.

Selon J. de Ajuriaguerra, la fonction tonique est la première forme de relation⁶². Nous nous intéressons particulièrement à 2 fonctions de la tonicité corporelle : rencontrer l'autre et se rencontrer soi.

Une des caractéristiques de la tonicité est le mode de communication infraverbale, elle se perçoit grâce à la vision et au sens tactile. Elle se ressent dans les postures et les mouvements, dans les vibrations corporelles, dans les tensions et les détentes. Par toutes les fonctions qu'elle assure, l'enveloppe tonique s'identifie comme la base d'une première enveloppe psychique, d'un «contenant» psychique tel que l'a théorisé W. Bion et du soutien moteur du «Moi-peau» tel que D. Anzieu le définit⁶³.

Le tonus présente différentes dimensions relationnelles. Il a une place prépondérante dans l'organisation psychocorporelle de chacun. Il permet la modification de l'expressivité corporelle en fonction de la force exercée sur les muscles posturaux et sur les muscles d'expression.

Selon J. de Ajuriaguerra (1976-1981) «le rôle de l'état tonique est extrêmement important dans l'organisation de la personnalité»⁶⁴.

b. Le tonus et les émotions

Le tonus soutient en permanence le système émotionnel. Il est la chair de l'émotion. H. Wallon (1942) écrit «les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire». Les émotions s'accompagnent de modulations toniques. Elles se manifestent et se vivent par l'intermédiaire de réactions corporelles, ce qui ne veut pas dire qu'elles s'y réduisent.

⁶² B. Lesage, 2012, p. 33

⁶³ Cf. *Infra*. p. 60

⁶⁴ S. Robert-Ouvray, 2007, p. 43

Le fait que l'émotion ait une composante corporelle nous permet de comprendre qu'il y a là un point d'entrée dans la relation d'aide. Une émotion, ou plutôt un état émotionnel qui a donc une certaine durée, peut déclencher un état somatique. Cela peut entretenir l'état émotionnel et, piéger le sujet. Il y a alors un enchaînement somato-psychique. Selon B. Lesage «une tension musculaire, une posture qui s'installe et se fixe, sont souvent le premier front où le corps actualise les conflits, *encaisse le coup* pourrait-on dire. L'état corporel affecte la pensée, il diminue l'ancrage et les représentations fondées sur l'intégration proprioceptive.»⁶⁵

On peut comprendre qu'une intervention somatique puisse permettre à quelqu'un non pas de résoudre un complexe psychique, mais tout au moins de se soustraire à un enchaînement somato-psychique défavorable. Bien souvent, cela lui permet d'effectuer un travail, une réorganisation psychique qui était jusque-là impossible ou très difficile.

c. Le dialogue tonique et les manifestations émotionnelles

Selon J. de Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel était le reflet des états émotionnels des 2 partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre. Nous lui préférons aujourd'hui le terme de dialogue tonique en lien avec les émotions.

Il regroupe 2 formes de communication : la communication sympathique, c'est un langage empreint de sympathie comme une contagion qui passe d'une personne à l'autre et, la communication consciente et qui peut être également inconsciente dans les interactions. Elle se fait par les variations toniques qui passent dans le corps et au niveau du visage, par les tonalités de la voix, par les vibrations des gestes, par le regard, par les silences, les postures, les soins quotidiens et le portage⁶⁶.

⁶⁵ B. Lesage, 2012, p. 20

⁶⁶ P. Scialom, F. Giromini, J.M. Albaret, 2012, p. 159

La fonction du dialogue tonique, qui nous intéresse le plus, est celle d'outil thérapeutique qui permet de créer un dialogue enrichissant avec la personne la conduisant à intégrer progressivement ses ressentis. C'est à ce niveau que nous intervenons.

d. Tonus et sensorialité

Lorsqu'un patient se tend il est moins disponible à la sensation. Il se crispe et comme dit S. Robert-Ouvray il se fait «plus dur que dur». On sait que cette crispation coupe l'arrivée des influx douloureux. C'est un moyen de se préserver de la douleur. D'une façon générale, l'hypertonie est une véritable carapace, un blindage qui isole certes de la douleur, mais aussi par la même occasion de la perception de soi. La douleur fait effraction dans notre corps, c'est le tonus qui vient «colmater la brèche». Quand l'enveloppe psychocorporelle est fragile, l'enveloppe tonique prend le relai.

Nous remarquons chez tous nos patients un recrutement tonique conséquent que l'on pourrait qualifier de carapace tonique⁶⁷, les protégeant des agressions. Ils se préservent de la douleur mais aussi des résonnances psychiques qu'elle engendre. Par exemple M. K. contracte sa jambe en prévention de la douleur dès qu'il sait qu'on va la mobiliser. Nous observons un recrutement tonique conséquent, dont il n'a pas conscience, quand nous touchons son pied gauche. Nous lui proposons un toucher contenant mais appuyé pour lui permettre un relâchement tonique. Le poids et la pression font écho à sa carapace tonique. Il dit se sentir plus calme tant au niveau de la respiration que de son état psychique. Cette carapace tonique est liée à l'histoire de vie du patient, nous ne cherchons pas à la faire disparaître, car elle leur est nécessaire. Nous travaillons avec, pour leur permettre au moins d'en prendre conscience.

En déchargeant, partiellement l'état de tension par et dans le corps, le patient pourra alors se libérer d'un trop-plein émotionnel qu'il ne peut ni représenter, ni contrôler. Les patients manifestent des trop-pleins émotionnels dans le corps, cela

⁶⁷ La carapace tonique peut être un mécanisme de défense aux stimuli, elle isole certes de la douleur mais par la même occasion de la perception de soi. Elle se traduit corporellement par une hypertonie.

peut notamment s'observer par l'apparition de larmes qui est un bon indicateur dans notre culture du laisser-aller émotionnel et du lâcher-prise du comportement moteur.

2. La représentation du corps

a. La douleur

Selon G. Burloux «dans la misère de notre monde actuel, le corps si investi, est l'organe privilégié pour exprimer une souffrance qui ne trouve plus toujours ses mots.»⁶⁸

La douleur est définie comme l'expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire, réel ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur⁶⁹.

Selon P. Ancet «notre corps est une unité qui ne se segmente que dans la douleur ou dans la souffrance psychique.»⁷⁰ Cette affirmation fait écho à notre clinique.

Nous prenons en compte les phénomènes d'anticipation de la douleur lors de soins répétés : elle provoque une anxiété, qui s'accompagne, entre autre, d'une élévation du tonus ainsi que du seuil de réceptivité sensorielle augmentant la sensation douloureuse lors de l'acte, instaurant alors un diallèle.

La douleur est une expérience. Elle affecte les domaines suivants :

- Sensori-discriminatif qui concerne la localisation, la qualification et l'intensité,

⁶⁸ G. Burloux, 2004, p. 5

⁶⁹ L'association internationale pour l'étude de la douleur a pour mission de réunir cliniciens, scientifiques, professionnels de santé et responsables politiques impliqués dans le domaine de la douleur, de stimuler et d'encourager l'étude de la douleur, de diffuser ces connaissances et d'améliorer la prise en charge de la douleur dans le monde.

⁷⁰ P. Ancet *et al.* 2010, p. 10

- Cognitif qui désigne l'ensemble des processus mentaux, qui vont notamment influencer la perception de la douleur et les réactions du patient face à celle-ci,

- Émotionnel, cette dimension fait partie intégrante de l'expérience douloureuse, pouvant amener à des états anxieux et dépressifs. Ici, le stimulus nociceptif est tout aussi important que le contexte dans lequel il est éprouvé. La signification de la maladie, ses conséquences, l'incertitude quant à son évolution demeurent autant de facteurs qui vont influencer sur la composante émotionnelle de la douleur,

- Comportementale qui désigne l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observées chez le sujet en souffrance (plaintes, gémissements, postures, mimiques ...).

De manière générale, la douleur chronique désorganise l'appareil psychique, menace les intégrations psychocorporelles et, affecte les capacités de désirer et de penser. La douleur mobilise l'individu tout entier jusqu'au cœur de son identité. Cette vulnérabilité met l'individu dans une impuissance similaire à la dépendance de la prime enfance, le rendant dépendant des soins prodigués par autrui, un désinvestissement du corps, induisant une mise à distance de son propre corps qui devient dès lors un objet médicalisé et déshumanisé.

Dans notre clinique, nos patients ont de nombreux appareillages comme une prothèse, des chaussures de décharge, des matelas anti-escarres bruyants. Selon D. Le Breton, «l'homme appareillé est une sorte d'otage de la machine et de ceux qui en connaissent le fonctionnement.»⁷¹

L'effraction psychocorporelle qu'inflige la douleur chronique peut conduire au vécu de la perte de l'unité corporelle jusqu'au processus de dépersonnalisation. Il s'agit donc d'un sentiment d'étrangeté où le sujet perd le sentiment de sa réalité corporelle, où les repères et les enveloppes deviennent flous. Selon E. Ferragut, «si la souffrance, au-delà de la douleur, n'est pas entendue, la plainte peut augmenter jusqu'au repli total et désespéré, annihilant tout investissement en dehors de la douleur.»⁷² Par ailleurs, ce sentiment de perte de soi se retrouve plus largement

⁷¹ D. Le Breton, 1990, p. 105

⁷² E. Ferragut, 1996, p. 104

chez la personne âgée, en raison des différents deuils successifs qu'elle a pu connaître sur le plan somatique, psychique et social.

La douleur va bien au-delà de la sensation, elle véhicule des images de défaillance extrême d'un corps inapte et limitant, pouvant mener jusqu'à la mort. La douleur est subie par le corps. Elle est avant tout une effraction qui va avoir un impact sur l'investissement du corps par la psyché. L'attention du patient reste focalisée dessus.

La douleur peut avoir une deuxième fonction. Elle permet de contenir les angoisses d'anéantissement et de lutter contre la souffrance. Elle fonctionne comme une défense où le corps prend le relais du psychisme défaillant, protégeant le sujet d'une menace insupportable, non élaborable liée au sentiment d'anéantissement. Nous pouvons mettre cela en lien avec l'amputation dans notre prise en charge. L'inscription de la douleur dans le corps par la sensation qu'elle y maintient, permet au sujet de continuer à s'inscrire dans le réel et de se sentir exister. Comme disait D. Anzieu «je souffre donc je suis.»⁷³

b. La perception et la représentation du corps

L'unité psychocorporelle se développe en suivant les étapes du développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant. Elle s'enrichit des expériences du corps propre⁷⁴ avant de donner naissance aux représentations que sont le schéma corporel et l'image du corps.

P. Schilder est le premier à avoir proposé les théories du schéma corporel et de l'image du corps, cependant la différenciation qu'il en a fait était confuse.

J. de Ajuriaguerra (1971), nous livre une définition intemporelle du schéma corporel : «édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment

⁷³ D. Anzieu, 1985, p. 205

⁷⁴ Le corps propre désigne à la fois le corps dans sa stature, dans sa forme spatiale organique et l'intime du rapport au vivre. Le corps propre c'est ce que l'on sent du dedans.

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.» Le cerveau possède des mécanismes qui permettent de percevoir le monde extérieur et d'autres qui permettent d'inscrire ces perceptions dans le réseau neuronal : «des traces s'inscrivent, s'associent, disparaissent, se modifient, tout au long de la vie par le biais des mécanismes de la plasticité neuronale.»⁷⁵

Auparavant, on observait 3 stades différents du corps : le corps subi (0 à 3 mois), le corps vécu (3 mois à 3 ans) et le corps perçu (3 à 7 ans). Désormais les recherches ont montré que le traitement des informations au niveau cérébral se fait en simultané et non plus les unes après les autres et ce processus évolue jusqu'à la fin de la vie.

Cependant on peut observer différents niveaux de conscience du corps. Le corps connu est la connaissance globale et la perception de son corps. La dénomination est une étape importante dans la représentation mentale du corps. Le corps exprimé correspond aux attitudes et aux mouvements. C'est celui qui nous fait apparaître au monde et nous permet de nous exprimer face à autrui. A partir de 4 ans, l'enfant va reproduire les attitudes et mimiques qu'il observe autour de lui. En fonction des réactions de l'entourage, il va modifier ses expressions afin de se conformer ou de s'opposer à ce qu'on attend de lui. Le corps maîtrisé doit à la fois répondre correctement aux désirs de l'individu et s'adapter à l'environnement. Les patients, que nous suivons, sont à ce stade mais celui-ci est altéré. En effet leur corps ne s'adapte plus correctement à l'environnement, ils ne peuvent plus répondre à tous leurs désirs, besoins ou envies.

Nos patients ont pour la plupart subi une amputation entraînant un traumatisme du schéma corporel. On peut parler de membre fantôme. Selon C. Lemaire (1998), «le membre fantôme le plus caractéristique est celui des amputés qui consiste en une élaboration sensorielle souvent vivace et durable du segment anatomique du soi pourtant définitivement perdu par chirurgie segmentaire ou accident mutilant. Le membre continue de s'imposer à la conscience. Il n'y a rien de visuel : c'est la partie sensitive ou sensorielle d'un tout, traditionnellement nommée schéma corporel [...], conscience du soi anatomique et morphologique.»

⁷⁵ F. Ansermet, P. Magistretti, 2014, p. 14

M. N., après son amputation, ressent distinctement son membre résiduel. Il dit «il me fait mal, j'ai l'impression qu'il est toujours là». Nous ne parlons jamais directement de ce traumatisme aux patients. Nous les laissons amener le sujet quand ils se sentent prêts. Quand M. N. nous en a parlé il nous a demandé de travailler autour de cela. Nous avons donc proposé un toucher thérapeutique de son pied controlatéral en l'invitant à imaginer les sensations que cela lui procurerait sur son membre disparu.

La majorité de nos patients ressentent encore leur membre résiduel. Nous émettons l'hypothèse que le diabète n'affecte pas la zone corticale liée à cette perception. Le schéma corporel est préservé mais l'image du corps est modifiée.

L'image du corps est la représentation mentale de ce qu'est notre corps-expression, elle s'élabore par l'investissement libidinal. L'image du corps sert de support à l'individu pour penser ses sensations et celles qu'il attribue à autrui.

Selon F. Dolto «l'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle.»⁷⁶ Selon E. Pireyre elle comprend 9 composantes : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la sensibilité somato-viscérale, le tonus, la représentation de l'intérieur du corps, les capacités communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques. L'image composite du corps se développerait dans les tous premiers mois de la vie.

L'image du corps se construit au travers des expériences agréables ou douloureuses et, au travers du regard des autres. Selon B. Lesage «l'image du corps se module au gré des expériences et des circonstances et, que parmi celles-ci l'émotion, l'affect, le désir, le plaisir et la douleur jouent un rôle essentiel.»⁷⁷ Donc l'image du corps est en perpétuelle construction et déconstruction.

Nous intervenons autour de l'image du corps. Nous pensons que notre clinique a un aspect psychothérapeutique. La prise de conscience du corps mobilise le patient à plusieurs niveaux : sensoriel, affectif et relationnel, conscient et

⁷⁶F. Dolto, 1984, p. 23

⁷⁷B. Lesage, 2012, p. 54

inconscient. Cela permet au patient d'identifier ses perceptions et d'accéder à leurs représentations ainsi qu'à la subjectivité. Mettre en mot des vécus corporels peut permettre au patient de les relier à des expériences antérieures. Ces notions sont abordées en amont lors de l'évaluation psychomotrice et, reprises tout au long de la prise en charge.

L'appauvrissement sensoriel provoqué par la neuropathie, l'hospitalisation et la vieillesse entraîne un appauvrissement de l'image du corps. Ces patients s'approprient l'image peu flatteuse que la société donne d'eux, mettant leur perte de capacités sur le compte de la vieillesse. Une prise en charge et un possible appareillage (auditif et visuel) leur donneraient accès à plus de stimulations sensorielles. Ces dispositifs renforceraient leurs désirs, améliorant ainsi l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, permettant un enrichissement de la pensée et un meilleur investissement de leur corps. Certains de nos patients sont en surpoids, proche de l'obésité. Cela entraîne une nette dégradation de l'image du corps qui s'ajoute à leurs problématiques.

Pour conclure, le schéma corporel serait représenté par les perceptions du corps et l'image du corps par les représentations corporelles.

Selon D. Anzieu, «toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental».⁷⁸ Il désigne par Moi-peau «une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps»⁷⁹.

Le Moi-peau se construit par un étayage corporel et permet donc de faire un lien entre les expériences corporelles et les pensées de l'enfant afin qu'il puisse se représenter comme un Moi unique et unifié. D. Anzieu met en relation l'importance de la peau et de ses fonctions dans la constitution du Moi. Il développe 9 fonctions de la peau mais pour notre propos nous nous limiterons à n'en citer que 6.

⁷⁸ D. Anzieu, 1995, p. 119

⁷⁹ *Ibid.* p. 61

La fonction de maintenance est à la base de l'intégration d'un axe solide et du processus de verticalisation. Elle permet une unité corporelle et la cohésion psychique.

La fonction de contenance permet au Moi-peau de devenir contenant des représentations psychiques en créant une enveloppe corporelle et psychique. Cette fonction amène à ressentir les limites corporelles.

La fonction de pare-excitation est exercée par la peau qui protège notre organisme contre les agressions extérieures et les sur-stimulations. Cette fonction rend possible la confiance en son enveloppe.

La fonction d'individuation de soi apporte au sujet le sentiment d'être unique et la conscience de ses propres limites corporelles. Elle permet la différenciation entre Soi et l'autre.

La fonction d'intersensorialité entraîne la découverte de nouvelles sensations et expériences corporelles. «Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile»⁸⁰.

La fonction d'inscription des traces regroupe les traces sensorielles et tactiles faisant résonance aux expériences vécues.

Ces fonctions sont altérées de par l'amputation et tout ce qui en découle comme nous l'avons abordé dans les parties précédentes.

⁸⁰ *Ibid.* p. 127

D. La verticalité et l'axialité

1. La verticalité et la verticalisation

La verticalisation est liée à l'autonomie du sujet. Elle est construite sur une bonne régulation tonico-musculaire, qui permet une disponibilité maximale du corps. Le dynamisme de la verticalité s'exprime dans la qualité d'auto-grandissement et se situe au carrefour même des fonctions posturales et dynamiques. Cette «axialisation» représente un allongement, une ouverture dans la position des courbures. La verticalisation est le processus de construction progressive de cette verticalité⁸¹. L'axialité est un des fondamentaux de la structuration psychocorporelle.

2. L'axialité psychomotrice

En psychologie clinique avoir un bon axe psychique c'est avoir une stabilité affective primaire narcissique : la certitude d'être aimé donne confiance en soi et permet d'aller de l'avant et d'oser expérimenter de nouvelles situations. C'est avoir la capacité de se mouvoir affectivement à partir de cette sécurité de base. C'est également avoir un Moi organisé et adapté aux situations de la réalité et de ne pas confondre réalité et imaginaire. On peut dire que l'axe moteur organise le corps dans les 3 dimensions de l'espace externe. L'axe psychique organise la vie psychique dans les 3 dimensions de la vie relationnelle et affective : moi, autrui et le tiers⁸².

La verticalisation permet l'ancrage dans le sol ainsi que l'auto-grandissement, soutenant l'ouverture et la relation à l'entourage, tout en ayant une base narcissique solide et une capacité d'autonomie.

⁸¹ P. Scialom, F. Giromini, J.M. Albaret, 2012, p. 170

⁸² *Ibid.* p. 173

Dans la hiérarchie des soignants comme dans celle des soignés, le pied n'est pas un organe noble. En tout cas, sans comparaison possible avec la main ou le cœur. Néanmoins, nous pensons que les pieds sont nécessaires à l'ancrage au sol et au rapport au monde, en effet ce qui nous différencie du monde animal c'est la station bipède.

Cependant chez nos patients, bien qu'ayant acquis cette verticalité, nous observons une certaine malléabilité de l'axe. Nombre d'entre eux sont effondrés dans leur lit ou dans leur fauteuil, courbant le dos. Ils ne font plus l'effort de relever le buste et la tête pour passer de la position allongée à la position assise, ils manipulent simplement la télécommande du lit.

Les hospitalisations répétées de nos patients ajoutées aux amputations partielles du pied altèrent cette verticalisation et modifient grandement l'identité. Le pied diabétique ne permet pas un ancrage fiable au sol, quand la pose du pied est possible. L'équilibre est modifié, les points d'appui différents, l'axe est alors altéré.

V. Thérapeutique psychomotrice

A. Les médiations et techniques utilisées

Selon R. Durand de Bousingen «les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique»⁸³.

La relaxation est définie par E. Jacobson comme l'«absence de toute contraction musculaire s'exprimant du point de vue électromyographique par un silence électrique absolu [...]»⁸⁴.

1. La relaxation progressive

La relaxation progressive a été créée par E. Jacobson. Elle est aussi appelée méthode analytique. La méthode Jacobson est le modèle de référence des méthodes appelées neuromusculaires à point de départ physiologique⁸⁵.

Selon E. Jacobson «les émotions se traduisent par des contractions localisées dans diverses parties du système musculaire et viscéral.»⁸⁶ Les tensions musculaires influent sur les pensées et les émotions. Il pense qu'en diminuant les tensions musculaires, on réduirait l'anxiété.

⁸³ R. Durand de Bousingen, 1992, p. 27

⁸⁴ *Ibid.* p. 28

⁸⁵ Les méthodes de relaxation qui s'inspirent de E. Jacobson sont : la relaxation activo-passive, la relaxation dynamique, l'eutonie et la méthode Orlic.

⁸⁶ P. Scialom, F. Giromini, J-M. Albaret, 2015, p. 241

Sa méthode consiste à contracter puis à relâcher un groupe de muscles déterminé et, de poursuivre l'exercice avec d'autres groupes musculaires, dans un ordre prédéterminé et de façon progressive. Le patient s'entraîne à observer ses schémas de tension et à les relâcher. Il concentre son attention sur des états de tension musculaire qu'il provoque. Il apprend à repérer ces tensions, puis il cesse son effort et porte son attention sur les nouvelles sensations qui sont, alors, identifiées comme celles du relâchement. Le patient cherche à reconnaître les tensions qui entrent en jeu lorsque les muscles se tendent et à les contrôler. De répétition en répétition, il essaie d'approfondir les états de détente musculaire. L'idée de E. Jacobson est qu'en diminuant ces tensions résiduelles, on atténue l'impact émotionnel.

La relaxation progressive est constituée de 2 parties : la relaxation générale, utilisée dans notre clinique ; et la relaxation différentielle⁸⁷.

Une séance de relaxation progressive générale dure en moyenne 1 heure. Le patient commence par un repos de 5 à 10 minutes, en décubitus dorsal. On demande à celui-ci de mettre en tension un membre. Tout en maintenant cette tension, le patient essaie de ressentir les muscles contractés. Puis il cesse l'effort et on lui demande de ressentir cette nouvelle sensation de relâchement musculaire. Le patient répète cet exercice pendant 30 minutes. Entre chaque contraction, une pause de 5 minutes est observée.

Ainsi, de séance en séance, on progresse à travers tout le corps, jusqu'à obtenir un contrôle global, une relaxation générale.

⁸⁷ La relaxation différentielle est le minimum de contraction musculaire nécessaire pour l'exécution d'un acte, en même temps que la relaxation des muscles dont l'activité n'est pas indispensable pour la réalisation de cet acte.

2. La relaxation activo-passive

La méthode «activo-passive» de H. Wintrebert tire son originalité du contact physique important entre le relaxateur et le patient. Il a créé cette méthode pour les enfants.

En utilisant l'électroencéphalogramme⁸⁸, H. Wintrebert a montré la corrélation entre l'activité alpha⁸⁹ et la décontraction qui se produit pendant le mouvement de relâchement musculaire. Cette activité alpha s'étendant jusqu'aux structures frontales d'où partent les voies motrices, le simple toucher du relaxateur sur le corps de l'enfant fait apparaître une onde : la «pointe du vertex»⁹⁰. Plus la relaxation progresse plus les «pointes du vertex» sont importantes⁹¹.

Le thérapeute commence par chercher une décontraction générale, en proposant des mouvements passifs à l'enfant. Il effectue des mobilisations lentes, régulières et monotones au niveau d'un membre, jusqu'à disparition de toute résistance ou participation active. Lorsque tout le corps a travaillé passivement, l'enfant devient plus actif en essayant de réaliser sa propre détente. Pour finir, il conserve son état de relaxation tout en retrouvant une certaine vigilance.

H. Wintrebert utilise 3 types d'induction : les inductions proprioceptives partant du mouvement et informant le patient sur sa propre détente, les inductions tactiles localisant les parties du corps et, les inductions verbales nommant les différentes parties du corps et suggérant certaines sensations.

La pratique de la relaxation activo-passive se déroule en 4 étapes : la régulation du tonus par les mouvements passifs, la phase d'immobilité où le thérapeute peut induire des contacts et des inductions verbales, la phase où l'enfant est actif dans les mouvements et, la réadaptation des mouvements de la vie quotidienne.

⁸⁸ L'électroencéphalogramme est un examen qui repose sur la mesure de l'activité électrique du cerveau. Cet examen renseigne l'équipe médicale sur l'activité neurophysiologique du cerveau.

⁸⁹ Les ondes alpha se situent entre 8 et 13 Hertz. Elles correspondent à la relaxation légère et à l'éveil calme.

⁹⁰ Les «pointes vertex» sont des potentiels négatifs, de morphologie aigue et d'amplitude maximum au vertex. Elles apparaissent normalement durant le premier stade d'endormissement.

⁹¹ M. Guiose, 2007, p. 24

3. L'eutonie

L'eutonie du grec *eu* signifiant bien, harmonie, juste et *tonos* signifiant tension se traduirait par le bon tonus. Elle a été créée par G. Alexander. C'est «un état dans lequel tout mouvement est effectué avec un minimum d'énergie et un maximum d'efficacité, en laissant les fonctions vitales se poursuivre normalement.»⁹²

L'eutonie est une méthode de connaissance et de prise de conscience du corps qui a pour but de libérer les muscles et l'esprit des crispations et des entraves de toutes sortes, pour avoir une sensation de bien-être et pour obtenir facilement la détente dans le repos et l'aisance du corps dans l'action.

L'eutonie peut nécessiter l'utilisation de matériel tel que des balles de tennis, des bambous ou des marrons. Elle se compose d'exercices d'étirement, de toucher, de contact, de repousser et de passivité. Le dessin peut aussi être utilisé.

Dans notre clinique, nous utilisons les exercices de passivité comme la mise en détente globale. Elle est constituée d'un inventaire des points d'appui sur le sol, d'un inventaire global du corps et d'un inventaire des sensations corporelles, commençant pour chacun par le choix d'une position de détente et une installation au sol.

Lors de l'inventaire des points d'appui au sol, le thérapeute dirige l'attention du patient vers toutes les surfaces du corps qui touchent le sol et vers les surfaces qui portent le corps. Il précise en détail la forme et la grandeur de ces surfaces. A chaque endroit, on observe si l'on abandonne le poids et si l'on ressent réellement qu'il est porté. On procède systématiquement en commençant aux talons pour finir à la tête. L'exercice doit aboutir à une conscience claire de toute l'empreinte du corps sur le sol, ainsi qu'à une sensation positive de repos.

L'inventaire global du corps commence par prendre conscience de chaque partie du corps et du corps dans sa totalité en veillant à se détendre intégralement. Le patient prend le temps de sentir intérieurement chaque partie et de diriger son attention successivement sur : les orteils, la plante des pieds, le talon, l'articulation du pied, la cheville, le mollet, le tibia, le genou, la cuisse, l'articulation de la hanche,

⁹² G. Brieghel-Müller, 1986, p. 7

l'ensemble de la jambe, les fesses, le bas du dos, le ventre, la taille, le haut du dos, le diaphragme, la poitrine, l'ensemble du tronc, les clavicules, les omoplates, les épaules, le haut du bras, le coude, l'avant-bras, le poignet, la main, les doigts, l'ensemble du bras, le cou, la tête, le corps en entier. A cela peut s'ajouter éventuellement les traits du visage, les oreilles et le cuir chevelu⁹³.

L'inventaire des sensations corporelles a pour but de laisser venir à la conscience toutes les sensations corporelles présentes dans le corps. Il s'agit d'être conscient à chaque instant de la ou des sensations corporelles. S'il y en a plusieurs, on ne s'occupe que de la plus forte, de celle qui domine les autres, on essaie de la décrire à soi-même avec exactitude. Quand la sensation dominante change de nature ou de lieu, la conscience suit ce processus en observant la sensation dominante suivante.

4. La respiration

a. Généralités

La respiration est un processus physiologique permettant d'approvisionner l'organisme en oxygène et, de le libérer du dioxyde de carbone. Ce phénomène est inconscient et automatique. Cependant, une part de la respiration peut se conscientiser comme l'amplitude et la fréquence. La respiration est un flux d'échange qui nourrit et soutient la capacité d'être et de perdurer dans l'échange.

Le yoga et la méditation sont à l'origine de l'attention portée à la respiration. Prendre conscience de la respiration est un premier travail de régulation tonique. Le patient peut alors se penser grâce à ce cadre d'échange. Il existe à travers ce flux qui l'anime et unifie son corps.

Selon V. Defiolles-Peltier «le travail sur la respiration [lui] paraît fondamental dans la mesure où il renvoie à des sensations archaïques de vie.»⁹⁴ La respiration

⁹³ Toutes ces parties sont nommées et mobilisées successivement pour être ressenties en faisant consciemment l'articulation entre le nom et la partie du corps. Cela permet de travailler la symbolique du corps.

⁹⁴ V. Defiolles-Peltier, 2010, p. 253

peut contacter une part non consciente de soi liée à l'inscription tonique donc à notre histoire relationnelle et émotionnelle. La respiration peut être entravée par des tensions musculaires qui ont une part émotionnelle.

Selon B. Lesage «le jeu de la respiration aboutit en fait à une modulation tonique : respirer dans une zone du corps, c'est moduler sa tonicité et l'inclure dans une dynamique d'ensemble, donc l'articuler [...], la relier harmonieusement à sa globalité.»⁹⁵

La conscience de la respiration est «l'ancrage de toutes les méthodes de relaxation»⁹⁶. C'est souvent la première expérience de relaxation pour les patients. A partir de la respiration, une réappropriation du corps propre va pouvoir s'effectuer.

b. La relaxation dynamique psychomotrice

L'auteur de la relaxation dynamique psychomotrice est R. Dupont⁹⁷. Il s'inspire de la méthode Feldenkrais⁹⁸, de l'eutonie, du Taï Chi Chuan⁹⁹ et de la méditation zen¹⁰⁰.

Cette relaxation consiste en des séries de mouvements répétitifs, sans idée de réussite, sans contrainte. Il faut d'abord imaginer le mouvement sans rien faire, imaginer la sensation que celui-ci procure et, dans un second temps, exécuter le mouvement. La relaxation dynamique est basée sur le mouvement lent. On cherche également une synchronisation entre les mouvements. Pendant que le patient effectue les mouvements le relaxateur soutient par la parole l'action, il verbalise le geste. Entre 2 séries de mouvements, un inventaire des membres mobilisés est réalisé. Lors des exercices de coordination, l'attention du sujet relaxé est attirée sur

⁹⁵ B. Lesage, 2012, p. 76

⁹⁶ D. Servant, 2009, p. 106

⁹⁷ C'est à l'hôpital Charles Foix que R. Dupont a inventé et initié cette technique de relaxation en psychomotricité.

⁹⁸ La Méthode Feldenkrais est une méthode qui a pour projet d'amener ses pratiquants à prendre conscience de leur mouvement dans l'espace et dans leur environnement, à travers les sensations kinesthésiques qui y sont reliées.

⁹⁹ Le Taï Chi Chuan est à la fois un art martial interne, une technique de santé et un art de vivre.

¹⁰⁰ La méditation réfère à un groupe de techniques reconnues comme permettant de rehausser certaines habiletés telles la concentration, la régulation des états conscients et la conscience de soi.

la nécessité de synchroniser les temps de départ et d'arrivée des mouvements. Un rythme lent est suggéré ainsi que la coordination des mouvements à la respiration.

Dans notre clinique, nous nous inspirons des propositions de R. Dupont sur la respiration. Lors des premières séances, le relaxateur pourra insister particulièrement sur les exercices de respiration. Cela a pour but de sensibiliser le patient à ce type de ventilation longue, lente, ample et complète. La respiration sera intégrée à toutes les séances.

Dans un premier temps, nous demandons au patient, en décubitus dorsal, d'observer sa respiration sans chercher à la modifier. Nous observons quel type de respiration¹⁰¹ il utilise et si les apnées sont prononcées.

Nous proposons ensuite au patient d'augmenter sa respiration. Lors de cet exercice, nous pouvons observer si la respiration s'est modifiée et si elle met en évidence une zone moins investie. Le patient peut alors se concentrer sur ses nouvelles sensations : il peut ressentir un changement de posture et de nouveaux points d'appui.

Nous invitons le patient à penser le chemin de l'air en visualisant l'air qui entre dans la bouche, la gorge, qui bombe le thorax, écarte les côtes, bombe le ventre et arrive au bassin. Le chemin inverse est proposé. Le patient peut observer les différences de température de l'air à l'inspiration et à l'expiration.

Nous proposons ensuite d'investir les différents types de respiration. Nous commençons par respirer seulement en bombant le ventre en mobilisant la respiration en piston. Cette proposition est répétée avec la respiration en anse de seau et la respiration thoracique. Ces 3 mouvements sont explorés afin de laisser le temps au patient de les ressentir. Nous proposons de mobiliser les 3 types de respiration les unes après les autres : à l'inspire le patient bombe le ventre, puis les côtes et en fin d'inspire le thorax, à l'expire le mouvement inverse est proposé.

Nous répétons ces mouvements en amplifiant l'apnée post-inspiratoire et post-expiratoire. Nous proposons ensuite de faire les mouvements de l'air, aller-retour poitrine-ventre-poitaine, en apnée. Le patient se sent alors acteur dans son cycle

¹⁰¹ La respiration diaphragmatique : en piston (respiration abdominale) ou en anse de seau (respiration costale) et, la respiration thoracique.

respiratoire, il contrôle l'expulsion et la reprise de l'air. Nous pensons aborder la revalorisation narcissique par ce biais.

Nous pouvons suggérer au patient, suivant ses possibilités, de réaliser ces propositions assis ou en décubitus ventral. Cela lui permet de ressentir les mouvements respiratoires dorsaux.

A chaque fin de séance, nous demandons au patient de comparer sa respiration actuelle à celle du début de séance.

La respiration permet de travailler le tonus axial. L'inspiration entraîne un redressement, une accentuation des lordoses en mobilisant la chaîne musculaire antéro-médiane. L'expiration permet un enroulement et une «recentration» en mobilisant la chaîne musculaire postéro-médiane. Le travail sur la respiration a pour but de rendre les patients acteurs, ils peuvent influencer sur leur rythme interne. Cela peut amener une revalorisation, les patients se rendent compte de leur capacité. Certains investissent la proposition et peuvent la réutiliser lors de situations anxiogènes ou douloureuses.

5. Le toucher thérapeutique

Le sens du toucher est le premier à se développer chez l'embryon humain par l'intermédiaire de la peau. Il forme la base de l'ensemble des perceptions et expériences du sujet.

Le toucher existe sous plusieurs formes. Selon A. Lauras-Petit¹⁰², il peut être structurant et contenant réaffirmant la cohérence et l'unité de l'image du corps, ferme représentant la solidité et la permanence de soi, enveloppant permettant de définir les limites corporelles, apaisant pour calmer et harmoniser le patient et, rythmé permettant l'écoute et la relation.

Le toucher met en jeu le dialogue tonique en lien avec les émotions. Il renseigne par ce dialogue sur les attitudes, les postures et les états toniques. Selon

¹⁰² A. Lauras-Petit, 2015, *in* Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 2, p. 296

J. de Ajuriaguerra, le toucher implique le corps en relation, «on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même»¹⁰³. Le dialogue sensori-moteur entre le patient et le thérapeute constitue le toucher thérapeutique, il permet une exploration et une construction de l'intériorité du patient.

Le toucher met en jeu le dialogue tonique, le schéma corporel, l'image du corps et la relation. Il permet de contrer l'appauvrissement corporel et de trouver des sensations corps-psyché. Il permet le développement du Soi corporel grâce à la sensation, à la conscience, au mouvement et à la posture. Il peut faire surgir des souvenirs et libérer des émotions. L'objectif de la thérapie psychomotrice est de passer de l'éprouvé corporel au ressenti.

Le corps peut être perçu comme malléable, défailant et mal délimité. La personne peut ressentir une insécurité interne, engendrant des réactions de défense. Elles peuvent se traduire par un désinvestissement corporel, de l'hypertonie ou des comportements mettant le corps en premier plan. Le patient peut développer de ce fait un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de ce corps qui lui fait défaut, mettant à mal le sentiment continu d'existence. L'enveloppe corporelle affaiblie et l'atteinte de l'image du corps témoignent d'une discordance entre apparence et intériorité. Il y a un désaccord entre l'apparence extérieure, l'image de soi et l'image telle qu'elle apparaît dans le miroir.

Le toucher thérapeutique a une fonction de réparation. Il allie le maternage et la réparation des carences précoces afin de renouer avec une enveloppe psychocorporelle plus unifiée¹⁰⁴. Le toucher a une fonction d'érogénèse contenante¹⁰⁵. Selon M. Guiose le toucher favorise «l'accès à la communication émotionnelle et à l'archaïque [...] et, maintient l'érotisation dans des limites contenantes»¹⁰⁶. Le toucher a aussi une fonction de communication émotionnelle «[qui] permettrait au patient de retrouver des traces de conflits archaïques inscrites dans le système émotionnel et non encore accessibles au système discursif»¹⁰⁷. Le toucher par le biais du dialogue tonique en lien avec les émotions confronte chacun à ses propres émotions.

¹⁰³ J. Savatofski, P. Prayez, 1999, p. 123

¹⁰⁴ E. Charpentier, 2014, p. 44

¹⁰⁵ J. Savatofski, P. Prayez, 1999, p. 123

¹⁰⁶ M. Guiose, 2007, p. 106

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 104

Le sujet âgé est peu touché, son enveloppe corporelle devient un contenant flou. L'identité personnelle est fondée sur la réalité des sensations du corps. Selon C. Lefèvre, «le toucher, indispensable au jeune enfant, l'est autant à la personne âgée [et] il apparaît aussi humanisant au début de la vie qu'en fin de vie.»¹⁰⁸

Lorsqu'on touche un patient on ne sait pas quel écho émotionnel sera touché, quelle strate de la vie psychique va s'animer. Le toucher peut entraîner une régression. Celle-ci renvoie à un stade antérieur affectif et mental. Le vieillissement renvoie aussi à un aspect régressif. Cela réanime la position de dépendance psychocorporelle du patient. L'aboutissement du toucher serait de mettre des mots sur le vécu corporel avant de modifier le symptôme.

Nous proposons à Mme L. un toucher au niveau de chaque articulation pour lui permettre de prendre conscience de ses points d'appui. Au contact du toucher au niveau de son épaule Mme L. dit «j'ai une énorme boule dans le cœur, ça va exploser». Nous décidons d'arrêter la proposition sentant qu'elle met en jeu trop d'émotions. Mme L. se met alors à pleurer et à se confier sur sa vie. Elle nous demande par la suite un toucher thérapeutique au niveau de son pied. Cela l'apaise et lui a permis de diminuer le poids dans sa poitrine. Le toucher a été dans un premier temps anxiogène, il a réveillé des souvenirs difficiles. Mme L. a pu parler de difficultés relationnelles avec son fils mais aussi de deuils vécus plus jeune. Le toucher lui a permis dans un second temps de s'apaiser. Lors de cette séance, elle a pu décharger un trop-plein émotionnel.

6. La relaxation psychomotrice

La relaxation psychomotrice n'applique pas un protocole établi. Elle est avant tout un cheminement visant à instaurer une relation avec le patient. C'est une approche thérapeutique à médiation corporelle. Le corps est au centre de la relation tout en étant médiateur du travail thérapeutique qui s'engage.

¹⁰⁸ C. Lefèvre, 2002, p. 11

La relaxation est psychomotrice car elle mobilise le patient dans son organisation motrice et psychique. Elle vient réinterroger l'identité corporelle et psychique du patient. Elle utilise les sensations cénesthésiques¹⁰⁹, proprioceptives et sensorielles. Elle réactive la vie sensorielle, tonique, motrice, émotionnelle et relationnelle du patient. Cela permet de constituer de nouvelles afférences à l'image du corps.

Le thérapeute accompagne le patient dans une recherche active de son ressenti corporel et de l'éprouvé émotionnel qui s'y rattache. Il propose une recherche de sens et une élaboration commune. C'est donc une co-création entre le patient et le thérapeute. Le thérapeute dit ce qu'il a observé, le patient exprime ce qu'il a ressenti. Ensemble, ils réfléchissent aux éprouvés et à la suite de la prise en charge. Le dialogue tonique en lien avec les émotions s'instaure, étayant le patient vers un cheminement psychomoteur pour lui-même et par lui-même.

Le patient est acteur de sa relaxation. Cet engagement thérapeutique va permettre une relance de son désir dans son corps et dans sa pensée, de son rapport au monde.

La relaxation psychomotrice est composée de 5 temps :

- Le temps d'installation consiste à laisser le patient trouver une posture qui lui est confortable. Le thérapeute peut ensuite proposer, sur la base de son installation, de légères modifications. Ce temps instaure déjà une relation d'aide et d'échange entre le thérapeute et le patient,
- Le temps de mobilisation utilise le sens tactile et kinesthésique. Diverses propositions peuvent être amenées tel que le contact, les pressions avec ou sans objet. Le patient peut être passif ou actif comme lors d'auto-mobilisation. Des inductions verbales peuvent aussi être proposées. Ce temps résulte d'un projet et d'une intention du thérapeute qui s'appuie sur ses observations, ses propres ressentis et ce qu'il entend de la demande du patient,
- Le temps d'approfondissement est un moment où la place est laissée au patient pour une prise de conscience de son ressenti et un possible apaisement,

¹⁰⁹ La cénesthésie est le sentiment vague que chaque individu a de la totalité ou d'une partie de son corps, indépendamment du concours des sens.

- Le temps de reprise permet au patient de sortir de ce temps de relaxation. Le thérapeute peut le guider par diverses indications. C'est un moment de passage d'un état à un autre, d'une position à une autre,
- Le temps de verbalisation est un temps où le patient exprime ce qu'il a vécu. Le thérapeute lui fait part de ses observations. La verbalisation n'est pas forcément verbale, elle peut être soutenue par des images, des peintures ou du dessin.

B. La conceptualisation des séances de psychomotricité

1. La méthodologie psychomotrice

Nous utilisons dans notre clinique la relaxation psychomotrice comme cadre pour nos séances. Chaque séance commence par un temps d'installation, cela nous paraît indispensable pour instaurer une relation de confiance, pour permettre au patient de se concentrer sur ses ressentis et d'être actif dans la prise en charge.

Lors du temps de mobilisation, nous exploitons les techniques développées dans la partie précédente. Nous nous appuyons sur le projet thérapeutique pour proposer la médiation la plus adaptée au patient. En psychomotricité, c'est la corporéité¹¹⁰ du thérapeute, en tant qu'instrument de relation à l'autre qui est le médiateur.

Nous n'utilisons qu'une partie des propositions de chaque méthode.

La méthode activo-passive est généralement utilisée pour les enfants. Nous la pratiquons avec des adultes car elle permet de travailler le lâcher-prise, le dialogue tonique et la relation. Dans notre clinique, nous exploitons exclusivement la partie sur les mobilisations. Cette méthode permet au patient de sentir de nouvelles sensations proprioceptives en étant plus ou moins passif dans les mouvements. Nous proposons le toucher thérapeutique par le biais de contact permettant un

¹¹⁰ Selon F. Giromini, la corporéité est le nom générique que l'on donne à l'ensemble des corps : réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel.

relâchement tonique, de pressions sur les articulations et de pressions glissées pour redéfinir les limites corporelles. Nous pouvons aussi utiliser un médiateur, comme une balle à picot ou un drap. L'utilisation d'un médiateur ou non est décidée suivant l'histoire du patient et le projet thérapeutique établi. La méthode activo-passive ainsi que le toucher, amènent le patient à la passivité.

Il nous paraît primordial de rendre les patients actifs. Nous leur proposons toujours un exercice qui leur demande d'être plus acteur pour maintenir leur autonomie. Pour cela, nous leur proposons la méthode progressive, l'eutonnie, la respiration ou encore le *Do In*. Pour la méthode progressive, nous nous concentrons sur la relaxation générale car nous souhaitons faire expérimenter à nos patients les sensations que procurent la contraction et la détente. Nos patients ont souvent une hypertonicité globale, nous leur proposons d'explorer une autre polarité tonique. Nous débutons souvent nos séances par un inventaire des points d'appui sur le matelas, inspiré par G. Alexander. De l'eutonnie, nous utilisons aussi les marrons et les balles de tennis. Le *Do In* consiste à réaliser des automassages par pressions, percussions, pincements, effleurements ou frictions. Selon J. Rofidal «[le *Do In*] est indispensable pour les personnes âgées»¹¹¹ car leur organisme est vieillissant et ne facilite pas la circulation énergétique.

Lors de la séance, nous sommes très attentives à ce que le patient nous renvoie verbalement, ou par sa posture, ses mimiques et ses réactions toniques. Il nous paraît important de laisser le patient mettre des mots sur ses ressentis quand il le désire. A la fin de la séance, nous faisons un retour de nos observations et nous réfléchissons avec le patient à la suite de la prise en charge. Le but premier est d'instaurer une relation de confiance et de le rendre actif dans les séances. Suivant nos observations et les retours du patient, nous réadaptions notre projet thérapeutique et nos futures prises en charge.

La prise en charge se passe au lit du patient. Il nous semble nécessaire de faire les mêmes séances en y ajoutant de légères modifications pour permettre au patient d'intégrer nos propositions.

Nous n'utilisons pas ces méthodes de manière protocolaire mais dans une visée de conscience corporelle. Selon D. Duliège : «la reconstruction de soi par un travail de conscience corporelle très concrétisé à son corps senti et le constant retour

¹¹¹ J. Rofidal, 2007, p. 15

au réel est apprécié dans le traitement de troubles caractérisés par une forte intellectualisation, un manque de contact à soi, comme un défaut grave de l'image du corps.»¹¹² Nous ne recherchons pas la détente mais la découverte de nouvelles sensations par la conscience corporelle. La plupart des patients disent se sentir mieux à la fin de nos prises en charge. Ils ont donc conscience d'une modification de leur état. B. Lesage explique simplement la conscience corporelle : «Si je [me] focalise un moment sur ma main, que je m'attache à en percevoir les contours, le volume, le poids, à jouer avec les espaces articulaires, à intégrer les sensations liées à ces différents aspects, à les actualiser dans le mouvement, j'aurai modifié la conscience de cette main.»¹¹³ Les mains sont présentes à la conscience depuis les premiers mois de la vie mais après une prise de conscience de celles-ci elles sont plus présentes et cette conscience est plus subtile, plus fine. Les patients prennent conscience d'eux, de leur densité, de leurs limites, de leur présence ce qui les renarcissent. La conscience corporelle permet un engagement sensori-moteur analysable en termes de proprioception, de régulation tonique et posturale, de coordination motrice dans une dynamique d'aller-retour entre soi et l'autre.

La conscience corporelle sollicite différents niveaux : somatique car le travail proposé peut être précis et technique, mais aussi psychique, c'est-à-dire affectif et cognitif ainsi que relationnel. C'est une intégration sensitivo-sensorielle¹¹⁴ couplée à une élaboration motrice qui permet un travail de proprioception nourrissant la pensée et la relation.

Nos patients paraissent avoir mis leur corps à distance. Ils ont l'air d'ignorer qu'ils ont des tensions. Nous ne cherchons pas à retirer leurs tensions mais à leur faire expérimenter un autre mode d'être au monde. L'état corporel de nos patients affecte leurs pensées. Ils sont privés de leur ancrage à leur corps et des représentations proprioceptives. Le corps structure la pensée du monde et les événements sont perçus à travers les affections du corps. Nous essayons de permettre aux patients de percevoir ce qui les affecte, comment leur corps réagit et répond. Leur attention est donc mobile, elle oscille entre les éprouvés du corps et la relation.

¹¹² D. Duliège, 2015, p. 14

¹¹³ B. Lesage, 2012, p. 229

¹¹⁴ *Ibid.* p. 223

Par le biais d'une «approche détournée» nous mobilisons aussi leur membre inférieur par le toucher et des inductions verbales malgré les pansements, les douleurs et les *a priori*. Cela leur permet de découvrir de nouvelles sensations.

Nous utilisons notre propre corps. La conscience de celui-ci a été développée pendant nos 3 années de formation. Nous avons expérimenté sur nous-même ce que nous proposons à nos patients. Nous avons donc développé la conscience de notre corps (sa structure, sa tonicité, sa posture, son organisation, la perception et la représentation que nous en avons). Tout ceci nous a permis d'entrer en relation avec nous-même et avec autrui. Nous avons aussi développé notre capacité d'observation et d'adaptation.

Le corps du thérapeute est un espace de créativité et de résonance. Il est disponible aux mouvements transférentiels et, attentif à l'expression de son contre-transfert. Il devient le lieu de l'engendrement et de la transformation de l'image du corps du patient. C. Potel (2015) a récemment parlé du transfert et contre-transfert corporels. Ce sont des ressentis et des éprouvés qui s'invitent par contagion dans le lien avec le patient. Le thérapeute va réceptionner ces ressentis et éprouvés sensoriels et corporels. Ils vont permettre la construction d'un certain nombre d'initiatives sur le plan corporel. S. Lebovici parle d'énaction qui serait la mise en corps de l'émotion comme préalable à la compréhension empathique et intuitive. Le thérapeute se base sur son ressenti ou contre-transfert corporel pour établir une initiative souvent motrice.

Il nous paraît primordial de créer une alliance thérapeutique avec nos patients pour permettre de développer une relation de confiance. L'alliance thérapeutique est une collaboration active où le patient et le thérapeute travaillent ensemble. Elle est basée sur une appréciation partagée des problèmes et un accord sur les solutions possibles. Le thérapeute et le patient s'engagent à collaborer à la recherche d'un mieux-être du patient. Elle comprend 4 dimensions : l'alliance de travail qui est la capacité du patient à travailler dans la thérapie, l'alliance thérapeutique qui représente le lien affectif du patient au thérapeute, l'empathie qui est la compréhension et l'engagement affectif du thérapeute et, l'entente entre le patient et le thérapeute sur les tâches et les buts en lien avec le projet.

En somme notre cadre est défini par notre présence chaque jeudi après-midi, le tour des 13 chambres du service à notre arrivée pour nous présenter aux patients

entrants et pour prendre le temps de discuter avec chacun de leur état, la ponctualité des rendez-vous fixés, l'alliance thérapeutique créée avec nos patients, la similarité des séances permettant aux patients d'intégrer les propositions en leur offrant un temps actif et un temps passif.

Il ne faut cependant pas oublier que le diabète est une maladie chronique. Nos patients doivent apprendre à gérer leur quotidien en fonction des traitements, des régimes et des recommandations médicales. Ils doivent faire le deuil de leur bonne santé. Nos patients sont dans le déni, le refus, ils ont des défenses. Certains n'acceptent pas leur maladie chronique. Nous pensons qu'il serait nécessaire d'instaurer un suivi psychologique pour extérioriser leurs angoisses, travailler sur le deuil et la dépression. En effet des recherches¹¹⁵ indiquent que la co-morbidité psychologique est prévalente chez les patients diabétiques. Cela a un impact négatif sur le bien-être, sur la prise en charge autonome et le contrôle glycémique. Le pied pourrait être le lieu de projection des angoisses. Nous y voyons là une pulsion de mort, un désir inconscient de mourir mettant en lumière le désinvestissement corporel.

Nous émettons l'hypothèse d'une anosognosie¹¹⁶ qui serait à vérifier. Leur corps réel est oublié et ils idéalisent et fantasment sur leur corps d'antan. La non-observance nous montre peut être un signe de résignation.

2. Le déroulement des prises en charge

a. Mme R.

La première séance :

Julie propose une installation sur le matelas pour permettre un confort et une meilleure conscience de soi. Mme R. n'a pas conscience qu'elle est mal installée dans son lit, son buste penche sur la gauche. Julie lui propose un coussin sous le bras gauche pour lui permettre de se redresser. Des pressions sur toutes les articulations sont effectuées. Elle ferme les yeux dès que Julie pose ses mains sur

¹¹⁵ E. van Ballegoie, F. Snoeck, 2004

¹¹⁶ L'anosognosie est le déni ou la non-conscience de troubles.

elle. Elle se demande si c'est une technique chinoise. Julie passe ensuite une balle à picots pour redéfinir les limites corporelles et proposer une contenance. La respiration de Mme R. se calme progressivement et elle dit être moins stressée.

Lorsque la balle arrive au niveau du pied nous observons un recrutement tonique conséquent, elle se redresse et ouvre les yeux pour suivre le trajet de la balle. Une fois la zone passée elle se détend. Nous pensons que ce recrutement traduit une anxiété qui est liée à la peur d'avoir mal. Nous observons une hypertonicité au niveau des mains et des poignets. Les poignets sont en flexion et les doigts en hyper-extension. Malgré la respiration qui s'apaise Mme R. présente une hypertonie globale notamment au niveau de ses épaules qui s'élèvent et se bloquent dans cette position. Nous pensons que cette hypertonicité de fond n'est pas à modifier pour le moment car il pourrait s'agir de ce que nous appelons une carapace tonique qui la protège. Nous y voyons un mécanisme de défense. Nous observons des mouvements parasites de son genou gauche et de son pied droit.

Elle est très réactive, elle parle constamment ce qui nous questionne quant à sa capacité à être seule. Nous nous interrogeons sur la façon dont elle intègre ce que nous lui proposons.

La deuxième séance :

Mme R. demande une séance pour «penser à autre chose que la plaie et [se] recentrer». Celle-ci se déroule juste avant son opération. Elle semble avoir compris une partie de ce que nous pouvons lui apporter. Julie reprend le même déroulement de séance. Il nous semble nécessaire de refaire les mêmes propositions en y incorporant de légères variations pour qu'elle puisse au mieux les intégrer. L'habituation permet l'intégration, le corps finit par lâcher et se laisser porter.

Lors des pressions au niveau des articulations, Mme R. apprécie le toucher du pied droit. Nous constatons qu'une relation de confiance s'est installée grâce au cadre et à l'alliance thérapeutique. Elle ne craint plus que Julie touche son pied

douloureux. Elle trouve agréable le contact au niveau du membre résiduel mais présente une réaction tonique au contact, sa jambe se relève et sa main controlatérale aussi. Mme R. n'a pas eu conscience de ce mouvement, nous y voyons un signe d'anxiété. Nous pensons que ce toucher lui est inhabituel. Ce simple toucher lui a permis de ressentir du plaisir sur un membre dont elle a honte : «je ne pensais pas que toucher mon moignon pouvait me faire du bien». Nous avons ici la preuve qu'elle ne le touche que pour les soins.

A sa demande, Julie réalise un toucher thérapeutique au niveau du dos permettant de retrouver un arrière-fond¹¹⁷ contenant. Julie propose alors de travailler la respiration du dos. Elle appose ses mains à différents endroits du dos et demande à Mme R. de respirer sous celles-ci. Ses inspirations, très courtes, se font par le nez et ses expirations, plus longues, se font par la bouche. Mme R. comprend la proposition et est concentrée sur le trajet des mains sur son dos. Cela lui permet de mobiliser les différents types de respiration et nous pouvons observer un abaissement tonique. La nuque se relâche et pour la première fois ses épaules s'abaissent : «le travail sur la respiration a eu un effet de détente jusqu'à mon pied». Elle dit ne plus ressentir de douleur.

Nous observons moins de mouvements parasites ce qui nous apparaît comme un signe de lâcher-prise. Lors de cette proposition Mme R. parle moins, elle se concentre plus sur ses sensations. Nous pensons que cela lui a permis de mieux intégrer la proposition, elle a pu mettre des mots précis sur son vécu. Néanmoins la parole est toujours très présente. Nous nous demandons si cela ne serait pas un mécanisme de défense. Sa logorrhée empêche une prise de conscience de son corps : elle se dit décontractée mais nous observons une forte contraction du visage.

¹¹⁷ Un arrière-fond peut être ventral ou dorsal. C'est un point d'appui postural, représentatif et émotionnel. Il permet de trouver une consistance pour s'organiser, se fixer et se poser. La contenance de l'arrière-fond peut être tactile, proprioceptive, olfactive, auditive ou visuelle.

Lors du passage de la balle à picot sur la jambe, une infirmière arrive pour lui faire prendre une douche à la Bétadine® pour aller au bloc. La séance s'arrête brusquement.

Finalement, sur décision du service, Mme R. n'a pas été opérée.

La troisième séance :

Julie reprend les pressions sur les articulations. Mme R. laisse pour la première fois sa tête se déposer sur l'oreiller. Sa nuque se relâche complètement. Nous pouvons observer l'évolution de l'alliance thérapeutique et de la confiance installée. Elle exprime de nombreux souvenirs sensoriels agréables, notamment des massages antérieurs. Elle évoque des souvenirs en lien avec sa mémoire corporelle. C'est la première fois qu'elle fait un lien entre son corps et sa psyché en notre présence.

Julie propose des pressions glissées, celles-ci sont appréciées. Elle dit se sentir légère et ressent beaucoup de chaleur dans «les pieds». Elle manifeste pour la première fois des ressentis dans son pied disparu. Lors du glissement sur le thorax elle dit «il faut accepter la maladie, je regrette tellement, je n'accepte pas». Elle fait le constat de sa maladie, même si elle n'est pas prête à l'accepter, c'est un pas vers la résilience.

Lorsqu'elle se laisse aller elle reprend très vite le contrôle et nous observons un fort recrutement tonique. Il n'y a pas d'arrêt de la pensée. Elle se concentre moins sur la douleur mais ne se concentre toujours pas sur ses sensations profondes. C'est la première fois qu'elle se dévoile sincèrement et sans séduction. Elle exprime des souvenirs. Ses liens avec la psyché montrent qu'elle retrouve peu à peu un sentiment de continuité d'existence.

Comme à chaque fin de séance nous demandons si elle sait quand elle doit partir et nous préparons la possible fin de prise en charge. Nous ne savons jamais à l'avance quand un patient partira.

La semaine d'après Mme R. a quitté le service.

b. M. B.

Toutes les séances avec M. B. seront de courtes durées car sa capacité de concentration est faible.

La première séance :

Camille propose de commencer la séance par un travail sur la respiration car nous avons observé que M. B. a une respiration bloquée. Grâce à une physioball de grande taille, Camille propose à M. B. de ressentir les 3 types de respiration. L'objectif de cette proposition n'est pas de distinguer les différentes respirations mais de sentir le mouvement respiratoire. Cela lui fait penser à la cigarette, qui lui manque beaucoup mais il sait qu'il doit arrêter pour sa santé. L'avantage de la physioball est qu'elle apporte de la contenance en lui permettant un enroulement autour de celle-ci.

Nous observons une mobilité très faible de sa cage thoracique, qui apparaît presque immobile.

Camille lui passe ensuite une balle en mousse sur tout le corps pour lui permettre de sentir les limites de celui-ci et d'apporter une certaine contenance. Sa respiration s'apaise de plus en plus. Il dit qu'il a arrêté de penser. Sa verbalisation s'arrête là et il nous confie que son but est de s'enfuir de l'EHPAD¹¹⁸ dans lequel il doit aller et «se tirer une balle».

La deuxième séance :

Camille propose un travail de respiration avec un médiateur plus petit pour affiner ses perceptions. Puis elle passe une balle de tennis sur tout le corps de M. B. Les sensations sont donc différentes qu'avec la balle en mousse. M. B. demande d'accentuer ce passage au niveau de ses mains douloureuses. Camille lui propose de se la passer lui-même sur les mains pour le rendre actif et pour qu'il comprenne

¹¹⁸ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

que lui aussi peut agir sur son corps. Cela l'apaise. Nous pouvons observer une respiration plus calme et ses épaules s'abaisser.

A la fin de la séance il dit : «je me suis senti en vie pendant un instant, sans pensée, seulement dans l'instant». Il se concentre sur ses ressentis actuels.

La troisième séance :

Camille propose à nouveau un travail sur la respiration par le biais d'un sac de marrons posé sur le ventre. Ce sac lui permet de sentir un certain poids sur son ventre. Il se concentre tout au long de la séance sur sa respiration.

Camille reprend la balle en mousse de la première séance et la passe sur tout son corps. Puis, elle propose des mobilisations de tout le corps. M. B. est globalement hypertonique. Il dit pourtant que les mouvements lui ont fait du bien mais il les a tous accompagnés en raidissant le segment mobilisé. Il y a un hiatus entre ce qu'il dit et ce que nous observons.

Il verbalise à la fin : «je découvre un nouveau corps». M. B. a alors pris conscience de nouvelles sensations et perceptions.

Ces idées suicidaires disparaissent le temps de la séance. Il nous demande : «pourquoi êtes-vous aussi gentilles avec moi ?». Il dit qu'avec nous, il se sent bien mais dès que nous partons ses idées suicidaires reviennent.

Pour éviter une certaine dépendance à notre présence, il nous a paru nécessaire de beaucoup discuter avec l'équipe du cas de M. B..

La quatrième séance :

Camille propose à M. B. de s'allonger sur le ventre en décubitus ventral. Elle appose ses mains dans son dos pour lui faire percevoir que la respiration s'effectue aussi dans le dos.

M. B. retourne en décubitus dorsal. Le travail avec le sac de marrons est repris. Pour la première fois il fait de l'humour : «tant que je les prends pas sur la figure ça va». Les marrons l'aident à sentir sa respiration.

Camille reprend le travail avec la balle en mousse, il suit la balle des yeux, il est très concentré sur ses sensations. La jambe gauche lui procure plus de sensations notamment au niveau de son membre résiduel, il nous dit : «c'est agréable», «je le sens mieux».

A la fin de la séance, il demande de refaire le travail avec la balle de tennis sur les mains. Il arrive à se saisir d'une proposition et sait ce qui lui fait du bien. Après les auto-mobilisations, Camille lui propose de serrer la balle de tennis dans sa main. Il bloque sa respiration et contracte ses abdominaux, se concentrant seulement sur la contraction. Il verbalise : «ça me fait du bien je ne me sens pas paralysé». Il se sent donc actif.

Il dit à nouveau que le travail autour des mains le détend. En disant cela il continue instinctivement à mobiliser ses mains. Il dit que ça lui change les idées et qu'il n'a plus de fuite dans ses pensées : «ça me fait du bien». Il fait à nouveau une allusion au suicide.

A sa demande cette séance a duré plus longtemps.

La cinquième séance :

M. B. est très algique aujourd'hui, il paraît faible et triste. Nous avons observé une posture plus effondrée, plus dans l'enroulement, témoignant de son état.

Il n'a pas bien dormi et a eu de la fièvre le matin. Nous lui demandons s'il est sûr de vouloir faire une séance. Il souhaite quand même nous recevoir et exprime un besoin profond de ces séances.

Camille propose un travail sur la respiration. Elle appose ses mains sur son ventre, sur ses côtes puis sur son thorax. Les amplitudes de respiration sont nettement plus conséquentes. Il dit : «c'est très bien, j'essaie de penser à rien». Camille lui propose ensuite des pressions glissées. Sa respiration ralentit, devient plus profonde et plus bruyante. Pour la première fois il se laisse aller à ressentir des

perceptions plus profondes. Nous observons un abaissement tonique. Il peut être mis en lien avec l'utilisation exclusive du toucher en «peau à peau». Cela a pu lui rappeler le contact avec sa mère étant petit et donc des sensations archaïques.

Pour finir Camille propose un toucher thérapeutique des mains afin de diminuer la raideur de celles-ci. Cette séance se veut plus passive au vue de son état physique.

Lors de la reprise il baille, souffle et, lève les bras à la verticale pour s'étirer. Nous observons qu'il investit plus l'espace.

Il verbalise «la respiration joue beaucoup pour moi», «je ne pense plus à rien».

Il a trouvé intéressant de ressentir la respiration sous les mains de Camille et tout ce travail lui a permis de mieux sentir sa respiration de façon naturelle.

A la fin, il nous dit : «s'il faut payer quelque chose vous me dites», pourtant il est dans la précarité. Il a peur que nous lui fassions la charité ou de nous gêner. Il ne comprend pas pourquoi nous avons fait tout cela pour lui.

c. M. H.

La première séance :

M. H. ne se sent pas bien aujourd'hui, il vient de comprendre que pour pouvoir soigner son cancer il faut que sa plaie guérisse. Il accepte davantage sa plaie mais rejette l'idée d'une possible amputation. Il n'a pas accès à la résilience. Il souhaite que le grattage de l'os¹¹⁹ marche. Il refuse la séance de psychomotricité prévue. Devant son désarroi nous décidons de rester le temps d'une séance seulement pour parler. Il se sent mal dans son corps et dit «il n'y a rien de positif dans mon corps». Nous observons à nouveau qu'il met son corps à distance. Nous pensons qu'il était nécessaire de rester avec lui pour qu'il puisse mettre des mots sur son état. Il veut prendre rendez-vous avec nous la semaine suivante. Cela montre une certaine

¹¹⁹ Curetage de l'os jusqu'en zone saine.

évolution : il est prêt à accepter notre prise en charge. Il émet pour la première fois une volonté de s'occuper de lui.

La deuxième séance :

Quand M. H. nous voit entrer dans sa chambre il est étonné et très content de nous voir. Il ne pensait pas que nous viendrions après son refus de la semaine précédente. Lorsque nous fixons un rendez-vous nous nous y tenons. Cela renforce l'alliance thérapeutique et permet le maintien du cadre.

Nous lui proposons de l'induction verbale inspirée de l'eutonie en faisant un inventaire des points d'appui sur le matelas pour les mettre en lumière. L'une de nous propose des pressions sur tout le corps. Le toucher entraîne un sanglot. Comme nous l'avons expliqué les larmes sont une décharge émotionnelle en lien avec le tonus. Ce qui met en lumière le dialogue tonique en lien avec les émotions. Nous décidons alors de l'arrêter et de prendre un temps pour en discuter. Il nous dit «j'ai un rejet complet de moi, je me déteste». M. B. n'a aucune estime de lui.

Nous décidons ensuite de continuer la séance en proposant des auto-mobilisations pour travailler l'autonomie et la revalorisation. Nous avons fait le choix de passer par une méthode active pour qu'il réalise que son corps est fonctionnel malgré sa maladie.

Il ne verbalise pas mais nous pouvons observer la respiration s'apaiser. Tout au long de la séance nous avons pu observer qu'il était plutôt dans une posture d'enroulement, quand nous l'écoutons nous pouvons voir qu'il redresse son axe. Il s'ouvre à la relation et au monde. Il est sur un versant plutôt hypotonique. A la fin de la séance nous observons un recrutement tonique qui laisse penser qu'il est plus éveillé. La séance a influé sur son état tonique, il est plus à ses perceptions et donc à son corps.

Cette séance est la dernière, M. H. est parti soigner son cancer.

Conclusion

Par nos observations et nos apports théoriques, nous avons montré les enjeux multiples du désinvestissement corporel de nos patients incluant des troubles d'ordre affectif, émotionnel et relationnel ainsi que des troubles de la représentation mentale.

Nous avons également constaté que l'expression du désinvestissement corporel est propre à chacun et s'appuie sur l'histoire singulière de vie de chaque patient.

Nous avons néanmoins observé l'efficacité des prises en charges malgré un nombre très réduit de séances puisqu'une seule séance pouvait déjà apporter de nouvelles sensations aux patients leur permettant déjà de modifier l'image qu'ils avaient de leur corps.

Nous avons vu que chez les patients plus jeunes, il y avait moins d'observance dans les soins ce qui était vraisemblablement lié à la difficulté de l'acceptation de la maladie chronique. Pour permettre cette acceptation, il faudrait qu'ils trouvent davantage de bénéfices à suivre les recommandations médicales et paramédicales que de contraintes. Or le diabète reste une maladie extrêmement contraignante car un régime alimentaire doit être adopté ainsi que des prises de glycémies et des injections régulières d'insuline. Une mauvaise observance entraînant fatalement des répercussions néfastes au niveau de plusieurs organes et, dans notre clinique l'exemple le plus magistral a concerné le pied.

Nous avons vu que la psychomotricité a pu apporter un bénéfice immédiat pour les patients observés.

Par conséquent, il serait important de travailler l'aspect pluridisciplinaire de la prise en charge pour permettre aux patients d'accepter leur maladie et les complications qui en découlent.

Et pour l'avenir ?

Il serait intéressant de faire une recherche comparative entre les différentes cultures présentes en France afin de savoir si l'observance des soins et le désinvestissement corporel admettent une variable culturelle.

La passation de tests cognitifs permettrait d'évaluer le niveau de compréhension ainsi que les fonctions exécutives des patients sachant que la plupart sont âgés et présentent des risques de développer une démence.

Une recherche serait également à effectuer pour savoir si le désinvestissement corporel est lié à l'âge, à la maladie chronique ou à l'amputation.

Nous pensons que les 3 facteurs sont liés, interdépendants et ont chacun leur importance.

Afin de mener à bien ces recherches il faudrait créer une évaluation psychomotrice du désinvestissement corporel standardisée et protocolaire.

Par ailleurs, nous avons constaté que tous les patients ont investi nos propositions de travail. Mais les intègrent-ils à long terme ? On pourrait donc envisager la création d'un lien entre les psychomotriciens des SSR dans lesquels les patients sont transférés et les psychomotriciens du service pour permettre une continuité dans la prise en charge.

Pour les patients qui retournent au domicile, il serait important qu'ils reviennent régulièrement en hôpital de jour afin de bénéficier de séances de psychomotricité. Ce qui pourrait faire perdurer la prise en charge et réduire les risques de récurrence.

Si la psychomotricité avait une place en prévention du PDR, nous pourrions alors prévenir le développement d'une éventuelle plaie au pied. Pour cela il faudrait des prises en charges plus régulières, sur une durée plus importante.

Une salle serait nécessaire pour permettre un passage au sol et un plus grand espace d'expression.

Le Pr. H. Joyeux a émis l'hypothèse que pour pallier la sédentarité et les problèmes cardiovasculaires, il fallait préserver la marche. Pour lui, il existerait «3 cœurs» : le cœur principal et, sous chaque pied se trouverait un autre cœur «plantaire» qui renverrait le sang au cœur principal. D'où l'importance de permettre aux patients de changer de niveau dans l'espace au sein d'une salle de psychomotricité.

Bien sûr, dans notre clinique il était difficile de travailler sur cet aspect à cause des amputations ne permettant pas toujours la station debout ou la marche ! Mais ce travail serait à effectuer en prévention. Nous proposerions alors aux patients de redécouvrir des mobilisations premières comme les schèmes d'action et de représentation. Les Niveaux d'Evolution Motrice (NEM) pourraient les aider à mieux investir l'espace, à améliorer leur confiance en eux et l'image qu'ils ont de leur corps. Cela pourrait permettre une meilleure acceptation de la maladie et un possible accès à la résilience.

Nous sommes arrivées maintenant au terme de notre mémoire.

Nous espérons avoir montré ici tout l'intérêt de la psychomotricité auprès de patients présentant un pied diabétique.

Bibliographie

- AJURIAGUERRA J. de (1971), *Manuel d'enseignement de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson
- ALBARET J.M., AUBERT E. (2003), *Vieillesse et psychomotricité*, Bruxelles, De Boeck-Solal
- ANCET P. et al. (2010), *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Paris, Dunod
- ANDRE P. (1994), *Psychiatrie de l'adulte*, 2^{ème} édition, Paris, Heures de France,
- ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France
- ANSERMET F., MAGISTRETTI P. (2014), *A chacun son cerveau, plasticité neuronale et inconscient*, Paris, Odile Jacob
- ANZIEU D. (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod
- ARKKILA P., KANTOLA I.M., VIIKARI J.S., RÖNNEMAA, T. TALO VÄHÄ (1996), Dupuytren disease in type I diabetic patients : a five year prospective study, p.59-65
- ARNAUT M. (2003), *La résilience, surmonter un traumatisme*, Paris, Nathan Université

- BACQUE M.F., HANUS F. (2014), *Le deuil*, 6^{ème} édition, Paris, Que sais-je ? Puf
- BAINBRIDGE COHEN B. (1993), *Sentir, ressentir, agir*, Bruxelles, Nouvelles de Danse
- BERTHERAT T. (1976), *Le corps a ses raisons : auto-guérison et anti-gymnastique*, Paris, Editions France Loisirs
- BRIEGHEL-MÜLLER G. (1986), *Eutonie et relaxation, détente corporelle et mentale*, 3^{ème}, Lausanne-Paris, Delachaux et Niestlé
- BURLOUX G. (2004), *Le corps et sa douleur*, Paris, Dunod

- CAUT I. (2006), Du projet thérapeutique à la pratique en relaxation psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°146, p. 40-60
- CHARPENTIER E. (2014), *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Bruxelles, De Boeck-Solal
- COSTE J.C. (1976), *Les 50 mots clés de la psychomotricité*, Toulouse, Privat

- DAMASIO A. R. (1999), *Le sentiment même de soi - Corps, émotions, conscience*, Paris, Odile Jacob
- DEFIOILLES-PELTIER V. (2010), *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, Grego
- DEFOSSEZ S. (1997), Mise en place d'un projet thérapeutique en relaxation psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°111, p. 34-43
- DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Tours, Editions Du Seuil
- DOLTO F. (1994), *Les étapes majeures de l'enfant*, Paris, Gallimard
- DULIEGE D. (2015), *L'eutonie Gerda Alexander*, 2^{ème}, Saarbrücken, Editions vie
- DURAND DE BOUSINGEN R. (1992), *La relaxation*, Paris, Que sais-je ? Puf

- FERRAGUT E. (1996), Douleur et Moi-peau : l'enveloppe de souffrance, *Revue française de relaxation psychothérapeutique*, n°15, p.93-109
- FERRET S. (1998), *L'identité*, Paris, Flammarion

- GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M. (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Heures de France
- GRIMALDI A. (2004), *Diabète de type 2*, Paris, Encyclopédie Médico-chirurgicale
- GUIOSE M. (2007), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heures de France

- HALL E.T. (1966), *La dimension cachée*, New York, Editions du Seuil
- HA VAN G. (2008), *Le pied diabétique*, Paris, Masson
- HARTEMANN A. GRIMALDI A. (2013), *Guide pratique du diabète*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson

- ISMAIL A., DASGUPTA B., TANQUERAY A.B., HAMBLIN J.J. (1996), Ultrasonographic features of diabetic cheiroarthopathy, *Br J Rhermatol*, p.676-679

- LANDES S. (2011), *Quand la psychomotricité et le diabète de type 2 se rencontrent ...*, Mémoire présenté en vue du diplôme de psychomotricité, Paris
- LE BRETON D. (1990), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Puf
- LE GALL A. (2002), *L'anxiété et l'angoisse*, 7^{ème} édition, Paris, Que sais-je ? Puf
- LEMAIRE C. (1998), *Membres fantômes*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo
- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle / Structure, Etayage, Mouvement et Relation*, Toulouse, Erès

- LOUREIRO A., CHALLET-HAAS J. (2008), *Exercices fondamentaux de Bartenieff*, Cœuvres-et-Valsery, Ressouvenances
- MARCHAND M. (2008), Regard sur la vieillesse, *Journal des psychologues*, n°256, p. 22-26
- MATTEI S. (2006), La relaxation psychomotrice, une dualité de soin et de l'accompagnement, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°146, p. 28-38
- MIGUERES P. (2011), *Quand la psychomotricité met un pied en diabétologie*, Mémoire présenté en vue du diplôme de psychomotricité, Paris
- ODOUL M. (2002), *Dis-moi où tu as mal, je te dirai pourquoi*, Paris, Albin Michel
- PALMA F. de (2006), En pédiatrie oncologique, quelle relaxation ?, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°146, p. 100-105
- PIAGET J. (1980), *La psychologie de l'enfant*, Paris, Que sais-je ? Puf.
- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps - Du vécu au concept*, Paris, Dunod
- PIREYRE E. (2008), L'image du corps : monolithique ou composite ?, *Évolutions psychomotrices*, n°82, p. 198-211
- POTEL C. (2015), *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapeutique du corps*, Toulouse, Erès
- POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès
- QUINE W. (1977), *Le mot et la chose*, Paris, Flammarion
- RENAULT M. (2002), *Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse*, Paris, L'Harmattan
- RICHARD J., DIRKX E. (1996), *Psycho-gérontologie*, Paris, Masson
- ROBERT-OUVRAY S. (2007), *Intégration motrice et développement psychique*, 2^{ème} édition, Paris, Desclée de Brower
- ROBINSON B. (2014), *Corps & Psychomotricité*, Paris, l'Harmattan
- ROFIDAL J. (2007), *L'art du Do In, se renouveler chaque jour*, Genève, Ambre
- SAMI-ALI (2010), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod
- SAVATOFSKI J., PRAYEZ P. (1999), *Le toucher apprivoisé*, Paris, Lamarre
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. (2012), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 1. Concepts fondamentaux*, Bruxelles, De Boeck Solal

- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 2. Méthodes et techniques*, Bruxelles, De Boeck Solal
- SCHMOLL P. (1982), Les maladies de civilisation : recherche anthropologique en psychopathologie et en psychosomatique, *Actions et recherches sociales*, p.149-157
- SENAND B. (2006), Une démarche d'aide du psychomotricien : La relaxation psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°142, p. 16-27
- SERVANT D. (2009), *La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques*, Issy- Les-Moulineaux, Elsevier
- STAES L., DE LIEVRE B. (2012), *La psychomotricité au service de l'enfant, l'adolescent et l'adulte*, Bruxelles, De Boeck Universités

- THIVEAUD M. (1997), Relaxation psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°111, p. 6-11
- TOROK M., ABRAHAM N. (1972), Introjecter. Incorporer. Deuil ou mélancolie, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°6, p.111-123
- VAN BALLEGOOIE E., SNOECK F. (2004), Prise en charge psychosociale des personnes atteintes de diabète : ce que disent les directives, *Diabetes voices*, n°49, spécial Juin
- WINNICOTT D. (2012), *La capacité d'être seul*, Paris, Petite Bibliothèque Payot

Liste des annexes

Annexe 1 : Autorisation de levée d'anonymat du Pr. A. Hartemann

Annexe 2 : Fiche explicative à l'attention des soignants

Annexe 3 : Evaluation psychomotrice vierge

Annexe 4 : Anamnèse des patients

Annexe 5 : Plaquette explicative à l'attention des patients et des aidants

Annexe 6 : Anatomie du pied

Annexe 7 : Photographies des os du pied et moulure de la voûte plantaire

Annexe 8 : Différents niveaux d'amputations du membre inférieur

Annexe 9 : Amputation transmétatarsienne

Annexe 1

Autorisation de levée d'anonymat du Pr. A. Hartemann



47-83 boulevard de l'hôpital
75571 PARIS CEDEX 13
Standard: 01 42 16 00 00
N° P.T.N.E.S.S : 790100125

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS



Service de Diabétologie
Chef de service
Pr. Agnès HARTEMANN
Secrétariat : 01 42 17 81 18
Fax 01 42 17 80 77

PU-PH
Pr. F. ANDRELLI : 01 42 17 80 59

MCU-PH
Dr. O. BOURRON : 01 42 17 81 16

PU-PH - Consultant
Pr. A. GRIMALDI : 01 42 17 80 61

Praticiens Hospitaliers
Dr. F. BOSQUET : 01 42 17 81 18
Dr. G. HA VAN : 01 42 17 80 69
Dr. S. JACQUEMET : 01 42 17 80 68
Dr. C. QUANGHUA : 01 42 17 80 57
Dr. M. HALBORN : 01 42 17 80 67
Dr. M. POPELIER : 01 42 17 80 51

Chefs de Clinique
Dr. C. AMOUYAL : 01 42 17 80 67
Dr. A. CARLIER : 01 42 17 80 69

Ataches Diabétologie
Dr. C. SACHON : 01 42 17 80 51
Dr. E. LECORNET-SOKOL : 01 42 17 80 57
Dr. B. BILLAULT : 01 42 17 80 69
Dr. R. BERNHEIM : 01 42 17 80 50
Dr. L. VESCO : 01 42 17 80 69
Dr. C. MOYSAN : 01 42 17 80 59
Dr. A. DERRICK-GALLEY : 01 42 17 81 16

Praticiens Podologues
Mme F. GAUTHIER
M. J. HADDAD
M. Y. BENSIMON
M. A. PERRIER

Psychologue
M. MADAN

Diéticiennes
F. SARAZIN
C. BENOIT
S. GAJAC

Centres Infirmiers
M. MORARD : 01 42 17 80 68
S. HBER : 01 42 17 80 62

Assistante Sociale - F. KEMDEM
01 42 17 80 54 / Fax 01 42 17 82 83

RV Hospitalisation :
01 42 17 80 56 / 58
Télécopie : 01 42 17 82 39

RV Consultations : 01 42 17 78 32
Télécopie Consultation :
01 42 17 78 34

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, Professeur Agnès HARTEMANN, Chef de Service de Diabétologie et Métabolisme, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47 bd de l'hôpital, 75651 PARIS CEDEX 13, autorise Mesdames VILLEMEN Camille et SALIOU Julie de citer le nom du service de diabétologie du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière - Charles Foix, mon nom et le nom du docteur Georges HA VAN dans leur mémoire.

Attestation à établie le 04/04/2016 pour servir et faire valoir ce que de droit.

Professeur Agnès HARTEMANN

Pr Agnès HARTEMANN
Chef de Service - RPPC 1000075155
Service de Diabétologie-Métabolisme
Institut Pitié-Salpêtrière - Charles Foix
G.H. Pitié-Salpêtrière - Charles Foix
47-83, Bd de l'Hôpital - 75651 PARIS Cedex 13
Secrétariat 01 42 17 81 18 - Fax 01 42 17 80 71
RV Consultation 01 42 17 78 32

Annexe 2

Fiche explicative à l'attention des soignants

La psychomotricité

Le psychomotricien se préoccupe de la façon dont chaque personne perçoit et vit son corps. Il est un auxiliaire de médecine. La psychomotricité est une profession paramédicale. Les séances de soin s'effectuent sur prescription médicale en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, dans un établissement de soins ou en libéral. Les consultations hors établissement sont payantes et non remboursées par la Sécurité sociale (exceptions faites pour certaines prises en charge relevant des soins palliatifs notamment).

La maladie, les douleurs génèrent des changements corporels. Ces ressentis fragilisent globalement la personne atteinte. Des troubles peuvent apparaître à différents niveaux : du sentiment que l'on a de soi (du schéma corporel, de l'image de soi, etc.), des capacités d'agir et de mise en mouvement, des modes de communication, des perceptions sensorielles.

Ce sont des désordres psychomoteurs qui peuvent s'associer à une perte de repères et de confiance en soi, des maladresses, à un sentiment de malaise. L'être humain forme un tout indissociable entre corps et psychisme, chacun à sa façon de se mouvoir, de manger, de communiquer, de se reposer. Chacun construit donc au fil de sa vie des repères pour exister, agir et vivre au quotidien. Ce sont des repères psychomoteurs, c'est-à-dire qu'ils s'appuient à la fois sur les capacités intellectuelles, affectives et physiques.

Les propositions de soins cherchent à permettre au patient de continuer à vivre des expériences de ressourcement, de plaisir, de détente malgré la maladie. Ces expériences contribuent à préserver des repères psychomoteurs rassurants, à pouvoir continuer à vivre en s'adaptant dans un corps qui change.

Différents soins sont proposés :

- Relaxation
- Conscience corporelle
- Respiration (inspiré de la méthode Orlic, Yoga)
- Balnéothérapie
- Écoute

- Toucher thérapeutique (toucher-massage, toucher-relaxation)
- Stimulations sensorielles par la musique, les odeurs, les huiles pour massages
- Activités manuelles et créatrices (théâtre, danse) ; etc.

Les soins permettent également de maintenir une relation quand la communication verbale est difficile.

Dans ce service nous axons les prises en charges sur les représentations (l'image du corps et l'estime de soi, le schéma corporel et, l'intégration de l'espace et du temps). Pour cela nous établissons lors de la première rencontre avec le patient un état des lieux de son vécu corporel grâce à une évaluation psychomotrice. A la suite de cette évaluation nous pouvons orienter la prise en charge vers les parties du corps du patient qui se trouveraient surinvesties, désinvesties ou oubliées dans le but d'amener à ressentir une globalité du corps. Un corps plus unifié permettrait de trouver une contenance physique et psychique, d'améliorer la conscience corporelle ce qui permettrait une meilleure observance des soins à long terme. De plus nous pouvons aussi enclencher un travail sur le deuil d'un segment corporel amputé afin d'accompagner le patient vers une acceptation de l'amputation. Ce que nous pouvons proposer au patient ne peut être inscrit dans un projet de prise en charge étant donné le caractère aléatoire de la durée d'hospitalisation c'est pour cela qu'il serait intéressant de joindre l'évaluation psychomotrice au dossier du patient pour qu'une possible prise en charge soit envisagée par la suite (en libéral ou en centre de rééducation)

Dans tous les cas, l'équipe pluridisciplinaire cherche à évaluer et à soulager la douleur et les inconforts. C'est seulement à cette condition que le patient peut vivre des périodes d'accalmie dans son corps et aller vers une plus grande disponibilité psychique : être moins absorbé par la douleur et les inconforts qui monopolisent souvent toute l'attention. Les séances s'effectuent dans la chambre du patient et en individuel.

Camille Villemin et Julie Saliou
Stagiaires psychomotriciennes

Annexe 3

Evaluation psychomotrice vierge

Evaluation psychomotrice

Date :

I. Premier temps de rencontre, anamnèse

Nom :

Prénom :

Âge :

Profession :

Pour quelle raison êtes-vous hospitalisé(e) ?

Énumérez vos éventuelles maladies (seulement les maladies graves) dans l'ordre de leur apparition jusqu'à ce jour, en indiquant à quel âge vous les avez contractées :

Avez-vous eu des accidents ? De quelle importance ? A quel âge ?

Quelle a été votre première douleur ?

Quelle a été votre douleur la plus forte ?

Quels furent les événements les plus marquants de votre vie au niveau de votre corps ? En quoi vous ont-ils marqué ?

Quelles sont les principales sources de vos joies et de vos peines ?

Où trouvez-vous de l'aide quand la vie est difficile pour vous ?

Quelle est votre occupation favorite ?

Pratiquez-vous un sport ? Un art ? Lequel ?

Prenez-vous soin de votre corps ? Si oui, comment ?

Comment faite-vous pour vous calmer / vous détendre ?

Connaissez-vous une méthode de relaxation, de conscience corporelle ? Si oui, Laquelle ?

Vous sentez-vous en ce moment plutôt seul(e) ou plutôt entouré(e) ?

II. Vécu de l'instant présent

Échelle de l'humeur :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Échelle de l'anxiété :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment percevez-vous votre corps aujourd'hui ?

III. Evaluation du schéma corporel, du tonus, de la représentation par le toucher

Touchez votre *visage, est-il plutôt* :

Dur Mou
Ni dur ni mou Normal Moyen Aucune sensation/Rien
Chaud Froid
Ni chaud ni froid Normal Moyen Aucune sensation/Rien
Lourd Léger
Ni lourd ni léger Normal Moyen Aucune sensation/Rien
Grand Petit
Ni grand ni petit Normal Moyen Aucune sensation/Rien

- *cou, est-il plutôt* :

Dur Mou
Ni dur ni mou Normal Moyen Aucune sensation/Rien
Chaud Froid
Ni chaud ni froid Normal Moyen Aucune sensation/Rien
Lourd Léger
Ni lourd ni léger Normal Moyen Aucune sensation/Rien
Grand Petit
Ni grand ni petit Normal Moyen Aucune sensation/Rien
Sentez-vous les battements de votre coeur ?
Oui Non

De même avec l'épaule, le coude, l'avant-bras, la main gauche et droite, la poitrine, le ventre, le bassin, la cuisse, le genoux, le mollet et le pied gauche et droit.

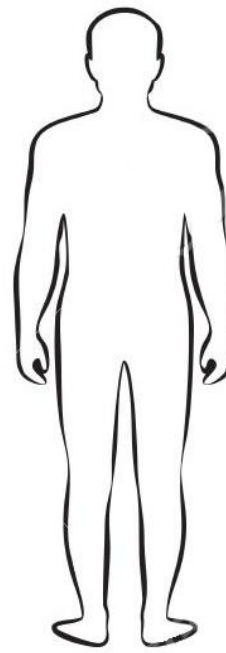
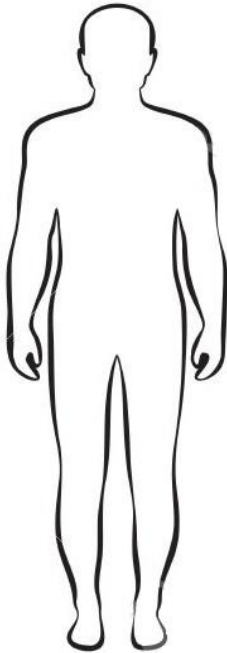
IV. Retour et verbalisation autour de la silhouette du corps

Comment vous sentez-vous maintenant dans votre corps ?

Ressentez-vous plus une partie de votre corps ?



- V. Observation psychomotrice (posture, mimique, réaction de prestance, réaction au toucher, retrait, lâcher prise, recrutement tonique, plaisir, peur, crainte, étonnement)
- VI. Conclusion et orientation du projet thérapeutique



Annexe 4

Anamnèse des patients

M. C. :

M. C. a 67 ans, Il dit être hospitaliser pour «un petit bouton qui a explosé», la plaie s'est infectée.

Il a découvert son diabète de type 2 à la suite de sa première amputation transtibiale il y a 5 ans. Il dit prendre soin de son corps en se douchant et en se rasant. Il a beaucoup de regrets par rapport à son passé de navigateur qui l'a marqué. Il trouve que l'annonce de son amputation a été trop brusque.

M. F. :

M. F. a 66 ans. Il dit être hospitalisé pour «un bobo au pied».

Il a découvert son diabète de type 2 il y a 6 ans. Il a une artériopathie et une neuropathie. Il occulte le négatif par rapport à son corps et se souvient seulement de ses capacités d'antan de danseur.

M. E. :

M. E. a 84 ans. Il dit être hospitalisé pour un ongle qui «a sauté et qui a dégénéré».

Il a découvert son diabète de type 2 il y a 5 ans.

Il a une artériopathie et une neuropathie. A la suite d'un ulcère, il a été alité pendant 3 mois et a perdu 23 kilos. Il dit que prendre soin de son corps n'est pas de son époque.

M. K. :

M. K. a 56 ans. Il est hospitalisé pour subir une amputation d'un orteil suite a une plaie nécrosée.

Il a un diabète de type 2 depuis environ 20 ans. Il refuse le traitement jusqu'à son hospitalisation. Il ne veut pas prendre soin de lui. Il a peur du regard des autres par rapport à son handicap. Il a peur des perforations et de mourir.

M. L. :

M. L. a 78 ans. Il a un ulcère aux 2 pieds et une infection au pied droit.

Son diabète de type 2 a été découvert à 30 ans mais il pense l'avoir depuis qu'il est jeune.

Il a de l'asthme, une insuffisance rénale, une rétinopathie, une artériopathie et une neuropathie.

Il fait le lien entre la découverte de son diabète et sa prise de poids. Après cette nouvelle, il a arrêté le sport. Il dit être très angoissé de mourir.

M. N. :

M. N. a 40 ans. Un point noir sous son pied est apparu et s'est infecté, c'est pour cette raison, dit-il, qu'il est hospitalisé.

Son diabète de type 2 a commencé à 26 ans. Il a une artériopathie et une neuropathie. Avant son hospitalisation, il ne suivait pas son traitement.

Il considère que les douleurs morales sont plus fortes que les douleurs physiques. Il est dans une situation précaire et, a très peur du futur. Il aimerait prendre soin de lui mais il considère que sans argent cela n'est pas possible.

Il perçoit son corps comme une armure.

Mme M. :

Mme M. a 63 ans. Elle est hospitalisée pour des chutes fréquentes, une absence de volonté de manger et de se lever. Elle transférée dans le service pour une plaie.

Elle a développé son diabète de type 2 à 50 ans. Elle a eu un cancer de l'utérus à 40 ans, un cancer du foie à 46 ans et un cancer du sein à 60 ans. C'est une ancienne obèse. Elle ne veut pas se regarder dans un miroir.

Elle a eu une enfance compliquée : son père la battait et il y a une suspicion d'attouchements sexuels. Ses parents sont morts à 3 jours d'intervalle ce qui l'a traumatisée. Elle a des pensées suicidaires depuis sa jeunesse. Elle se sent très seule malgré la relation presque fusionnelle qu'elle entretient avec son fils.

Mme L. :

Mme L. a 45 ans. Elle est hospitalisée pour une plaie à l'hallux.

Elle a développé son diabète de type 2 à 37 ans. Elle n'aime pas croiser son reflet dans le miroir. Elle ne veut plus prendre soin d'elle. Elle dit être en dépression.

Annexe 5

Plaquette explicative à l'attention des patients et des aidants



Qu'est ce que la psychomotricité ?

Le psychomotricien est un professionnel paramédical diplômé d'état. Il intervient sur prescription médicale. Ses interventions sont ciblées sur la prévention, l'éducation, la rééducation et la thérapie corporelle. Son outil de travail est le corps. L'indication d'un patient en psychomotricité permet d'obtenir un bilan global et détaillé de ses compétences et de ses difficultés. L'examen psychomoteur est un acte de participation au diagnostic médical.

Séance de psychomotricité en unité de podologie

Il intervient sur 4 grands domaines qui regroupent les différentes fonctions psychomotrices :

- Le corps : le tonus, la motricité globale, les coordinations, les dissociations du mouvement et le schéma corporel
- Les représentations : l'image du corps et l'estime de soi, l'intégration de l'espace et du temps
- Les fonctions cognitives : les mémoires, l'attention, la concentration, la connaissance sensorielle, les fonctions de planification, d'anticipation, de raisonnement et de jugement
- La communication : verbale et non verbale

Que proposons-nous ?

Nous proposons dans l'unité de podologie tous les Jeudis après-midi des séances de psychomotricité aux patients qui le désirent.

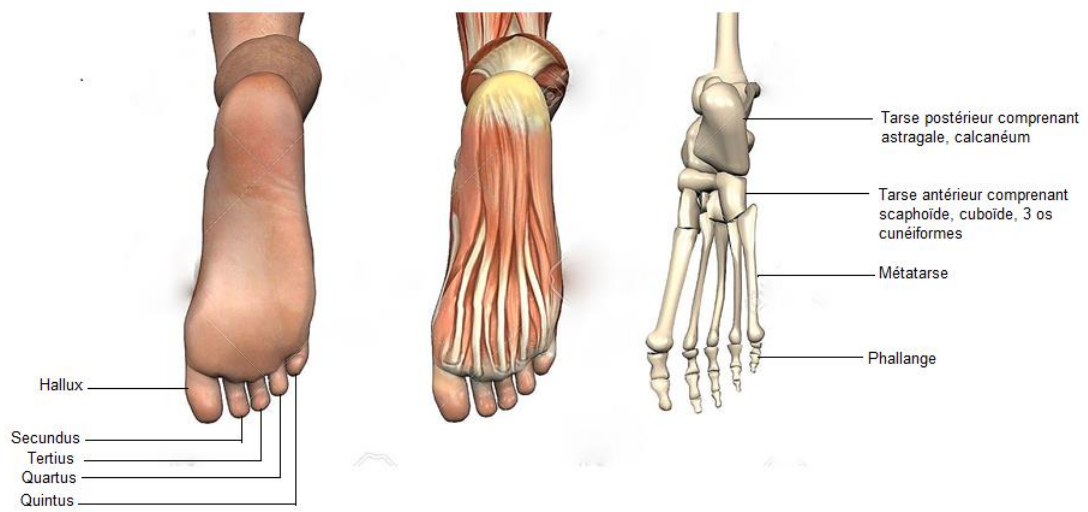
Dans un premier temps, une évaluation psychomotrice sera faite pour proposer un suivi le plus personnalisé possible afin de créer un lien avec une futur prise en charge en centre de soin ou en libéral.

Nous pouvons proposer de la relaxation, du toucher thérapeutique ou encore de la conscience corporelle.

Camille VILLEMIN et Julie SALIOU

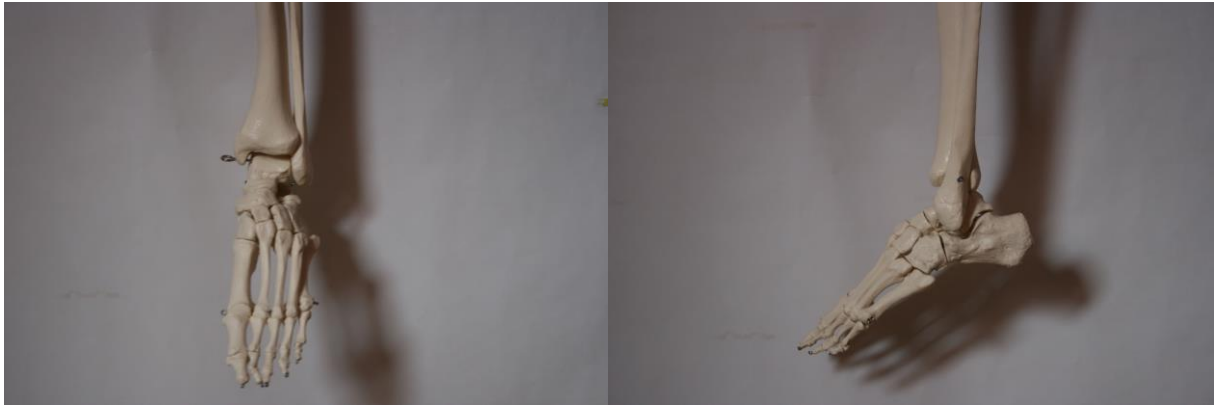
Annexe 6

Anatomie du pied



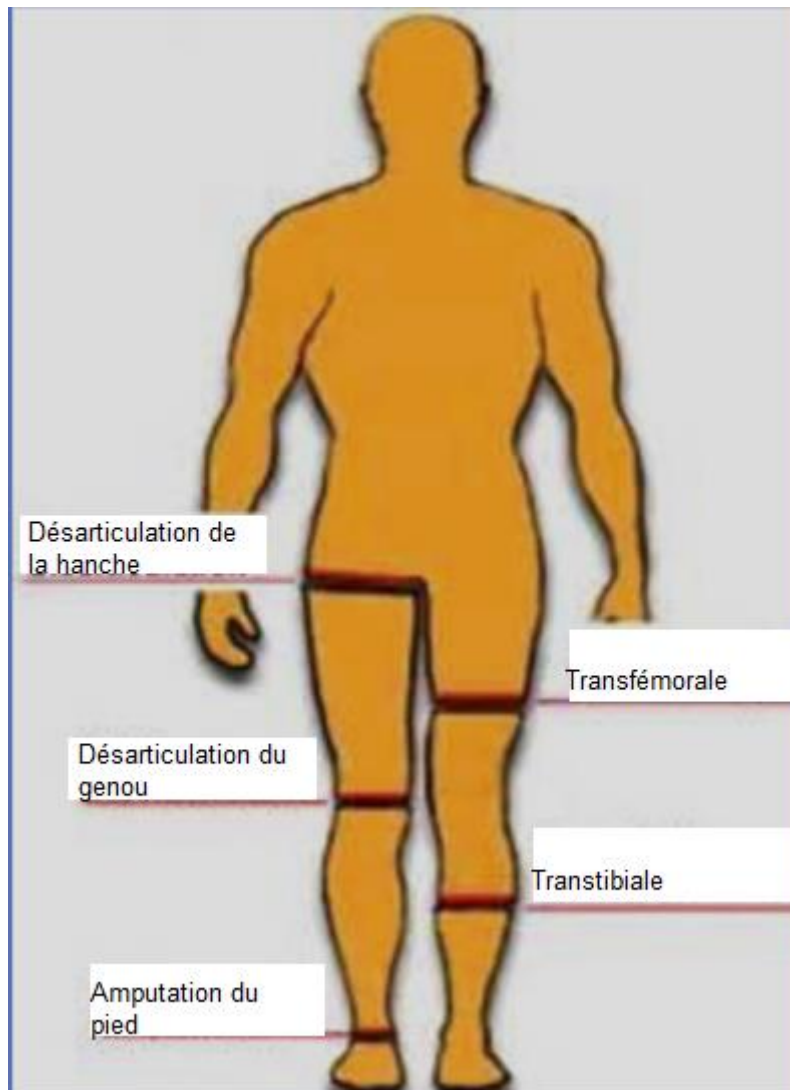
Annexe 7

Photographies des os du pied et moulure de la voûte plantaire



Annexe 8

Différents niveaux d'amputations du membre inférieur



Annexe 9

Amputation transmétatarsienne



A : Tracé des incisions, vue dorsolatérale

B : Amputation réalisée, vue de la valve plantaire

C : Fermeture cutanée

Résumé

Le diabète est une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement celle-ci. Une des complications du diabète est le pied diabétique. Celui-ci peut entraîner un désinvestissement corporel et, des perceptions du corps faussées. Une amputation peut résulter de complications diabétiques pouvant conduire à des troubles de l'image du corps.

Quelle place la psychomotricité peut-elle avoir ? Comment le désinvestissement corporel se manifeste-t-il ? Quels sont les médiations et les moyens qui peuvent être mis en place ?

Mots clés

Diabète – Psychomotricité – Désinvestissement corporel – Perception du corps –
Image du corps – Médiations

Abstract

Diabetes is a chronic disease which appears when the pancreas does not produce enough insulin or when the body does not use it properly. One complications of diabetes is the diabetic foot. It can lead to a body withdrawal and a distorted perception of one's body ? As a result of diabetes complications, an amputation can be performed, which can lead to poor body image.

Which role can psychomotricity play in this context ? How does body withdrawal express itself ? What are the mediations and the means that can be implemented ?

Key words

Diabetes – Psychomotricity – Body withdrawal – Body awareness – Body image –
Mediations