



**HAL**  
open science

# Le réaménagement identitaire après un accident vasculaire cérébral : apport de la prise en soin en psychomotricité auprès du patient cérébrolésé

Océane Lonjaigue

## ► To cite this version:

Océane Lonjaigue. Le réaménagement identitaire après un accident vasculaire cérébral : apport de la prise en soin en psychomotricité auprès du patient cérébrolésé. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562134

**HAL Id: dumas-01562134**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562134>**

Submitted on 13 Jul 2017

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

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

# **UNIVERSITE de BORDEAUX**

Collège Sciences de la Santé

## **Institut de Formation en Psychomotricité**

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

**Le réaménagement identitaire après un accident vasculaire cérébral :  
Apport de la prise en soin en psychomotricité auprès du patient cérébrolésé.**

LONJAIGUE Océane

Née le 8 Février 1994 à Libourne (33)

Juin 2017

Directeur de mémoire : Céline Bobe



## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement Céline BOBE, maître de stage et de mémoire, pour sa disponibilité, son écoute, sa rigueur, ses conseils et sa confiance ainsi que pour son aide précieuse dans mon cheminement et mon positionnement professionnel.

Un grand merci à l'ensemble de mes maîtres de stage pour leurs accompagnements, pour les nombreux échanges et pour leurs transmissions passionnées du métier : Claudie AUDOUIN, Ghislaine ANDRE, Catherine SAINT-BLANCARD.

Merci à tous les professionnels et à tous les patients que j'ai eu l'occasion de rencontrer au cours de cette formation qui m'ont permis d'évoluer et qui ont concouru, chacun à leur manière, à l'élaboration de mon identité professionnelle.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour leur investissement et la richesse de leurs enseignements durant ces trois années de formation. Et plus particulièrement, à Eric LAFONTANA et Jihane BENAABOU pour leur soutien et leur bienveillance tout au long de cette année.

Je remercie ma famille : Papa, Marion et Matthias, pour leur force, leurs nombreux encouragements et leur soutien sans failles. Merci affectueusement à Maxime pour sa manière de m'écouter, de me rassurer, d'être présent et pour son soutien de chaque instant.

Un grand merci à mes ami(e)s pour leur amour et les moments de partage, pour leur façon de m'accompagner et de me soutenir en toutes circonstances.

*A toi, Maman.*

# Sommaire

## REMERCIEMENTS

|   |           |
|---|-----------|
| <b><u>SOMMAIRE</u></b> .....  | <b>1</b>  |
| <b><u>AVANT-PROPOS</u></b> .....  | <b>2</b>  |
| <b><u>INTRODUCTION</u></b> .....  | <b>3</b>  |
| <b><u>I. L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL</u></b> .....   | <b>6</b>  |
| 1. <u>INTRODUCTION - GENERALITES</u> .....  | 6         |
| 2. <u>CAUSES, FACTEURS DE RISQUES ET PREVENTION</u> .....   | 9         |
| 3. <u>RAPPELS ANATOMO-CLINIQUE</u> .....  | 10        |
| 4. <u>SEMILOGIE ET TROUBLES ASSOCIES</u> .....  | 15        |
| 5. <u>CONSEQUENCES DANS LE CONTEXTE DE VIE DU PATIENT ET PROJETS DE VIE</u> .....                                     | 21        |
| 6. <u>PARCOURS DE SOIN DU PATIENT</u> .....   | 22        |
| <b><u>II. LE QUESTIONNEMENT IDENTITAIRE</u></b> .....   | <b>25</b> |
| 1. <u>LE CONCEPT D'IDENTITE : POSTULATS THEORIQUES ET GENERALITES</u> .....   | 25        |
| 2. <u>CONSTRUCTION DE L'IDENTITE</u> .....  | 27        |
| 3. <u>LE SENTIMENT D'IDENTITE</u> .....   | 33        |
| 4. <u>LE QUESTIONNEMENT IDENTITAIRE APRES UN AVC</u> .....  | 39        |
| 5. <u>LES NOTIONS DE STIGMATES ET DE HANDICAP</u> .....   | 42        |
| <b><u>III. LECTURE PSYCHOMOTRICE DES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU<br/>REAMENAGEMENT IDENTITAIRE POST-AVC</u></b> ..... | <b>45</b> |
| 1. <u>PRESENTATION DU LIEU DE STAGE</u> .....   | 45        |
| 2. <u>PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DU SSR</u> .....  | 49        |
| 3. <u>CONSEQUENCES PSYCHOMOTRICES DES DIFFERENTS SYMPTOMES DE L'AVC</u> .....   | 55        |
| <b><u>IV. L'INTERVENTION EN PSYCHOMOTRICITE</u></b> .....   | <b>65</b> |
| 1. <u>GROUPE PSYCHOMOTRICIEN</u> .....  | 65        |
| 2. <u>MR L. : EN MARCHÉ VERS UNE RECONSTRUCTION IDENTITAIRE</u> .....   | 71        |
| <b><u>CONCLUSION</u></b> .....  | <b>83</b> |
| <b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....   | <b>85</b> |
| <u>Annexe1</u> .....  | 88        |

## Avant-propos

La nuit est belle, l'air est chaud et les étoiles nous matent  
Pendant qu'on kiffe et qu'on apprécie nos plus belles vacances  
La vie est calme, il fait beau, il est 2 heures du mat'  
On est quelques sourires à partager notre insouciance  
C'est ce moment-là, hors du temps, que la réalité a choisi  
Pour montrer qu'elle décide et que si elle veut elle nous malmène  
Elle a injecté dans nos joies comme une anesthésie  
Souviens-toi de ces sourires, ce sera plus jamais les mêmes  
Le temps s'est accéléré d'un coup et c'est tout mon futur qui bascule  
Les envies, les projets, les souvenirs, dans ma tête y'a trop de pensées qui se bousculent  
Le choc n'a duré qu'une seconde mais ses ondes ne laissent personne indifférent  
« Votre fils ne marchera plus », voilà ce qu'ils ont dit à mes parents  
Alors j'ai découvert de l'intérieur un monde parallèle  
Un monde où les gens te regardent avec gêne ou avec compassion  
Un monde où être autonome devient un objectif irréal  
Un monde qui existait sans que j'y fasse vraiment attention  
Ce monde-là vit à son propre rythme et n'a pas les mêmes préoccupations  
Les soucis ont une autre échelle et un moment banal peut être une très bonne occupation  
Ce monde respire le même air mais pas tout le temps avec la même facilité  
Il porte un nom qui fait peur ou qui dérange : les handicapés  
On met du temps à accepter ce mot, c'est lui qui finit par s'imposer  
La langue française a choisi ce terme, moi j'ai rien d'autre à proposer  
Rappelle-toi juste que c'est pas une insulte, on avance tous sur le même chemin  
Et tout le monde crie bien fort qu'un handicapé est d'abord un être humain  
Alors pourquoi tant d'embarras face à un mec en fauteuil roulant  
Ou face à une aveugle, vas-y tu peux leur parler normalement  
C'est pas contagieux pourtant avant de refaire mes premiers pas  
Certains savent comme moi qu'y a des regards qu'on n'oublie pas  
C'est peut-être un monde fait de décence, de silence, de résistance  
Un équilibre fragile, un oiseau dans l'orage  
Une frontière étroite entre souffrance et espérance  
Ouvre un peu les yeux, c'est surtout un monde de courage  
Quand la faiblesse physique devient une force mentale  
Quand c'est le plus vulnérable qui sait où, quand, pourquoi et comment  
Quand l'envie de sourire redevient un instinct vital  
Quand on comprend que l'énergie ne se lit pas seulement dans le mouvement  
Parfois la vie nous teste et met à l'épreuve notre capacité d'adaptation  
Les 5 sens des handicapés sont touchés mais c'est un 6ème qui les délivre  
Bien au-delà de la volonté, plus fort que tout, sans restriction  
Ce 6ème sens qui apparaît, c'est simplement l'envie de vivre.

Grand Corps Malade – 6<sup>ème</sup> sens.

## Introduction

Depuis de nombreuses années j'éprouve un intérêt particulier pour les domaines de la neurologie et de la psychiatrie. C'est d'ailleurs cet attrait pour l'étude et la compréhension du système nerveux et en particulier du cerveau et du psychisme qui m'a amené à m'inscrire à la faculté de médecine après le baccalauréat. Faculté au sein de laquelle j'ai eu l'opportunité de découvrir et de me passionner pour la psychomotricité, présentée alors comme une discipline au carrefour de la neurologie, de la psychiatrie et de la physiologie ... Cette discipline, qui consiste en une approche globale de la personne, s'intéresse aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales de chaque individu. Elle considère que les fonctions motrices, le psychisme, les domaines affectif et relationnel sont intriqués et en permanente interaction.

Comme défini par le Syndicat National d'Union des Psychomotriciens : « *Le concept même de psychomotricité rend compte de la liaison constante entre le corps et le psychisme* », c'est donc assez rapidement que je me suis **questionnée sur cette liaison corps-esprit dans l'expression des troubles neurologiques et dans celle des troubles psychiatriques** qui m'intéressaient particulièrement.

A la suite des différents cours dispensés à l'institut de formation en psychomotricité, j'ai pu être initiée au fonctionnement normal du système nerveux ainsi qu'à la sémiologie neurologique. La plupart des symptômes et des syndromes neurologiques, quelle que soit leur origine, ont un retentissement plus ou moins important sur l'investissement corporel ainsi que sur l'image du corps du patient. Je me suis donc demandée : **comment la psychomotricité, en considérant cette liaison corps-esprit, peut avoir un impact sur l'expression de ces troubles ? Et quel pourrait être son rôle dans leur prise en charge ?**

Tous ces questionnements m'ont amené à effectuer mon stage de troisième année dans un service de Neurologie au sein d'un Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPR) aussi appelé centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) afin de nourrir cette réflexion et de l'étayer d'un point de vue théorico-clinique en m'appuyant sur mon expérience et mon vécu de stagiaire. C'est dans cette logique et en vue de la rédaction de ce mémoire de fin d'études que j'ai essayé de comprendre, du point de vue de la psychomotricité, ce qui me questionnait particulièrement dans ces atteintes cérébrales.

Dès le départ, j'ai eu l'occasion de côtoyer plusieurs patients atteints de cérébrolésion et plus particulièrement d'accident vasculaire cérébral, ces patients verbalisent fréquemment une sensation de désinvestissement corporel, un sentiment de dépersonnalisation associé à une perte identitaire. Cet ensemble de sentiments est souvent à l'origine de syndromes dépressifs consécutifs au deuil de la personne qu'ils étaient avant l'accident. « *Je me sens perdue, inutile, je voudrais revenir quelques années en arrière pour reprendre ma vie d'avant ; je me sens comme un fantôme, je suis moi sans être moi* »<sup>1</sup>

Très vite cette problématique identitaire m'est donc apparue essentielle. En effet, comment se reconnaître soi-même alors qu'on ne reconnaît plus son corps ? Comment accepter le fait qu'on ne soit plus tout à fait la même personne, mais en même temps pas si différente de celle qu'on était avant ? Comment conserver un sens de soi lorsque la maladie donne une image « *qui fout le camp* » (Brandily, 1996) et change notre manière d'être et de faire ?

Comme le disait SPINOZA « *L'objet premier du penser est le corps. Le corps est à l'origine des idées dont les pensées constituent l'esprit humain* » (Spinoza, 1677) cela signifie que le corps est à l'origine de l'idée que l'on a de nous-même. En d'autres termes, la conscience de soi, les notions de moi et de subjectivité se construisent en se basant sur le corps et sur les mouvements qui affectent le corps. On remarque à travers cette citation l'importance de cette liaison corps-esprit, et ici, le rôle du corps comme support de l'identité.

A travers ce mémoire, je tenterai de répondre à la problématique suivante : **Comment la prise en soin en psychomotricité peut-elle intervenir dans le réaménagement identitaire des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral ?**

Afin de pouvoir répondre à cette problématique, nous essaierons tout au long de ce mémoire d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse de travail suivante : **Je suppose que le réaménagement identitaire après un accident vasculaire cérébral peut être accompagné par une prise en soin spécifique en psychomotricité.**

---

<sup>1</sup> Témoignage d'une patiente dans : « Comprendre le traumatisme crânien et les autres lésions cérébrales acquises » : <https://www.youtube.com/watch?v=VA8jACHnH8I>

Pour ce faire, je présenterai tout d'abord l'accident vasculaire cérébral et ses conséquences dans le contexte de vie du patient.

Je développerai par la suite, à travers différents points de vue les concepts d'identité et de sentiment d'identité et montrerai en quoi l'accident vasculaire cérébral peut être à l'origine d'un réaménagement identitaire.

Je présenterai ensuite la spécificité de la prise en soin en psychomotricité au sein d'un centre de Soins de Suite et de Réadaptation et tenterai de montrer les conséquences psychomotrices de l'accident vasculaire cérébral.

Enfin, je parlerai plus spécifiquement de mon intervention en tant que stagiaire en psychomotricité au sein d'un centre de Soins de Suite et de Réadaptation. Pour cela, j'exposerai l'expérience d'un groupe mis en place durant ce stage et illustrerai mes propos en relatant l'étude clinique de Mr L.

# **I. L'accident vasculaire cérébral**

## **1. Introduction - Généralités**

### **a. Définitions et classifications**

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'accident vasculaire cérébral (AVC) est dû à un arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau du cerveau. Il entraîne un appauvrissement voire un arrêt de l'approvisionnement du cerveau en oxygène et en nutriments, ce qui aura pour conséquence la mort des cellules cérébrales. La gravité de l'accident et son retentissement dans la vie du patient dépend de la localisation et de l'étendue des zones cérébrales touchées.

Il s'agit donc d'un trouble neurologique d'apparition soudaine et brutale d'origine vasculaire qui constitue ce qu'on appelle une urgence médicale. La prise en charge du patient doit se faire très rapidement car, comme la formule médicale l'affirme « *Time is brain* » (*le temps c'est du cerveau*). En effet, plus le temps passe, plus l'atteinte cérébrale initialement focale, s'étendra et plus il y aura de dommages tissulaires et de mort cellulaire. De plus, comme les cellules neuronales ne se renouvellent pas, l'accident sera à l'origine de pertes fonctionnelles plus ou moins importantes. Selon la localisation artérielle et le territoire cérébral touchés lors de l'AVC, le tableau clinique de chaque patient sera différent et l'expression des symptômes est donc variable d'un individu à un autre.

Les AVC peuvent être classés en deux catégories :

- **Les accidents vasculaires cérébraux dits ischémiques**, correspondent à 80% des AVC. Ils sont provoqués par l'occlusion d'une artère cérébrale ou à destination cérébrale par un thrombus (caillot de sang) qui entraîne un infarctus cérébral. Cette occlusion entraîne une souffrance du parenchyme cérébral par hypoxie (diminution de la quantité d'oxygène distribué par le sang aux tissus) avec apparition brutale d'un déficit neurologique. Cette occlusion est due dans la majorité des cas à un athérome obstructif, il s'agit d'une diminution du diamètre de l'artère par dépôt et accumulation de différents éléments (tissu adipeux, lipides, tissu fibreux, dépôt calcaire...) et entravant la circulation sanguine. Dans une minorité des cas elle peut être consécutive à une embolie (un caillot se forme dans la circulation veineuse et peut migrer via le système artériel jusqu'au cerveau) ou à une dissection artérielle (constitution d'un hématome entraînant un rétrécissement du diamètre de l'artère ce qui entrave la circulation sanguine).

Parmi les AVC ischémiques et lorsque cette obstruction est réversible, on parlera d'**Accidents Ischémiques Transitoires** (ou AIT) qui correspondent à un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'une heure, sans preuve d'infarctus aigu. Toutefois, un AIT doit être considéré comme une urgence médicale. Sa reconnaissance est une étape indispensable permettant la prise en charge précoce et la mise en place de mesure évitant la survenue d'un AVC définitif que l'on qualifiera de « constitué ».

- Les **accidents vasculaires cérébraux dits hémorragiques**, correspondent à 20% des AVC. Ils sont provoqués par la rupture d'une artère, déclenchant une hémorragie cérébrale.

Au regard des signes cliniques, il est difficile de différencier un AVC ischémique d'un AVC hémorragique. C'est seulement grâce à l'imagerie cérébrale (IRM ou scanner) qu'on pourra être en capacité de confirmer le mécanisme de l'AVC. De plus, la prise en charge étant spécifique selon le type d'accident constitué, il est nécessaire d'orienter le plus rapidement possible le patient vers une structure spécialisée afin d'adapter la prise en soin.

#### b. Epidémiologie et prévalence

En France, selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), on dénombre chaque année plus de 150 000 accidents vasculaires cérébraux, soit environ un toutes les quatre minutes. L'AVC représente la première cause de handicap acquis chez l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la deuxième cause de mortalité (constituant environ 10% des décès). On retrouve un risque de récurrence de 30 à 50% dans les cinq années suivant le premier AVC.

Les statistiques démontrent que 10 à 20% des patients victimes d'un AVC décèdent le premier mois, dans 20% des cas ils restent institutionnalisés à cause d'un handicap entravant leur autonomie et chez les patients qui regagnent leur domicile, 50% présentent des déficiences plus ou moins invalidantes.

Contrairement aux idées reçues, cette affection ne touche pas que les personnes âgées, 25% des patients ont moins de soixante-cinq ans et 10% ont moins de quarante-cinq ans.

Dans une de ses études, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare l'AVC comme étant une pandémie, projetant une augmentation de l'incidence dans le monde : on passerait de 16 millions de cas en 2005 à près de 23 millions en 2030.

### c. Un enjeu collectif de santé publique

De par ses différentes données, on voit que l'AVC constitue un problème de santé publique, majeur actuellement, et qu'il est important de le prendre en charge rapidement.

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

Ce plan national d'actions AVC 2010-2014 a pour objectif de réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux AVC, d'améliorer la santé et la qualité de vie des patients après le traumatisme.

Ce plan national repose sur 4 axes principaux, à savoir :

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

La poursuite des actions a permis d'améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC, notamment en informant la population depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap.

Dans une campagne de communication appelée « AVC, vite le 15 ! », la fédération nationale France AVC explique que même si 60% des français déclarent connaître les symptômes de l'AVC, seulement 11% en ont connaissance précisément. Elle met en avant la nécessité de la rapidité de la prise en charge concernant l'amélioration du pronostic et explicite les signes les plus fréquemment rencontrés afin de sensibiliser la population à leurs reconnaissances. Ces signes sont regroupés sous l'acronyme VITE pour :

- Visage paralysé,
- Inertie d'un membre (c'est-à-dire une perte soudaine de la sensibilité, de la motricité ou de la force d'un bras, d'une jambe, ou de la totalité d'un côté du corps),
- Trouble de la parole,
- En urgence appelle le 15.

La présence d'un seul de ses signes, même régressifs, suffit pour appeler le 15, et permet ainsi une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide de l'accident par un personnel expérimenté dans des structures adaptées, les unités neuro-vasculaires, entraînant une amélioration du pronostic évolutif.

## 2. Causes, facteurs de risques et prévention

Il n'est pas toujours possible de déterminer la cause exacte d'un AVC, en effet dans 25% des cas l'origine reste indéterminée soit car aucune étiologie n'est retrouvée, soit au contraire quand plusieurs causes potentielles sont mises en évidence sans qu'on puisse en incriminer une plus particulièrement. Il est important, cependant, que les médecins la recherchent en procédant à divers examens afin de réduire le risque de récurrence.

Selon l'OMS, dans le rapport Flajolet<sup>2</sup> de 1948, la prévention est définie comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »

- **La prévention primaire** agit en amont de la maladie. Elle correspond à l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie.

Les facteurs de risque principaux sont : une hypertension artérielle, un diabète, une hypercholestérolémie, le tabagisme, un alcoolisme chronique, une surcharge pondérale, la sédentarité, une mauvaise alimentation ...

En connaissance des différents facteurs de risque, en adoptant des comportements et des habitudes de vie adaptées (diminution de la consommation d'alcool, adoption d'une alimentation saine et équilibrée, pratique d'une activité physique régulière...) et en réalisant des examens de santé et de contrôle réguliers (contrôle de sa glycémie et de sa tension artérielle...), il est possible d'agir sur ces facteurs afin d'éviter la survenue de la maladie.

- **La prévention secondaire** correspond à l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie et à réduire sa durée d'évolution. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.
- **La prévention tertiaire** correspond à l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnelle et sociale.

Dans le cas de l'AVC, ces deux-derniers types de prévention (secondaire et tertiaire) peuvent être réunis, et reposent sur la correction des différents facteurs de risque pouvant être à l'origine

---

<sup>2</sup> <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

de la maladie et favoriser le risque de récurrence. En particulier, les facteurs de risque cardiovasculaire avec le contrôle et la régulation si nécessaire par traitements médicamenteux de la tension artérielle, du diabète et du cholestérol ; associé à des mesures diététiques, à une activité physique régulière adaptée aux capacités des patients atteints. Une prise d'antiagrégant plaquettaire et/ou d'anticoagulant peut être indiquée afin de prévenir la formation de nouveaux thrombus (caillots) en cas d'accident vasculaire par obstruction d'une artère.

Il s'agit également de diminuer les conséquences de la maladie dans le contexte de vie global du patient : d'un point de vue fonctionnel, physique, psychologique, professionnel et social.

### 3. Rappels anatomo-clinique

#### a. La vascularisation artérielle cérébrale

La vascularisation artérielle cérébrale se fait par le système carotide interne en avant et par le système vertébro-basilaire en arrière. On retrouve une anastomose des deux systèmes à la base du crâne formant ce qu'on appelle « le polygone de la base du crâne » ou « polygone de Willis ».

Ce polygone artériel d'environ 2,5 cm<sup>2</sup> est très important, il comporte un grand nombre d'artères essentielles au fonctionnement cérébral. Il est à la base de suppléances vasculaires permettant au cerveau de recevoir les nutriments et l'oxygène nécessaires à son fonctionnement, même si une des artères du cou est lésée ou bouchée. Les anastomoses présentes au sein de ce polygone de la base du crâne permettent de compenser, dans une certaine limite, l'insuffisance d'une artère.

Il est à noter que 90 à 95% des anévrismes se retrouvent au niveau de ce polygone de Willis. Un anévrisme correspond à une déformation de la paroi artérielle, constituant une dilatation irrégulière et arrondie le plus souvent en forme de sac. La rupture d'anévrisme correspond à la rupture, à l'éclatement de ce sac. Cette rupture entraîne une hémorragie cérébrale et est la source principale des AVC de type hémorragique.

Du fait du nombre important d'artères impliquées dans la vascularisation artérielle cérébrale et des suppléances possibles par l'intermédiaire du polygone de Willis ; il convient de noter qu'en fonction du territoire artériel touché lors de l'AVC, les zones cérébrales lésées seront différentes entraînant un retentissement fonctionnel particulier.

Le schéma suivant, issu de « *Le livre de l'interne – Neurologie* » propose une illustration des territoires artériels cérébraux. (Tranchant et Azulay, 2012, p.336)

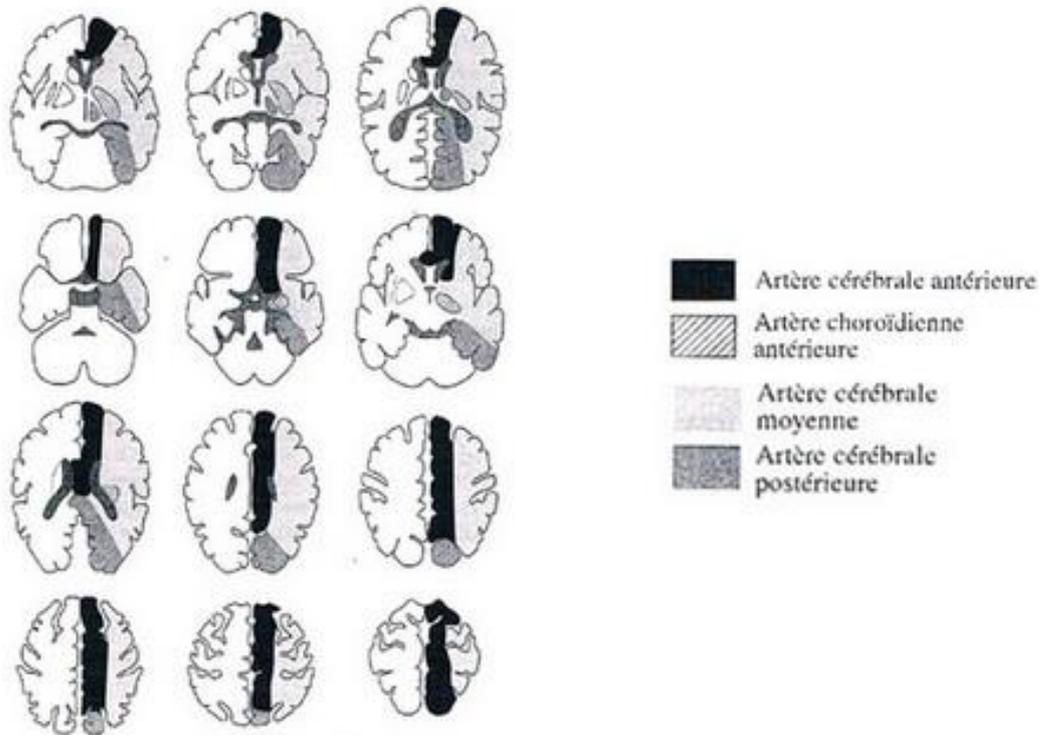


Figure 19-2 Territoires artériels cérébraux. (D'après Alamovitch S, Danziger N. Neurologie, 3<sup>e</sup> édition. Bruxelles, De Boeck Supérieur, 2003, 445 p. Reproduit avec aimable autorisation).

### b. Les lobes cérébraux et leurs principales fonctions

Le cerveau est divisé en deux hémisphères cérébraux relativement symétriques, reliés entre eux par le corps calleux et les commissures inter-hémisphériques qui ont pour fonction de transférer les informations d'un hémisphère à l'autre afin que les deux hémisphères puissent fonctionner en synergie.

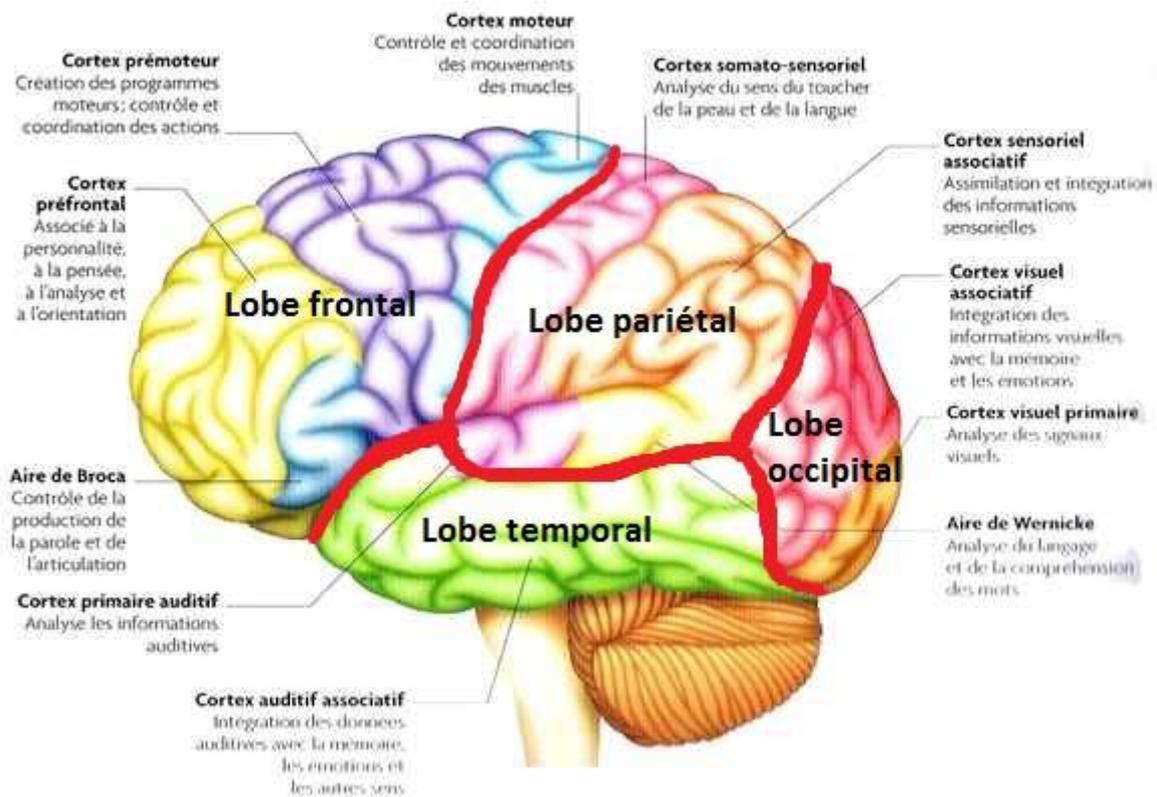
En effet, les deux hémisphères ont des fonctions distinctes et spécifiques, on parle de spécialisation hémisphérique et d'asymétrie cérébrale. **L'hémisphère gauche** est qualifié d'analytique, particulièrement impliqué dans les gnosies, les praxies, l'organisation temporelle et le langage. Il est le siège du symbolique, de la mémoire des mots, du repérage du nouveau, du projet/futur, de la vision centrale, du langage articulé, de l'analyse objective et de la créativité déductive. **L'hémisphère droit** quant à lui a un rôle plus global, il intervient dans la mémorisation des notions familières, la mémoire topographique, la perception visuo-spatiale et visuo-constructive et de l'attention. Il est le siège de l'imaginaire, de la mémoire des images, du repérage familier, des souvenirs/du passé, de la vision périphérique, du langage non articulé, du contexte, de l'impression subjective et de la créativité imaginative.

Chaque hémisphère peut être subdivisé en cinq lobes cérébraux :

- **Le lobe frontal** : dans la partie antérieure du cerveau, il regroupe les aires motrices primaires (participant à la motricité volontaire), les aires pré-motrices (nécessaires à l'initiation du mouvement et la programmation motrice). Il intervient également dans les comportements, le fonctionnement cognitif, les fonctions exécutives (raisonnement, inhibition, flexibilité mentale, planification), la gestion des émotions et la cognition sociale. Il comprend dans sa partie inférieure l'aire de Broca qui participe à l'expression du langage. Ce lobe frontal correspond à la partie la plus développée de l'encéphale et en occupe la majeure partie. Considéré comme « le chef d'orchestre » du cerveau ; il contrôle à la fois le mouvement, les cognitions mais également nos comportements les plus complexes tels que la créativité, la prise de décision et le raisonnement par analogie.
- **Le lobe pariétal** : en arrière du lobe frontal. Il comprend le cortex sensitif primaire, il intervient dans la somesthésie, les praxies, la perception de l'espace et l'attention.
- **Le lobe temporal** : en dessous du lobe pariétal. Il intervient dans l'audition, dans la mémoire et la compréhension du langage via l'aire de Wernicke.
- **Le lobe occipital** : correspond à la partie postérieure du cerveau. Il intervient principalement dans la vision.
- **L'insula** correspond à une région operculaire, c'est-à-dire qu'il faut soulever le cerveau pour la regarder. Il joue un rôle dans diverses fonctions, mais on peut dire qu'il est principalement lié au système limbique. Il influe sur le contrôle de certaines émotions, dans le maintien et la régulation de l'homéostasie. Il intervient également dans la conscience de soi et dans la conscience interoceptive (c'est-à-dire la perception de nos sensations internes).

Le cortex cérébral peut donc schématiquement être divisé en cinq lobes cérébraux. Un neurologue allemand, K.BRODMANN a proposé une classification plus détaillée, subdivisant le cortex cérébral en 52 aires appelées « aires de Brodmann » ayant chacune une fonction propre.

Le schéma suivant propose une illustration de quelques unes de ces 52 aires de Brodmann, associées à leurs fonctions principales.



Il est important de préciser à l'heure actuelle que les théories localisationnistes nous permettent d'avoir une idée du territoire touché lors de l'AVC ; cependant, le cerveau ne correspond pas à la juxtaposition d'aires cérébrales spécialisées. En effet, le fonctionnement du cortex cérébral pourrait être qualifié de « **complexe** » : une même fonction peut être à la convergence de différentes aires. C'est par exemple le cas du langage qui se situe à la fois dans l'aire de Broca au sein du lobe frontal mais également dans l'aire de Wernicke au niveau du lobe temporal.

Il convient donc de noter que le retentissement fonctionnel de l'AVC dépend du territoire cérébral touché. Le tableau clinique ainsi que l'expression des signes et des symptômes de chaque patient seront donc différents.

De plus, du fait du phénomène de décussation, c'est-à-dire du croisement des fibres nerveuses dans le plan médian, un hémisphère cérébral est connecté à la moitié controlatérale du corps.

Ainsi, **les lésions hémisphériques droites** auront des conséquences sur l'hémicorps gauche. Elles pourront être à l'origine du syndrome de négligence spatiale unilatérale (ou hémignégligence) de l'hémi-espace ou de l'hémicorps gauche, d'un ralentissement cognitif global, d'une indifférence affective, d'hallucinations kinesthésiques, d'anosodiaphorie, d'anosognosie, de troubles attentionnels, d'alloesthésie, d'extinction sensorielle et d'une diminution de la motivation du sujet etc.

Les **lésions hémisphériques gauches** auront des retentissements sur l'hémicorps droit. Elles pourront être à l'origine d'apraxie, de difficultés de langage tels que l'aphasie ou la jargonaphasie, d'hémiplégie droite, d'un retentissement et d'une modification dans le rapport à l'autre, d'héminégligence du côté droit etc.

Je développerai ces différentes lésions et leurs retentissements de façon plus détaillée dans la suite de ce mémoire.

c. Phénomène de plasticité cérébrale et influence de l'environnement

Le système nerveux se développe à partir d'un programme génétique, propre à chaque individu. Cependant, l'environnement peut également moduler la mise en place de l'architecture cérébrale. La capacité du cerveau à créer, défaire ou réorganiser les réseaux et les connexions neuronales correspond à ce que l'on appelle **la plasticité cérébrale**. Il s'agit donc de la capacité d'adaptation et de reprogrammation neuronale grâce à l'expérience. Certains travaux mettent en évidence ce phénomène de plasticité cérébrale. En effet, pour survivre à leur environnement, certaines espèces ont développées des stratégies d'adaptation individuelle au sein desquelles l'organisation cérébrale peut être modifiée par l'expérience et par l'histoire des interactions de l'individu avec le monde extérieur. J-D.VINCENT dans son livre *« La chair et le diable »* illustre par l'absurde, l'importance des interactions avec le monde extérieur pour le développement harmonieux des fonctions cérébrales de l'individu (Vincent, 1996). Il cite l'exemple de Frédéric II qui fit élever des enfants à l'écart de toute parole afin de déterminer quelle était, du grec, de l'hébreu ou du latin, la langue naturelle ou « innée », il en résulta que ces enfants restèrent muets et dépérèrent en quelques mois. Par cette expérience on peut voir que les nourrissons ont besoin de soins affectifs et de la communication pour survivre.

Dans son livre *« Actualités dans la prise en charge de l'AVC »*, A.YELNIK reprend les travaux de CHOLLET et WEILLER qui ont démontré qu'après une lésion cérébrale les réseaux neuronaux sains restants sont capables de prendre en partie en charge les fonctions des réseaux initialement détruits. Il cite également les travaux de BUONOMANO D. et de MEZERNICH M. qui ont démontré que les représentations corticales ne sont pas des entités définitivement fixées à l'âge adulte, il s'agit selon eux de processus dynamiques continuellement modifiés par l'expérience (Yelnik, 2010). Ces mécanismes de plasticité cérébrale sont retrouvés au niveau des différents cortex cérébraux : sensitifs, somatosensoriels et moteurs.

La plasticité cérébrale constitue donc une modification de l'organisation des circuits cérébraux en réponse à des sollicitations extérieures. Les changements permettent de s'adapter au milieu tout en préservant les spécificités de l'organisme. En ce sens, différents travaux, notamment ceux de NUDO et al. concernant la thérapie contrainte, ont permis de confirmer le rôle de la plasticité cérébrale dans la récupération de la motricité après un AVC en utilisant des techniques permettant de stimuler le cortex moteur lésé ou d'inhiber le cortex moteur sain (Nudo, 1996).

Dans le livre *« Accidents vasculaire cérébraux »* (Boussier et Mas, 2009), F.CHOLLET explique que *« la rééducation constitue aujourd'hui une part importante du traitement des AVC, l'idée de base est que le réapprentissage d'une fonction par la répétition singulière de tâches, leur routinisation et l'utilisation de différentes stimulations permettent d'accroître la récupération de la fonction déficitaire. Preuve que le réapprentissage d'une tâche d'une fonction déficitaire est capable d'induire une réorganisation intracérébrale substrat d'une amélioration fonctionnelle »*. Il est à noter cependant que cette plasticité cérébrale possède des limites et qu'elle ne peut se substituer à l'ensemble des conséquences de l'AVC, à l'origine de séquelles plus ou moins importantes.

Nous pouvons alors aujourd'hui affirmer avec certitude que le cerveau humain adulte lésé est doué d'une authentique capacité de reconfiguration interne de ses circuits qui permet une récupération fonctionnelle. Cette plasticité cérébrale peut être modulée par différents facteurs externes tels que la rééducation, certains médicaments mais aussi certaines techniques de stimulation magnétique ou électrique transcrânienne. Elle n'est cependant pas automatique et intervient à différents niveaux en fonction du type d'atteinte et des processus lésionnels.

Selon S.SCHIFFMANN, le cerveau adulte possède donc une large potentialité de plasticité de ses connexions synaptiques résultant de l'expérience individuelle mais il possède également la capacité de générer de nouvelles populations de neurones qui pourraient participer à l'établissement ou le renforcement de certaines fonctions cérébrales (Schiffmann, 2001).

#### 4. Sémiologie et troubles associés

Globalement, on estime qu'un an après l'accident environ 60% des patients qui survivent récupèrent une indépendance fonctionnelle alors qu'environ 40% gardent des séquelles importantes, remettant en cause leur autonomie dans leur vie quotidienne selon l'INSERM. Dans 30% des cas, les patients décèdent au cours de cette première année.

La **sémiologie**, qui correspond selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales<sup>3</sup> (CNRTL) à la « *partie de la médecine qui étudie les symptômes et les signes cliniques traduisant la lésion d'un organe ou le trouble d'une fonction* », est variable et multiple car comme nous l'avons déjà précisé, elle dépend des zones du cerveau touchées par l'AVC. On peut donc retrouver différentes manifestations cliniques, différents symptômes d'un individu à l'autre.

J'ai décidé de développer quelques-uns de ces symptômes par la suite en les différenciant et en les catégorisant pour plus de clarté. Cependant, il faut garder à l'esprit que ces symptômes ne sont pas forcément isolés, ils peuvent être intrinsèquement liés les uns avec les autres, apportant un tableau clinique à la fois riche et complexe. Cette liste est bien entendu non-exhaustive et correspond aux manifestations les plus fréquentes, ou bien à celles qui m'ont le plus marquées tout au long de cette année que ce soit dans leur expression ou bien dans leur retentissement dans le contexte de vie des patients que j'ai eu l'occasion de rencontrer.

#### a. Troubles moteurs et gestuels

Le **trouble moteur** le plus rencontré correspond à l'**hémiplégie**. Il s'agit d'une paralysie (perte de la mobilité) d'une ou plusieurs parties d'un hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale.

On retrouve fréquemment, associé à l'hémiplégie, un **syndrome spastique**. La spasticité correspond à une exagération permanente et involontaire du tonus musculaire de certains muscles qui fait suite à une lésion pyramidale. Le caractère spastique des muscles concernés varie en fonction du temps et de différents facteurs tels que la fatigue, le stress, les troubles du sommeil ; elle peut cependant parfois avoir un caractère pénible et constant. Cette spasticité est à l'origine de position vicieuse et inconfortable, de rétractions et de déformations orthopédiques. Ces-dernières peuvent être douloureuses et entravent les activités de la vie quotidienne et donc l'autonomie du patient. Il est parfois nécessaire de porter des orthèses et des appareillages spécifiques, conçus sur mesure, qui, associés à la prise en soin médicamenteuse et rééducative, vient prévenir les complications.

On peut fréquemment observer des **troubles de la marche et de l'équilibre** ainsi que des **troubles de la réalisation du geste** tels que l'**apraxie**. Cette apraxie correspond à un trouble acquis de la réalisation de gestes concrets ou symboliques ne pouvant être expliqué par des troubles cognitifs ou sensori-moteurs ; elle est consécutive à une atteinte du cortex cérébral.

---

<sup>3</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/s%C3%A9miologie>

On peut également retrouver une **hémiparésie**, qui correspond à un trouble de la motricité, un déficit partiel de la force musculaire d'un hémicorps.

#### b. Troubles sensitifs

Il existe différents **troubles de la sensibilité** qu'il convient de dissocier. Ainsi, une **anesthésie** correspond à la perte totale de la sensibilité, une **hypoesthésie** correspond à une perte partielle de la sensibilité, une **paresthésie** correspond à une sensation anormale comme des fourmillements. Il est souvent rencontré, après un AVC, une **hémiparesthésie**, c'est-à-dire une paresthésie de l'hémicorps controlatéral à la lésion. Une **alloesthésie** peut également être rencontrée et correspond à un trouble de la localisation des sensations tactiles : le patient ressent la sensation en un point plus ou moins symétrique du côté opposé à celui de la stimulation.

#### c. Les douleurs neuropathiques

On peut fréquemment retrouver l'existence de **douleurs neuropathiques**, qui se chronicisent et entravent les conditions et la qualité de vie des patients. La Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur<sup>4</sup> définit la douleur neuropathique comme « *une douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel* ». Elle se manifeste par des sensations de décharges électriques, des picotements, des fourmillements, des sensations de brûlure, ou à l'inverse des sensations de froid douloureux.

Ces douleurs sont lancinantes et parfois importantes. La douleur neuropathique nécessite un traitement antalgique spécifique en première intention tel que certains anti-épileptiques et/ou certains anti-dépresseurs. Leur détection et leur prise en charge est nécessaire afin de diminuer la sensation de douleur qui impacte le patient dans sa globalité. Quand la douleur se chronicise, on note parfois chez le patient un comportement de repli, des difficultés à maintenir des activités extérieures, une baisse significative des interactions sociales et des troubles du sommeil, une irritabilité... Elles impactent donc la qualité de vie des patients et des répercussions peuvent se trouver jusqu'au niveau de la sphère familiale mais également dans la sphère professionnelle.

#### d. Troubles cognitifs

L'AVC est à l'origine, dans la majorité des cas, de **troubles cognitifs**. Ils correspondent à un changement, à une modification du caractère et du comportement du patient et peuvent entraver sa qualité de vie ainsi que la qualité des interactions et des relations qu'il entretient avec sa famille, au sein de son contexte professionnel ou avec les professionnels de santé. On

---

<sup>4</sup> <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-neuropathique>

retrouve donc différents troubles, plus ou moins visibles, qu'il est important de considérer et de prendre en charge car ils sont sources de souffrance pour le patient et pour son entourage.

Toutes les fonctions cognitives peuvent être atteintes. Ainsi, on retrouve fréquemment des **troubles de l'attention et de la concentration**, des **troubles de la mémoire** pouvant aller jusqu'à l'amnésie (perte totale de la mémoire) ou encore un **ralentissement cognitif global**.

Les troubles cognitifs les plus souvent relatés sont :

- une **négligence spatiale unilatérale**, aussi appelée **hémignégligence**. Elle peut être définie selon HEILMAN comme « *l'incapacité de rendre compte, de répondre de, ou de s'orienter vers des stimuli nouveaux ou significatifs présentés du côté opposé à une lésion cérébrale, sans que ce trouble ne puisse être attribué à un déficit sensoriel ou moteur* »,
- une **anosodiaphorie**, qui correspond à l'indifférence affective d'un individu face à son propre trouble, à sa propre maladie,
- une **anosognosie**, c'est l'incapacité à prendre conscience de son trouble,
- une **agitation psychomotrice** ou un **ralentissement psychomoteur**.

**Des troubles du langage et de la parole** sont souvent présents et marquent une véritable rupture avec l'état antérieur. Ils ont une répercussion importante dans la vie quotidienne et nécessitent la mise en place de nouveaux repères, d'une nouvelle relation à l'autre et à soi-même. **L'aphasie**, elle peut être définie comme la perte totale ou partielle de la capacité de communiquer par le langage. Elle entraîne un handicap de communication avec des difficultés de compréhension et d'expression, que ce soit à l'oral ou à l'écrit. L'impossibilité à se faire comprendre et à ne plus pouvoir échanger conduit souvent à l'isolement social et à la dépression. La **dysarthrie** correspond à un trouble de l'articulation et du langage consécutif à une lésion cérébrale. Les patients présentant des troubles du langage peuvent être perçus, à tort, comme des sourds/muets, comme des personnes ivres ou étrangères (la dysarthrie entrave la tonalité, la prosodie et est à l'origine d'un certain type d'accent particulier) ou comme présentant une pathologie psychiatrique ou un retard mental ... Les troubles du langage viennent donc fondamentalement modifier l'image que le patient peut avoir de lui-même, diminuant son estime de soi et entravant ses relations au sens large. Ils sont source de souffrance majeure pour le patient et pour son entourage qui peuvent ne plus arriver à communiquer et à se comprendre.

Il existe aussi le cas particulier de l'**extinction sensorielle** où la sensibilité est présente de chaque côté du corps indépendamment mais n'est plus présente lorsqu'on touche les deux côtés en même temps. Pour illustrer ce symptôme, je vais présenter une vignette clinique.

Je rencontre Mme F. en février pour réaliser la passation d'un bilan psychomoteur. Suite à un AVC sylvien total droit, Mme F. présente une hémiplégie gauche massive, associée à une paralysie faciale gauche et à une extinction sensitive à gauche. Ainsi, lors de l'évaluation du schéma corporel, Mme F. peut désigner et nommer les différentes parties de son corps sur elle et sur moi ; révélant une bonne connaissance de son schéma corporel. Lorsque je lui demande de localiser sur son corps, les yeux fermés, l'endroit où je pose mes mains, Mme F. peut répondre quand je touche indépendamment à droite ou à gauche. Mais quand je pose mes deux mains de chaque côté au niveau de son dos, à plusieurs reprises elle répondra seulement « à droite ».

Parmi les troubles cognitifs, on peut habituellement observer une **désorientation temporo-spatiale** (c'est-à-dire une incapacité plus ou moins complète de se repérer dans le temps et dans l'espace) qui peut être à l'origine de déambulations sans buts, des troubles du sommeil et de la fonction sexuelle.

L'AVC peut être à l'origine, chez les patients hémiplegiques, d'un comportement inhabituel et surprenant, appelé le « **pushing syndrome** ».



Comme le montre le schéma, il s'agit d'une désadaptation tonico-posturale de l'axe vertébral du sujet qui développe une poussée active du côté hémiplegique, l'invitant à se pencher du côté déficitaire et ce, même lorsque ce côté est stimulé par une poussée de direction opposée.

Parmi les troubles cognitifs, on peut citer **le trouble des fonctions exécutives**, aussi appelé **syndrome dysexécutif**. Il correspond à un trouble du contrôle inhibiteur avec des difficultés dans la planification des tâches, des persévérations, un ralentissement de la mémoire de travail et plus généralement d'un ralentissement psychomoteur, un défaut d'élaboration de stratégie et de flexibilité mentale.

En fonction de l'âge et du contexte, ces difficultés peuvent amener à un déclin cognitif global et être à l'origine d'un risque accru de **démence vasculaire**. 25% des patients ayant fait un AVC développent une démence dans les cinq années qui suivent l'épisode.

Le syndrome le plus marquant pour les familles est sûrement **le syndrome frontal**, il correspond à un ensemble de troubles cognitifs et comportementaux faisant suite à des lésions principalement situées dans les lobes frontaux, en avant du cerveau et à l'origine d'un véritable changement de personnalité du patient. Ce syndrome associe le plus généralement un syndrome dysexécutif et des difficultés de contrôle du comportement qui peuvent se manifester de différentes manières et peuvent être classés en deux types distincts :

- un **comportement de type inhibé** où on observe une hypoactivité globale avec phénomène d'apathie (état émotionnel caractérisé par un manque d'intérêt à l'égard de situations ou de l'entourage ; état d'indifférence à l'émotion, la motivation ou la passion), de perte d'initiative, de perte des intérêts et de diminution des activités, d'isolement social, d'aboulie et d'aspontanéité,
- un **comportement de type désinhibé** où on observe une hyperactivité globale avec impulsivité, distractibilité, euphorie, désinhibition, incapacité à contrôler ou arrêter un comportement inadéquat.

Aujourd'hui, deuxième jour de stage. Alors que je consulte un dossier sur l'ordinateur dans une salle réservée au personnel, je suis surprise par l'entrée soudaine de Mr R. dans la pièce. Il souffre d'un syndrome frontal des suites d'un AVC. Même si nous ne nous sommes jamais rencontrés, il s'approche rapidement de moi et me demande spontanément : « *Salut ça va ? C'est de l'eau dans ton verre, tu peux m'en passer ?* ». Plus tard au cours du stage, alors qu'il se tient au milieu du couloir, j'ai pu l'entendre crier le prénom de ma maîtresse de stage à plusieurs reprises parce qu'il souhaitait lui dire bonjour. On remarque ici l'importance de la désinhibition chez Mr R. qui n'a pas conscience, de l'inadaptation de son comportement vis-à-vis du contexte.

Les troubles cognitifs perturbent la perception qu'a le sujet cérébro-lésé de lui-même, des autres, de la réalité qui l'entoure et la perception que les autres ont de lui. On prend ici la mesure de l'impact de ces troubles dans le sentiment d'identité du patient.

##### 5. Conséquences dans le contexte de vie du patient et projets de vie

Les **retentissements psycho-affectifs** sont souvent secondaires et non-spécifiques à la lésion cérébrale. Il est néanmoins primordial de les considérer et de les prendre en charge car ils peuvent entraîner un désinvestissement, une non-compréhension, voire dans certains cas, un refus total des soins.

Ainsi, on peut retrouver des signes comme de l'angoisse, de l'anxiété, une fatigue importante, une tristesse, un sentiment de repli sur soi et un isolement social, une apathie, un manque d'initiative et de volonté, des troubles de l'humeur, un trouble de la réactivité émotionnelle qui peut prendre différentes formes (labilité émotionnelle, irritabilité, réaction catastrophe, indifférence affective ...).

La **dépression** qui survient chez environ 30% des patients dans l'année suivant un AVC va non seulement altérer la qualité de vie du patient mais aussi sa capacité à récupérer de l'accident.

Ainsi, « *lors de la survenue d'un traumatisme grave, tel qu'un AVC, chacun des sous-systèmes au sein du grand système familial va être affecté dans la distribution des fonctions et des rôles, ainsi que la construction de l'histoire et des liens* » (Destailats et al., 2007).

Il est alors important de prendre en compte, dans ce qu'on appelle les **troubles du comportement**, les relations intersubjectives et avec la réalité qui l'entoure (familiale, institutionnelle ...). H.OPPENHEIM-GLUCKMANN dans son livre « *La pensée naufragée* » rappelle que 88% des comportements d'agressivité des patients cérébro-lésés sont une réponse à un contexte relationnel inadapté pour eux (Oppenheim-Gluckmann, 2000, p.36). On perçoit alors l'importance du travail avec les familles, d'une part dans un accompagnement suite à ce traumatisme qui bouleverse l'équilibre de la relation avec leur proche, et d'autre part la situation impose parfois des changements radicaux avec la nécessité d'intégrer de nouvelles façons de faire.

Tous ces troubles liés à l'AVC vont donc avoir un retentissement important dans la façon dont le patient va vivre son corps après l'accident. Il vient marquer une véritable rupture avec l'état antérieur, avec « *la vie d'avant* » et vient chambouler tous les principes déjà établis. Ainsi, l'AVC étant à l'origine d'un trouble de la perception et de l'environnement ; l'équilibre familial, professionnel mais également interne du sujet se trouvent modifiés. Toute maladie

somatique grave est un moment de crise qui met à l'épreuve la relation avec nous-même et avec les autres, nos choix de vie, notre inscription dans l'histoire familiale.

La présence de troubles cognitifs place le sujet dans une **situation de dépendance physique, sociale et quotidienne** vis-à-vis de son entourage mais aussi dans un **état de dépendance psychique** faute de pouvoir s'appuyer sur ses propres représentations et ses perceptions de lui-même et de la réalité qui l'entoure. Ainsi, certains patients à cause de troubles de la mémoire, de troubles de la reconnaissance des objets (agnosie) ou de troubles de la reconnaissance des visages (prosopagnosie) ne peuvent plus s'appuyer sur leur propre système de représentation pour parler d'eux-mêmes et du monde qui les entoure. Ils utilisent souvent les paroles de leur proche comme ce qu'H.OPPENHEIM-GLUCKMANN appelle lors d'un colloque sur les troubles de la pensée et de l'identité<sup>5</sup> en 2002, des « *prothèses de représentations* » c'est-à-dire quand le sujet s'appuie sur des éléments extérieurs à lui-même pour tenter de se représenter sa maladie, sa biographie, le monde qui l'entoure faute de représentations internes.

Ainsi, c'est toute la vie du patient qui est remise en cause, il y a un « avant » et un « après » nécessitant une adaptation du quotidien, que ce soit du point de vue de l'environnement physique mais également humain (au sein de la famille, dans le contexte socio-professionnel) et une réévaluation des projets de vie au sens large. De plus, suites aux conséquences de l'AVC et de la perte d'autonomie, le patient peut parfois nécessiter d'une présence conséquente d'aides humaines au quotidien. Ceci vient également entraver les habitudes de vie antérieures et peut venir intruser l'équilibre familial.

## 6. Parcours de soin du patient

La prise en charge d'un patient victime d'AVC se fait suivant différents temps.

Tout d'abord, lors de l'apparition du déficit brutal neurologique qui correspond à une urgence médicale, on se trouve dans la **phase dite « pré-hospitalière »**. Le traitement des AVC reste conditionné par l'urgence du diagnostic et de l'orientation du patient vers l'unité neuro-vasculaire (UNV) la plus proche. Comme nous l'avons précédemment évoqué, seule l'imagerie cérébrale (IRM ou scanner) pourra permettre de confirmer le diagnostic et le type d'AVC constitué. Il s'agit donc de contacter les secours le plus rapidement possible en précisant l'heure de l'accident, les antécédents du patient et ses éventuels traitements médicamenteux.

---

<sup>5</sup> [https://www.canal-u.tv/video/ecole\\_normale\\_superieure\\_de\\_lyon/trouble\\_de\\_la\\_pensee\\_et\\_identite.4805](https://www.canal-u.tv/video/ecole_normale_superieure_de_lyon/trouble_de_la_pensee_et_identite.4805)

Ensuite on entre dans la **phase dite de « prise en charge aigüe »** qui correspond à la prise en charge en urgence dans une unité spécialisée permettant de confirmer le diagnostic et ainsi mettre en place le traitement adapté. On évalue l'heure exacte de la survenue de l'accident, le niveau de conscience du patient et ses constantes physiologiques. On administre l'échelle NIHSS (National Institut Of Health Stroke Score) qui sert à évaluer le déficit neurologique du patient en phase aigüe (plus le score est élevé, plus le déficit sera important, le score obtenu peut être une bonne prédiction du handicap résiduel du patient).

La phase suivante, dite de « **prise en charge thérapeutique** » de l'AVC sera différente qu'il s'agisse d'un AVC ischémique ou hémorragique. Concernant l'AVC ischémique et dans un délai de 4h30 après la survenue de l'accident, le traitement se fait par thrombolyse. Concernant l'AVC hémorragique, il nécessite l'intervention d'un neurochirurgien qui peut réaliser un drainage pour évacuer le sang lorsqu'il est trop important ou une embolisation.

Il s'agit ensuite de réaliser un bilan étiologique afin de rechercher la cause à l'origine de l'accident, d'éviter les complications et de prévenir les facteurs de risques de récives.

Une fois que le risque vital est écarté et que le patient est stable médicalement, nous nous trouvons à la **phase de « soins de suite »** où, une portion de patients rentre directement à domicile. Si le patient est indépendant dans les activités de la vie quotidienne et garde des déficiences, une prise en charge en ambulatoire est conseillée, soit en libéral soit dans des structures de Médecine Physique et Réadaptation (MPR), en hospitalisation de jour.

L'objectif principal de la rééducation après un AVC est de **limiter l'impact des conséquences physiques et neuropsychologiques de la lésion cérébrale sur la vie quotidienne du patient, de restaurer la plus grande autonomie possible et d'accompagner la réadaptation à la vie familiale, sociale et professionnelle.**

Il existe deux grandes options thérapeutiques complémentaires :

- Stimuler la récupération neurologique en activant la plasticité cérébrale, afin de diminuer au maximum les déficiences. Ceci doit être mis en route précocement, dès les risques vitaux écartés.
- Permettre au patient de mettre en place des stratégies d'adaptation, de compensation lorsque la récupération ad integrum n'est pas envisageable.

L'accident vasculaire cérébral, par ses différentes conséquences, va entraîner diverses formes de déficiences, d'incapacités, voire de handicap qui pourront être plus ou moins invalidants. Ceux-ci peuvent être à l'origine d'un décalage entre ce que la personne était avant et ce qu'elle est maintenant.

Comme nous l'avons vu, ces conséquences peuvent être motrices, sensibles, cognitives, psycho-affectives ...

En considérant la psychomotricité comme une discipline au carrefour du biologique, du psychologique et du social et en considérant que les fonctions motrices, le psychisme, les domaines affectif et relationnel sont intriqués et en permanente interaction ; **je pose alors l'hypothèse que l'AVC entraîne un réaménagement identitaire ayant des manifestations psychomotrices.**

## II. Le questionnement identitaire

Au cours de cette partie nous proposerons une définition du concept d'identité notamment grâce aux apports de la philosophie, de la phénoménologie et de la psychologie sociale. Dans un second temps, nous expliquerons à travers différentes notions, comment se construit l'identité d'un individu. Puis, nous développerons du point de vue de la psychomotricité, la place du corps comme support du sentiment d'identité (aussi appelé sentiment d'existence). Nous nous intéresserons par la suite au sentiment d'identité. Enfin, dans une dernière partie nous parlerons du questionnement identitaire après un AVC, en évoquant les concepts de handicap, de stigmates et de systémique.

Tout au long de cette partie et plus particulièrement lorsque j'évoquerai le sentiment d'identité, j'illustrerai à travers quelques vignettes cliniques **comment se manifeste la rupture de ce sentiment d'identité auprès des patients ayant subi un accident vasculaire** : questionnement qui a constitué le point de départ de ce mémoire.

### 1. Le concept d'identité : postulats théoriques et généralités

*« Il faut se rappeler que chaque science cherche à rendre compréhensibles les phénomènes qu'elle étudie. Rendre compréhensible un phénomène, c'est lui donner du sens dans un contexte d'autres connaissances préalablement acquises et rassemblées en « théorie » [...] Aucune science ne peut définir « l'identité totale » d'un acteur, chaque science en propose une approche, un point de vue qui s'apparente à la perception partielle de la subjectivité humaine. « L'identité totale » reste virtuelle. » (Mucchielli, 2011, p.5)*

Dès lors que l'on s'intéresse à la question de l'identité, on remarque très vite l'abondance des écrits concernant ce concept ainsi que la multiplicité des courants s'y étant intéressés. Parmi eux nous pouvons par exemple citer les sciences sociales, la psychologie, la psychanalyse, l'anthropologie, la philosophie ...

#### a. Apports de la philosophie et de la phénoménologie

Selon l'Encyclopédie Philosophique Universelle, **l'identité** est le « *caractère de ce qui est identique, du rapport de continuité et de permanence qu'un être entretient avec lui-même, au travers de la variation de ses conditions d'existence et de ses états.* » (Godin, 2004)

Pour Hegel « *le sujet est l'être qui fait l'épreuve de son être* ». Hegel, philosophe allemand et fondateur de la phénoménologie de l'esprit déplace la question de l'identité dans le champ des rapports sociaux. Selon lui, l'identité résulte alors de la reconnaissance réciproque du moi et de l'autre, elle naît d'un processus conflictuel où se construisent des interactions individuelles, des pratiques sociales et subjectives.

De ce fait, selon la phénoménologie, qui correspond selon J.DE AJURIAGUERRA « *au rapport de soi au monde* » : l'identité résulte de l'expérience qui est propre à chacun, elle est unique et se transforme tout au long de la vie au gré des situations, des contextes et des rencontres, des relations et des interactions.

### b. Apports de la psychologie sociale

Selon la **psychologie sociale**, l'**identité** apparaît comme la résultante d'un ensemble d'auto-processus génétique, cognitif, biologique et de processus relationnel, historique, culturel formant entre eux un système de causalités circulaires. Elle correspond à un ensemble de signifiants, de repères, apposés par des acteurs sociaux, au point d'articulation entre la personnalité de l'individu, l'idée qu'il a de lui-même et l'ensemble de son environnement qui agit sur lui.

Elle est un processus psychologique de représentation qui se traduit par le **sentiment d'exister en tant qu'individu un et unique et d'être reconnu comme tel par autrui** ; il donne lieu à un **sentiment d'estime de soi et de conscience de soi**.

Ainsi, l'identité permet à l'individu de se repérer dans le système et d'être lui-même repéré socialement. A.MUCCHIELLI la définit comme « *l'ensemble des critères qui permettent une définition sociale de l'individu ou du groupe, c'est-à-dire qui permettent de le situer dans la société* » (Mucchielli, 2011). Chaque individu est défini par les différents rôles qu'il doit remplir au sein des groupes auxquels il appartient. La notion d'identité est donc profondément liée à la structure sociale puisqu'elle se caractérise par l'ensemble des appartenances de l'individu dans le système social.

Cette identité est donc à la fois **subjective**, telle que l'individu la ressent ; il y a ici les **notions de sensations, perceptions et représentations** (je me sens ... je me trouve ...). Mais elle est aussi **objective** avec les notions d'inné et de biologique, elle est assignée de l'extérieur et nous permet de prendre part, d'être reconnu socialement comme individu faisant partie de la société.

Selon G-N.FISCHER, le concept d'identité désigne en psychologie sociale « *le point d'articulation entre la personnalité de l'individu et l'idée qu'il a de lui-même, et l'ensemble des facteurs qui, dans le contexte social dans lequel il est inscrit, agissent sur lui.* » (Fischer, 2010).

## 2. Construction de l'identité

### a. Le stade du miroir et le concept de narcissisme

**Le stade du miroir** est un concept développé par J.LACAN. Il correspond à un processus d'expérimentations entre 6 et 24 mois permettant **l'avènement de la subjectivité et de l'individuation** où suite à une mimique jubilatoire, l'enfant reconnaît son reflet comme étant lui, sujet unifié et différencié du corps de sa mère.

Dans un premier temps, l'enfant perçoit son reflet dans le miroir comme un être réel de chair et d'os qu'il cherche à saisir ou approcher. Il y a ici une double confusion : l'idée que sa propre image est vécue comme celle d'un autre et inversement, que l'image de l'autre peut être prise pour la sienne. L'enfant comprend ensuite que son reflet n'est qu'une image, mais elle n'incarne pas encore l'image de l'enfant lui-même. Enfin, suite à cette « mimique jubilatoire » l'enfant comprend que cette image correspond à son image, et qu'il est différencié du corps de sa mère. Cette étape nécessite le regard et la parole de l'adulte qui vient valider cette sensation d'être unifié et séparé.

Il est à noter que l'image de l'enfant dans les yeux, le discours des parents et de l'entourage participe pleinement à la constitution de cet avènement. L'entourage a ici une place prépondérante dans l'attribution de l'individuation et de l'identité de l'enfant.

Ainsi, ce stade du miroir est un élément essentiel à l'avènement de la subjectivité et de la constitution de l'identité. Il permet de **se constituer sujet**, de s'inscrire dans le présent et dans sa famille. Il permet également l'avènement du narcissisme primaire.

Le **narcissisme** qui correspond à « l'amour que l'on porte à soi-même » tient une place importante dans notre sentiment d'identité. Il peut être divisé en deux sous-stades :

- **Le narcissisme primaire** : il désigne un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même. Il correspond à l'illusion gratifiante et rassurante d'une toute puissance narcissique où l'enfant se procure par lui-même la satisfaction libidinale sans relation avec l'objet. Il correspond donc au socle à partir duquel l'enfant va progressivement accéder au principe de réalité et pouvoir tourner cet investissement libidinal vers les autres.

- **Le narcissisme secondaire** : correspond à l'évolution du narcissisme primaire lorsque l'investissement libidinal de l'enfant se tourne vers les autres, on parlera alors de relation objectale (l'autre étant considéré comme objet de rencontre et d'investissement). Il désigne le fait de s'aimer soi-même comme modèle complémentaire d'autrui. Il est important de s'aimer soi-même car pour pouvoir aimer les autres il faut pouvoir, avant tout, s'aimer soi-même.

Ce narcissisme, cette idée de « s'aimer soi-même » peut être largement entravé par les répercussions corporelle, psychique et cognitive de l'AVC. Nous aborderons cela plus loin.

#### b. Le double phénomène d'identification

Pour R.DORON et F.PAROT : « *l'identité personnelle résulte de l'expérience propre à un sujet de se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique, dans sa réalité physique, psychique et sociale. L'identité personnelle est un processus actif, affectif et cognitif de représentation de soi dans son entourage associé à un sentiment subjectif de sa permanence.* » (Parot et Doront, 1991).

Le fait de « *se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique* » renvoie au **phénomène d'identification** et à la reconnaissance sociale. En effet, on peut dire que l'identité se constitue et se différencie sur une succession d'identification.

Selon LAPLANCHE et PONTALIS, l'identification à autrui est un : « *processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci.* » (Pontalis, 1975).

Ce processus d'identification est d'abord un processus inconscient avant de devenir le désir conscient « d'être comme » ou de « ne surtout pas être comme » (dans ce cas, on parlera plutôt de contre-identification). Cette notion « d'identique » est donc à nuancer, car lorsqu'on s'identifie à quelqu'un, on prend quelque chose de lui que l'on va s'approprier mais on le transforme un petit peu pour le mettre en soi. Ce processus peut aussi être rapproché d'une recherche de réassurance : en trouvant chez l'autre un élément de partage, un point commun, quelque chose qui nous rapproche, cela nous permet de nous sentir en confiance et vient faciliter les interactions. En « s'identifiant à » on fait de l'inconnu quelque chose de connu, indispensable au **sentiment de sécurité psycho-affectif**, nécessaire à **l'élaboration des relations interpersonnelles**.

Ainsi, considérer l'identité implique qu'on ne peut pas ne pas situer l'autre par rapport à soi. Il s'agit de considérer l'Autre, acteur social, comme partenaire dans la constitution de cette identité.

Les **figures d'identifications** sont multiples, les premières correspondant aux figures d'identifications parentales qui sont fondamentales pour la formation de la personnalité et qui permettent l'individuation, la subjectivation. Mais elles ne sont pas les seules à contribuer à l'édification et à l'affirmation de l'identité de l'individu, il y en a tout au long de la vie, à chaque étape, à chaque âge. Il peut s'agir d'un camarade de classe, d'un frère ou d'une sœur, d'un professeur, d'une célébrité mais également d'un groupe de référence. Ce groupe de référence représente un groupe modèle dont on aspire à prendre les normes, les valeurs, les opinions et les modèles de conduite (il peut être réel et actuel, historique ou imaginaire et mythique). Ces figures d'identifications correspondent donc à des modèles, à un idéal qu'on aimerait atteindre et dont on va adopter certains fragments ...

L'individu trouve donc ses modèles identificatoires, fondement de son **identité individuelle et singulière** dans son environnement social.

Ainsi, on va pouvoir s'identifier à l'autre mais on va également pouvoir identifier l'autre, en le reconnaissant à certains signes, selon notre système de référence. Le résultat de cette identification va orienter les processus de communication et d'interaction et de fait, notre façon de nous adresser à lui. Le fait d'identifier l'autre va donc orienter l'ensemble de nos conduites sociales.

En effet et de manière générale, nous pouvons remarquer que nous ne nous adressons pas de la même manière lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. Aussi, lorsque nous nous adressons à un professeur, à un supérieur hiérarchique ou bien à une figure d'autorité, nous ne l'abordons pas de la même manière que notre famille ou nos collègues de promotion. Nous pouvons aussi remarquer cela par exemple lorsque nous marchons dans la rue et que l'on croise un homme en costume trois pièces, une femme qui porte des talons hauts, un sans domicile fixe, une adolescente aux cheveux courts ... Toutes les idées préconçues et les préjugés, les stéréotypes que nous avons à l'esprit et qui ont façonné notre manière d'être et de penser nous influencent dans les processus de communication et d'interaction.

### c. L'identité en sciences humaines : une notion plurielle et singulière

Ainsi, l'**identité** est une notion à la fois **plurielle** car elle appartient à un ensemble (société, famille ...) et **complexe** car elle peut être définie de différentes manières en fonction

du courant qui s'y intéresse. Elle correspond également à quelque chose de **singulier** : elle est le caractère de ce qui est un et unique.

Cette notion d'identité s'appuie sur des catégories de **référents identitaires** qui peuvent être :

- **Matériels et physiques** : ils comprennent les possessions (nom, territoire, argent, habitation, vêtements ...), les potentialités économiques/intellectuelles/physiques, l'organisation matérielle et les apparences physiques (traits distinctifs et morphologiques ...)
- **Historiques** : ils correspondent aux origines (avec la notion d'acte fondateur, de naissance, de filiation, les mythes de création et les héros fondateurs), les événements marquants (éducation, influences reçues, ...) et les traces historiques telles que les croyances et coutumes, les habitudes venant de l'éducation ou de l'acculturation, les lois ou les normes trouvant leur origine dans le passé.
- **Psychoculturelles** : ils comprennent le système culturel (avec les prémisses, les croyances, les codes et idéologies, le système de valeurs ...), la mentalité (vision du monde, normes groupales, habitudes collectives ...) et le système affectivo-cognitif avec les traits de psychologie propre, les attitudes, le système de valeurs ...
- **Psychosociaux** : ils contiennent les références sociales (nom, statut, âge, sexe, profession, pouvoir, devoirs, rôles sociaux, ...), les attributs de valeur sociale (décorations, grades, compétences reconnues, ...), la psychologie de l'individu (sa vision du monde, ses projets et enjeux, son vécu, ses actions typiques ...) et les potentialités de devenir (capacités, satisfactions et frustrations, motivations, stratégies, adaptation ...).

Rares sont les définitions de l'identité s'intéressant à l'ensemble de ces référents identitaires. Il convient, lorsqu'on essaie de définir sa propre identité ou l'identité d'un autre individu d'en sélectionner quelques-uns. Ainsi, dans l'identification on retient, d'une part les caractéristiques essentielles et, d'autre part, les caractéristiques marquant la dissemblance : le fait d'être reconnu comme un individu un et unique, mais également identique.

Elle s'appuie également sur ce qu'on appelle des **noyaux identitaires**, qui vont influencer, constituer et déterminer les référents identitaires. On retrouve :

- le **noyau identitaire individuel** : il correspond à la structure de la personnalité qui va sous-tendre les actes de l'individu : toutes les expériences qu'il aura vécu, qu'il va transformer et pouvoir réutiliser,

- le **noyau identitaire groupal** correspond quant à lui au système du groupe avec sa propre histoire de groupe, sa propre culture, ses attitudes,
- le **noyau identitaire culturel** : qui inclut les croyances, les normes et les valeurs. Il s'agit de la partie intériorisée dans les psychismes à laquelle on se réfère de manière inconsciente

De ce fait, **l'identité permet de se sentir exister et de se vivre comme un individu un et unique, mais également identique et pris dans un ensemble**, dans une descendance transgénérationnelle, dans une descendance phylogénétique, dans un groupe social qui permet le partage et la reconnaissance à la fois comme **semblable et différent**.

L'identité peut donc être définie selon de nombreux critères qui dépendent du contexte environnemental, social et culturel. **Elle n'est pas figée et se façonne, se précise, par un processus dynamique, tout au long de la vie du sujet dans un lien toujours renouvelé à son environnement**. C'est une réalité qui évolue par ses propres processus d'identification, d'assimilation et de rejet sélectifs.

Ainsi, on peut dire que l'individu adapte son discours et son comportement selon le contexte dans lequel il s'inscrit. On pourrait donc dire qu'il y a autant de façons possibles de définir une même personne que de contextes, ce qui revient à émettre l'hypothèse selon laquelle il y a autant d'identités que de contextes.

Pour A.KARDINER, repris par A.MUCCHIELLI : l'identité est d'ailleurs, avant tout un système d'action et d'adaptation à l'environnement avant d'être un système de structuration interne (Mucchielli, 2011).

d. L'identité en psychomotricité : la place du corps comme support de l'identité et du sentiment d'existence

Le paradigme de base de la psychomotricité indique que : *« le développement et le fonctionnement humain comprennent trois volets absolument indissociables et en permanente interaction : la motricité, les sensations et les représentations »*. Il s'agit donc d'une discipline qui s'intéresse à la liaison constante du corps et de l'esprit.

Ainsi comme le souligne SPINOZA dans *« L'Ethique »* : *« L'objet premier du penser est le corps. Le corps est à l'origine des idées dont les pensées constituent l'esprit humain »*. (Spinoza, 1677). Cela signifie que **le corps est à l'origine de l'idée que l'on a de nous-même**. En d'autres termes, la conscience de soi, les notions de moi et de subjectivité se construisent en

se basant sur le corps et sur les mouvements qui affectent le corps – entendons ici par mouvements les comportements, les émotions et les sentiments. Ceci indique le lien constant entre le corps et l'esprit, et ici, le **rôle du corps comme support de l'identité**.

SPINOZA, en inversant la proposition cartésienne du *Cogito ergo sum* (*je pense donc je suis*), va dire « *Je suis donc je pense* ». Selon lui, il ne peut pas ne pas y avoir de pensée non corporelle, elle est toujours incarnée. Une pensée n'est pensée que s'il y a, en premier lieu, un corps qui soutient cette pensée. Ainsi, l'idée d'unité se base sur la conscience d'un corps un et indivisible. Cette subjectivité n'est pas innée ou donnée en soi, elle se construit, notamment à travers le stade du miroir et donc dans la relation à l'autre. On peut ici citer E.LEVINAS qui dit que « *je ne suis rien sans l'autre* » et parle même « *de l'inextinguible dette du rapport originaire à l'autre* ».

HUSSERL en développant le concept de corporéité et de corps propre précise que le **corps est le lieu des perceptions, des émotions, de la pensée, de la parole, de l'expression**. Le corps propre est le médiateur des affects et le point de rencontre de toutes les expériences, de toutes les découvertes.

Par l'ensemble des sensations éprouvées et perçues, par l'expérience et par les différents mouvements qui affectent le corps, par sa fluidité et par sa spontanéité, l'individu peut se percevoir comme un tout et attribuer chacune des parties de son corps à soi-même.

Ainsi comme le dit S.FREUD : « *Le Moi est d'abord corporel* ».

Petit à petit, par l'intériorisation mentale de l'ensemble des sensations corporelles et de ses expériences, l'individu va pouvoir **s'autonomiser** et progressivement **construire des repères d'être et d'agir** en élaborant son **unité psychomotrice** et ainsi **affirmer son identité**. Cette unité psychomotrice s'actualisera tout au long de la vie, au gré des expériences et des interactions et constitue ce qu'on peut appeler la **manière d'être au monde** d'un individu.

Comme le dit P.CARDON : « *L'identité d'un individu s'éprouve. L'identité est vécue parce que toujours soumise au changement corporel [...] elle se conçoit comme expérience essentiellement dynamique et incarnée* » (Cardon, 2012, p.220).

### 3. Le sentiment d'identité

Pour illustrer cette notion, je m'appuierai essentiellement sur les travaux d'A.MUCCHIELLI, qui propose une synthèse de différents auteurs et courants s'étant intéressés à l'identité.

G.H.MEAD propose dans un premier temps de distinguer trois instances psychosociologiques afin de préciser les composantes du sentiment d'identité : le Moi, le Je et le Soi (Mead, 1963).

- Le **Moi** correspond aux rôles des autres intériorisés et assumés par l'individu. Ainsi, c'est par le Moi que la société est présente en chacun de nous et exerce un contrôle sur nos actions. La psychanalyse et plus particulièrement S.FREUD dans sa deuxième topique définit le Moi comme « se situant entre les exigences pulsionnelles du ça et les exigences interdictrices du surmoi » il correspond à la partie défensive de notre personnalité, il assure sa stabilité en l'empêchant de libérer ses pulsions au quotidien.
- Le **Je** correspond à la connaissance que l'on a de soi-même.
- Le **Soi**, selon G.W.ALLPORT repris par A.MUCCHIELLI correspond à « *la présence en nous qui nous fait ressentir et unifier un ensemble d'états éprouvés* » (Mucchielli, 2011, p.64). Il est à l'origine de ce que D.W.WINNICOTT appelle le **sentiment continu d'exister**. Il s'agit d'une articulation entre changement et permanence et, il est utilisé en psychologie, pour désigner l'identité.

Le **sentiment d'identité** peut donc être corrélé à la **conscience de soi** ; il s'agit de devenir un objet pour soi en lien avec l'Autre. Elle apparaît comme un ensemble de sentiments, d'identifications et d'expériences vécues au regard des relations à l'autre tout au long de la vie.

Selon A.MUCCHIELLI, le **sentiment d'identité** peut se décomposer en une série de neuf sentiments reposant sur la permanence des processus d'évaluation et d'intégration-identification.

Il est à noter que ces différents aspects à l'origine du sentiment d'identité sont à mettre en lien avec un ensemble de besoins fondamentaux de la nature humaine, à savoir : le **besoin de sensations**, le **besoin de points de repères**, le **besoin de considération** (reconnaissance), le **besoin de possession**, le **besoin de connaissances** et le **besoin d'objectifs**.

Nous allons donc détailler ces neuf sentiments constitutifs du sentiment d'identité, tenter de les définir et de comprendre les conséquences lorsqu'ils font défaut. Enfin, nous allons essayer de voir, comment ils pourraient être impactés par l'AVC.

a. Le sentiment de son être matériel

Il s'agit de la conscience d'un ensemble de sensations corporelles propres qui prennent leurs origines dans le **schéma corporel**.

Selon J.DE AJURIAGUERRA, le schéma corporel est « *édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » (Ajuriaguerra, 1970).

Le schéma corporel correspond donc à l'ensemble des sensations et impressions corporelles permettant tout acte ou perception, orientés dans le temps et dans l'espace, en relation à soi, à l'autre et à l'environnement où ils prennent une signification. Il s'agit d'un ensemble de sensations qui nous rappellent constamment que « nous sommes nous ».

Le schéma corporel est, en psychomotricité, étroitement lié à la notion d'**image du corps**, qui correspond selon F.DOLTO à « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant.* » (Dolto, 1984, p.22) - concept sur lequel je reviendrai plus loin de manière plus détaillée.

L'atteinte du **sentiment de son être matériel**, et plus généralement du schéma corporel, peut donc entraîner un sentiment de dépossession de son être matériel et donc composer une atteinte au sentiment d'identité.

Il a d'ailleurs été prouvé, à travers les expériences du neuropsychologue D.HEBB que les expériences de privation sensorielle qui consistent à réduire autant que possible les perceptions sensorielles du sujet par divers dispositifs associés à un enfermement dans une pièce étroite entraînent, au bout de quelques jours, des hallucinations importantes et aboutissent à un chaos existentiel insupportable.

Mme M. est une patiente de 68 ans qui a constitué un AVC ischémique à gauche. Elle est suivie en psychomotricité à raison de deux séances par semaine. Je note depuis le début de mon stage une aggravation constante de ses troubles locomoteurs qui sont à l'origine d'une perte d'autonomie très importante. Du fait de ses difficultés elle bénéficie d'une aide à domicile importante pour le lever et le coucher, mais également pour l'aider à préparer ses repas et à aller aux toilettes. Mme M. est une dame intelligente et extrêmement cultivée. Elle peut alors se définir comme « *un pantin* », comme « *un cobaye* » ou bien même encore se comparer à « *la marionnette guignole* ». A travers ces mots très durs envers elle-même elle m'explique « *vous savez, j'ai toute ma tête encore, et c'est ça le plus difficile, j'ai 68 ans, je le sais que ça ne va pas ... je n'ai plus que ma tête, mon corps il s'est barré, il a foutu le camp* ». On voit ici chez Mme M. l'importance de l'atteinte de ce sentiment d'être matériel et son impact d'un point de vue identitaire.

#### b. Le sentiment d'appartenance

Il prend ses sources dans les relations précoces que le nourrisson établit avec ses parents. « *Il résulte de l'intégration et de l'assimilation des valeurs et des normes sociales* » (Mucchielli, 2011, p.66). Ainsi, ces imprégnations socioculturelles, identiques pour les individus d'un même groupe sont à l'origine des modes de communications et de compréhensions.

Ce **sentiment d'appartenance** permet à l'individu de se sentir inclus au sein d'un groupe qui le considère à la fois comme un et unique et à la fois comme identique du fait des sentiments et des valeurs partagées. De ce fait, l'individu prend une place et un rôle, définis au sein du groupe.

On peut donc voir ici l'importance de ce sentiment d'appartenance pour l'affirmation du sentiment d'identité de l'individu. Ainsi, les phénomènes d'exclusion sont vécus comme une sorte de privation de son identité.

#### c. Le sentiment d'unité et de cohérence

Il se construit progressivement dans le psychisme et correspond à la « *somme de toutes les expériences affectives, relationnelles, cognitives et intellectuelles* » (ibid, p.68). Il oriente les perceptions et sous-tend les conduites. Il assure la **cohérence finale** de l'être ; c'est le **sentiment de se sentir soi**, un individu un et unique quel que soit le contexte.

En s'étayant sur les expériences affectives, relationnelles et cognitives ; un déficit au sein d'une seule de ces sphères pourra être à l'origine d'un défaut d'unité et de cohérence de soi. Ainsi, les atteintes cognitives causés par l'AVC pourront être à l'origine d'un défaut d'unité et de cohérence, entravant donc le sentiment d'identité du patient.

Lors d'un reportage au sein de l'émission Allô Docteurs, présentée par M.CYMES et M.CARRERE-D'ENCAUSSE, un patient témoigne « *Je suis tombé et il y a eu un morceau de moi qui n'était plus là [...] il faut que je réapprenne tout, tout seul* ». A travers ce témoignage, nous pouvons percevoir l'importance de l'atteinte du sentiment d'unité et de cohérence et son retentissement dans la vie du patient.

#### d. Le sentiment de continuité temporelle

C'est le fait que le sujet se perçoit **comme le même** dans le temps et se représente les étapes de sa vie dans un **continuum**. Et ce, malgré les changements et l'évolution de son identité au cours du temps. Le changement étant la condition *sine qua non* de tout développement, ce sentiment de continuité paraît donc comme assez remarquable.

Il se fonde sur une certaine permanence corporelle (le corps ne change pas de manière radicale du jour au lendemain) ainsi que sur la mémoire et sur le travail psychique permanent de synthèse des expériences vécues. En effet, même si l'histoire d'un individu est marquée par différents changements, le psychisme réalise constamment la synthèse des informations que l'on possède sur nous-mêmes.

Ainsi, « *le sentiment d'identité demeure tant que le sujet parvient à donner aux changements et aux altérations le sens de la continuité* » (ibid, p.70). De ce fait, lorsque les différences sont perçues comme des ruptures dans lesquelles le sujet ne peut se reconnaître alors s'ouvrent ce que l'on appelle « **des crises d'identité** ».

Lors d'un AVC, la plupart des patients que j'ai eu l'occasion de rencontrer évoque ce défaut de sentiment de continuité d'être. La plupart des patients expriment « *ne plus se reconnaître* » et « *vouloir retrouver leur vie d'avant* ».

Dans le reportage « Comprendre le traumatisme crânien et les autres lésions cérébrales acquises » réalisé par l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens et de Cérébrolésés ; une patiente témoigne : « *je me sens perdue, inutile, je voudrais revenir quelques années en arrière pour reprendre ma vie d'avant ; je me sens comme un fantôme, je suis moi sans être moi* ».

#### e. Le sentiment de différence

Il correspond au fait qu'un individu puisse se vivre comme **différent de l'autre**, dans son **individualité** et dans sa **singularité**. Il est essentiel à la prise de conscience de son identité et prend son origine dans le stade du miroir que nous avons évoqué plus haut : on ne peut se sentir Soi que lorsque l'on se vit comme différent de l'autre.

#### f. Le sentiment de valeur

Ce sentiment de valeur est en lien avec ce qu'on appelle « **la désirabilité sociale** » c'est-à-dire que chaque individu cherche à se faire valoir aux yeux d'un autre dont le jugement a une valeur. Ainsi, avoir le sentiment d'être c'est avoir de la valeur pour quelqu'un d'autre qui est socialement signifiant et digne d'intérêt : « *Etre quelqu'un pour quelqu'un d'autre, tel se manifeste en définitive le désir d'identité.* » (ibid, p.72).

Ce sentiment de valeur correspond à **l'estime de soi**, qui permet d'acquérir un **sentiment de confiance et de sécurité interne**, nécessaire à **l'affirmation de son identité**. Il s'acquiert donc dans le lien à l'autre. L'estime de soi constitue un sentiment fondamental concernant **la force vécue de l'identité**.

Ainsi, ce sentiment de valeur peut être mis à mal suite aux multiples atteintes de l'AVC.

#### g. Le sentiment d'autonomie

Il correspond à l'autre face du sentiment d'appartenance. En effet, un sujet ne peut affirmer son identité que s'il peut à la fois se sentir appartenir à un groupe et se sentir autonome par rapport à ce-dernier. C'est la possibilité après l'apparition du « Je » dans le développement de l'enfant, de faire l'expérience d'une liberté des choix et de la notion d'éventualité. Ceci permet le doute et ouvre la voie à l'activité intellectuelle : « au penser ».

« *Le sentiment d'autonomie fonde la possibilité de pensées, de décisions et d'actes personnels* » (ibid, p.75).

#### h. Le sentiment fondamental de confiance

Il se fonde sur la qualité de la relation affective du nourrisson avec ses parents. Il nécessite donc un lien d'attachement et des relations précoces stables permettant l'instauration d'un **sentiment de sécurité interne**. Il s'agit donc d'un **sentiment de confiance de base**, qui **permet le fonctionnement des processus cognitifs d'intégration**.

Certains psychopathologues ont montré que lorsque ce sentiment de confiance n'est pas intériorisé de façon suffisamment stable, « *l'individu essaye désespérément de refouler,*

*projeter, sublimer ou annuler l'angoisse qu'il ressent* » (ibid, p.76). car il n'a pas les capacités de résoudre cette angoisse.

### i. Le sentiment d'existence et l'effort central

Selon ALLPORT, « *un individu doit avoir un objectif défini, un avenir d'espoir* » ; ainsi, il s'agit pour chaque individu de s'inscrire dans un projet d'avenir qui serait une « *intentionnalité générale qui sous-tend l'être dans ses efforts de vie* » (ibid, p.76).

Il pourrait alors être défini comme un **projet identitaire** ayant pour finalité inconsciente l'orientation de tous nos comportements et décisions. En d'autres mots, il s'agit de la possibilité pour un individu de trouver un **thème central d'effort**, guidant ses manières d'être et d'agir, donnant un sens à sa vie et participant à l'accomplissement de sa personne. Pouvoir réaliser ses motivations et mettre en jeu les valeurs qui orientent sa vie donne à l'individu une sensation de bien-être psycho-social. Ce thème d'effort central nécessite donc une **vision d'avenir** et peut être bousculée lors de chocs ou de traumatismes divers. Les individus « ne savent plus où ils en sont » et mettent quelques temps à retrouver un sens à leur vie.

Aujourd'hui je rencontre Mr B. lors d'un entretien. Mr B. est un patient âgé de 31 ans, marié et père d'une petite fille de 2 ans. Depuis un accident embolique, Mr B. ne marche plus et « *ne peut plus contrôler ses jambes* », aucune cause étiologique n'a pu être retrouvée. Lors de l'entretien, on peut voir que Mr B. est très touché par la situation et souffre d'un véritable effondrement narcissique. Il peut nous confier qu'il « *ne peut pas rester comme ça, c'est impossible* ». Il souhaite absolument retrouver la marche, pour retrouver sa vie d'avant, son travail et qu'il souhaite par-dessus-tout pouvoir prendre sa fille dans ses bras et s'occuper d'elle. On remarque tout au long du séjour que Mr B. se démène et prend une part très active au sein de la prise en soin, écoutant et mettant en place chaque conseil prodigué par l'équipe de rééducation afin de pouvoir mener à bien son projet, ici considéré comme thème d'effort central, et ainsi se revaloriser narcissiquement et d'un point de vue identitaire.

On a pu voir au fil de ce développement que ces neuf composantes, lorsqu'elles sont entravées, entraînent un **défaut du sentiment d'identité**. Un bouleversement ou un défaut d'un seul de ces sentiments, consécutif à un défaut d'intégration, à un choc ou un traumatisme, peut venir constituer un ébranlement identitaire.

Nous pouvons alors nous demander **comment l'AVC qui constitue un traumatisme brutal dans la vie du patient, peut-il impacter ce sentiment d'identité ?**

#### 4. Le questionnement identitaire après un AVC

##### a. L'AVC : une maladie chronique à l'origine de pertes et de deuils multiples

Par ses nombreuses atteintes à plus ou moins long terme, l'AVC fait partie des maladies dites « **chroniques** » et est considéré par l'Assurance Maladie comme une Affection de Longue Durée (ALD). Il s'agit d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ouvrant droit, pour ceux qui en sont atteints, à l'exonération du ticket modérateur (c'est-à-dire à la partie des dépenses de santé qui restent à la charge du patient). C'est-à-dire à une prise en charge intégrale de leurs frais de traitement, dans la limite du périmètre remboursable.

Selon le Ministère des Affaires sociale et de la Santé<sup>6</sup> : « *une maladie chronique correspond à une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves* ». Ces pathologies évoluent plus ou moins rapidement au rythme des complications plus ou moins graves. Elles provoquent souvent des situations de handicap temporaire ou définitif. Elle est, par définition, d'origine multifactorielle et non guérissable. Selon l'OMS : « *elles retentissent sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade* ».

Comprendre la maladie chronique c'est **accepter l'idée de vivre sans guérir, supporter une existence qui intègre la douleur et l'incertitude, réussir à continuer à penser en conjuguant sa définition intime avec celle de la maladie.**

La maladie chronique correspond à une **véritable perturbation identitaire et biographique** pouvant aller jusqu'à la crise existentielle. Les patients peuvent alors se demander : pourquoi moi ? pourquoi maintenant ? avec une recherche de causalité qui permet au patient de s'adapter, à son rythme, à l'annonce et à la situation.

Mme M. : « *Vous savez j'ai toujours été de nature positive. Mais là c'est trop. Je me demande bien ce que j'ai pu faire pour mériter ça ; pour finir comme ça, dans cet état ... J'ai forcément du faire quelque chose qui n'allait pas.* »

<sup>6</sup> <http://www.social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>

On peut observer une diminution considérable du sentiment de contrôle et de mobilisation de ses ressources, ayant un retentissement sur les interactions et sur les relations à l'autre et à son environnement. La **perturbation du sentiment de continuité de soi** et de **réduction de son identité subjective à la maladie** nécessite un travail psychique de **conciliation entre soi et la maladie** avec une **nouvelle identité à construire**.

Du fait des difficultés et des retentissements causés par l'AVC, le malade doit faire le deuil des capacités d'avant la maladie, de certains rôles qu'il pouvait occuper (sociaux, professionnels, dans les loisirs ...), et de la perte de certains projets tels que familiaux, professionnels, socio-culturels, sportifs ...

Ainsi, on observe une coupure dans le rapport au temps, une **rupture dans l'existence du sujet** : il y a un **avant** et un **après** l'accident. L'annonce de la chronicité de la maladie entraîne des perturbations symboliques, sociales, physiques et engendre une modification de la capacité dynamique à se projeter dans l'avenir. Du fait des difficultés et des répercussions de l'AVC, cette nouvelle temporalité vient modifier les projets de vie et le futur de manière générale. Les projets sont ainsi renvoyés à un « futur hypothétique » voire totalement censuré.

#### b. Place dans la systémique familiale

Le fait d'avoir une lésion cérébrale avec des troubles cognitifs, tel que peut l'entraîner l'AVC, est une expérience existentielle majeure, aussi bien pour le patient que pour l'entourage car **le trouble cognitif atteint le sentiment de son identité subjective, le sentiment de continuité de soi et d'existence**. Il nécessite donc d'apporter une attention particulière à l'entourage.

Ainsi, comme le souligne H.OPPENHEIM-GLUCKMAN : « *C'est la relation à soi-même, aux autres, au monde qui est bouleversée* » (Oppenheim-Gluckmann, 2013).

La famille correspond à un système d'appartenance au sein duquel il existe une boucle complexe entre identité et appartenance ; il peut être considéré comme un système qui organise une coévolution des individus qui le constituent. La maladie prend une place dans une organisation complexe qui comprend plusieurs sous-systèmes qui cohabitent : couple conjugal, fratrie, binôme parental, ... pouvant ainsi modifier l'ensemble de l'organisation originelle.

Les retentissements de l'AVC bouleversent l'équilibre relationnel et vient changer les codes, les places et les rôles de chacun. L'entourage ne reconnaît plus le proche dans sa spontanéité, le mode relationnel a changé. Les habitudes de vie ont également changé et

demandent beaucoup d'énergie, nécessitent de se décentrer du fonctionnement d'avant et d'entrer dans un fonctionnement différent, nouveau et inconnu.

Comme le montre l'article « *Le lien familial à l'épreuve du handicap* » (Destailats et al, 2007), cet accident peut être à l'origine de différents remaniements et entraîner deux crises :

- **une crise auto-référentielle** quand l'état antérieur du fonctionnement se trouve modifié, le traumatisme attaque le lien, les équilibres antérieurs, les projets individuels et collectifs de chacun,
- **une crise hétéro-référentielle** qui apparaît du fait de la confrontation entre le groupe d'appartenance (famille, amis ...) et les groupes d'inclusions (institution soignante). Cette confrontation peut entraîner un sentiment de doute et d'incompétence de la famille.

Ainsi, on peut voir que lors de traumatismes graves, chacun au sein de la famille va être affecté dans la distribution des fonctions et des rôles ; il en est de même pour la construction de l'histoire familiale et des liens. **On pourrait dire qu'il y a traumatisme familial tout autant qu'il y a traumatisme crânien.**

Il apparaît ici indispensable de prendre en compte ces phénomènes dans la construction du projet thérapeutique du patient, d'**aider** et d'**accompagner les familles** afin d'éviter les ruptures et les phénomènes d'isolement et de régression.

Aujourd'hui, nous voyons Mme T. lors de sa séance en psychomotricité suite à la visite à domicile afin d'évaluer les différents aménagements nécessaires à son retour. Mme T. présente une maladie de Parkinson, elle est hospitalisée des suites d'une chute ayant entraîné une fracture de hanche. Elle nous explique alors « *vous savez, mon mari il n'était pas vraiment content de votre venue. Et puis, il n'est pas d'accord pour qu'on enlève tous les tapis où qu'on réalise des travaux dans la cuisine ... Après tout c'est notre décoration à nous. Il dit que je vais m'en remettre et que ça va aller, qu'il n'y a pas besoin de tout ça* ». On remarque ici que le mari de Mme T. ne semble pas mesurer l'importance des troubles de sa femme ; ni accepter que le retentissement de sa pathologie entrave leurs habitudes de vie antérieures. On peut aussi voir ici que l'intrusion par l'équipe soignante au domicile vient renforcer ce sentiment de crise hétéro-référentielle chez ce monsieur.

## 5. Les notions de stigmates et de handicap

L'AVC de par ses multiples atteintes, qui peuvent être comme nous l'avons vu précédemment : motrices, sensitives, cognitivo-comportementales ou bien encore psycho-affectives, peut être à l'origine de **séquelles** plus ou moins invalidantes, voire de situation de **handicap**.

Comme le mentionne I.VILLE citée par P.CARDON « *Le handicap se conçoit comme constitutif du sujet, c'est-à-dire comme une expérience à travers laquelle le soi s'éprouve, se développe et se transforme* » (Cardon, 2012, p.229)

Selon la loi handicap du 11 février 2005 : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

Ainsi, si les séquelles de l'AVC telles que l'hémiplégie ou l'aphasie apparaissent comme fréquentes et visibles, il existe des **handicaps dits « invisibles »** tels que des troubles de la concentration, une fatigue importante entravant le patient dans son retour à la vie sociale et professionnelle. Souvent très peu diagnostiqué ; lorsqu'il est mis en évidence il peut être à l'origine de **stigmatisations** importantes et sources de difficultés au quotidien, dans la vie personnelle, sociale et professionnelle.

Témoignage d'une patiente : « *Comme c'est un handicap invisible, les gens oublient très vite que vous êtes handicapés et reprennent leurs habitudes, ils oublient très vite que vous êtes en difficultés en permanence* ».

Selon E.GOFFMAN « *la stigmatisation d'un handicap est le résultat d'un écart à la norme que le groupe dominant, non affecté par ce handicap, catégorise et investit de représentations et de significations* » (Goffman, 1975).

Le handicap de façon globale peut être source de **stigmatisations** mais elles sont d'autant plus fréquentes lorsqu'il s'agit d'un **handicap invisible**. Il convient alors de distinguer les raisons sociales de cette stigmatisation :

- Concernant les **handicaps visibles**, on parle **d'individu discrédité**. C'est la question de l'identification de la personne au handicap qui se pose. L'image que la société renvoie de l'individu handicapé tend à le réduire au handicap, entraînant un phénomène d'interrogation et de vacillement identitaire, l'individu est alors d'abord considéré comme « un handicapé » avant d'être considéré comme un sujet à part entière.
- Concernant les **handicaps invisibles**, on parle **d'individu discréditable**. C'est au contraire, l'absence de l'image du handicap qui est pointée. La société renvoie une image d'individu sans handicap dont la seule volonté devrait suffire à corriger les difficultés de fonctionnement. Ainsi, les efforts réalisés par l'individu pour compenser ce handicap ne sont pas reconnus.

Cette stigmatisation est source de difficultés psychologiques et relationnelles et peut être à l'origine d'une perte de l'estime de soi et d'un sentiment de culpabilité, d'isolement social, de syndrome anxio-dépressif, de troubles de l'humeur ... Le stigmatisme affectera, de façon plus générale, le sentiment d'identité de l'individu.

Toute personne, nouvellement porteuse d'une maladie chronique se refuse à être étiquetée et identifiée uniquement par sa maladie, souhaitant une reconnaissance sociale en tant qu'individu et non en tant qu'handicapé.

Il n'est donc pas rare de rencontrer des patients qui refusent d'évoquer et d'explicitier ces « handicaps invisibles » au sein par exemple de leur sphère sociale et/ou professionnelle, dans le but de ne pas être stigmatisé, considéré seulement à travers le prisme de leurs difficultés. Il faut donc être vigilant à tout cela car les patients peuvent se retrouver dans des situations ou des contextes peu voire pas du tout appropriés et ainsi, induire des troubles supplémentaires.

On remarque donc que l'AVC peut entraîner **une atteinte de chacune de ces neuf composantes du sentiment d'identité**, le patient subit alors une sorte de **vacillement identitaire**. Ainsi, **l'identité n'est pas rompue**, mais elle devient **fragile**, mettant alors à mal **l'équilibre psychocorporel du patient**. De plus le fait de présenter un handicap peut être à la base de difficultés sociale et relationnelle, l'acceptation de cette nouvelle identité « avec la maladie chronique » peut entraîner un repli sur soi et/ou des comportements inadaptés.

En considérant le **corps comme support du sentiment d'identité**, je pose alors **l'hypothèse que le réaménagement identitaire post-AVC peut être accompagné en psychomotricité**.

Ainsi, je me pose alors la question suivante : **Comment le psychomotricien, qui s'intéresse à l'indissociabilité du corps et du psychisme, peut-il de par son approche spécifique, agir sur le réaménagement identitaire des patients présentant un AVC ?**

### **III. Lecture psychomotrice des manifestations cliniques du réaménagement identitaire post-AVC**

#### **1. Présentation du lieu de stage**

##### **a. Description et fonctionnement général**

Dans le cadre de ma troisième année de formation, j'ai pu effectuer mon stage au sein d'un Centre de Médecine Physique et de Réadaptation aussi appelé centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Selon l'Union Européenne des Médecins Spécialistes, les centres de rééducation fonctionnelle font partie du champ d'activité de la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) dont le rôle est « *de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et incapacités* ».

Le médecin MPR a pour rôle de coordonner des moyens interdisciplinaires médicaux, paramédicaux, techniques et sociaux. La prise en soin est donc **pluridisciplinaire**. Elle nécessite un plateau technique riche comprenant des cadres de santé, des agents d'accueil et de planification, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des psychomotriciens, des neuropsychologues, des assistants sociaux, des diététiciens, des infirmiers, des aides-soignants, des brancardiers etc.

De ce fait, le centre de soins de suite et de réadaptation comporte trois missions principales<sup>7</sup> :

- **La rééducation**, qui correspond aux différentes techniques qui visent à aider l'individu à réduire les déficiences et les incapacités d'un patient,
- **La réadaptation**, qui correspond à l'ensemble des moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ces incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes,
- **La réinsertion**, qui correspond à l'ensemble des mesures médicosociales visant à optimiser le retour dans la société en évitant les processus d'exclusion.

Le centre au sein duquel j'ai effectué mon stage reçoit et accompagne des patients avec des difficultés traumatologiques, orthopédiques ou neurologiques, présentant des facteurs d'incapacités fonctionnelles ou une fragilité médico-psycho-sociale. Il s'agit d'un établissement privé à but lucratif assurant certaines missions de service public. Il comprend 132 lits

---

<sup>7</sup> [http://cofemer.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=445](http://cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=445)

d'hospitalisation complète et une capacité d'accueil de 100 patients par jour (du lundi au vendredi) en hospitalisation de jour.

Au sein du centre de soins de suite et de réadaptation est présente une psychomotricienne à temps plein que j'ai pu suivre tout au long de l'année. Elle s'occupe de la prise en charge des patients hospitalisés à temps complet dans le service de neurologie et de ceux provenant de l'hôpital de jour. Deux psychomotriciennes à mi-temps sont également présentes dans l'établissement et s'occupent de la prise en charge des patients en hospitalisation complète des différents services de traumatologie.

### b. Les différents types d'hospitalisation

L'entrée au sein du centre de soins de suite et de réadaptation peut se faire selon différentes modalités. Il correspond à un lieu de transition dans le parcours de soin du patient, intervenant suite à une hospitalisation, à des soins médicaux ou chirurgicaux, à une pathologie chronique. Il accueille pour une durée déterminée, des patients nécessitant des soins continus afin de leur permettre un retour dans leur environnement quotidien dans les meilleures conditions possibles. La prise en charge au sein du centre de soins de suite et de réadaptation arrive à un moment stratégique, préparant le plus généralement au retour à domicile. En raison de sa position entre soins de courte durée et retour à domicile, il représente un secteur stratégique de l'offre de soin.

L'hospitalisation au sein du centre où j'effectue mon stage peut se faire selon deux modalités : **l'hospitalisation complète** (le patient vit temporairement dans l'institution) et **l'hospitalisation de jour** (le patient arrive au centre le matin pour participer à ses différentes séances de rééducation et rentre chez lui en fin de journée).

Il est fréquent que les patients hospitalisés en premier lieu à temps complet passent ensuite par un temps d'hospitalisation de jour avant un retour à domicile associé à des prises en charge libérales.

Les patients hospitalisés en hôpital de jour peuvent donc venir soit à la suite d'une hospitalisation complète soit à la suite de consultations réalisées par les médecins du centre. Ces-derniers peuvent proposer des « **journées d'évaluation** » où le patient réalise différents bilans (kinésithérapiques, ergothérapiques, psychomotriciens, neuropsychologique ...) afin de savoir si une prise en soin au sein du centre est adaptée, ou non, à ses besoins et à ses problématiques.

c. Prises en soins pluridisciplinaire, transdisciplinaire et interdisciplinaire – rôles spécifiques et intérêts auprès des patients cérébrolésés

Dans la prise en soin des patients cérébrolésés, hospitalisés en service de soins de suite et de réadaptation, l'objectif principal est **d'améliorer l'indépendance fonctionnelle** et plus largement que le patient soit dans une **meilleure autonomie** grâce à différents types de ressources. La récupération n'est pas un retour au « normal », à « avant la maladie » ; il s'agit de trouver des moyens de compensation pour récupérer, plus ou moins complètement, une fonction. De par la complexité et l'intrication des différents symptômes, en fonction du contexte et des problématiques rencontrées par le patient, cela peut se faire selon différentes modalités de prises en soin. Ces-dernières peuvent être **pluridisciplinaire, transdisciplinaire** ou bien **interdisciplinaire** en fonction des besoins de chaque situation. Nous allons tenter de définir chacun de ces thèmes, en les illustrant par quelques vignettes cliniques qui permettront de mieux en saisir les spécificités.

Au début de l'hospitalisation, et après réalisation de bilans spécifiques, l'équipe pluridisciplinaire met en place un **projet thérapeutique individualisé et adapté aux besoins et aux difficultés de chaque patient**. Ce projet s'articule autour de plusieurs axes de travail :

- la mise en œuvre d'un programme de soins global de restauration fonctionnelle pour des patients présentant des affections orthopédiques, rhumatologiques, traumatiques ou neurologiques ;
- la mise en place d'un protocole visant au retour à domicile afin de permettre la réinsertion familiale, sociale et professionnelle du patient.

Ce projet thérapeutique ainsi que les objectifs qui lui sont associés sont fréquemment réévalués et ajustés au cours du séjour en fonction de l'évolution du patient.

La prise en charge **pluridisciplinaire** consiste à aborder le patient selon différents points de vue, en juxtaposant les compétences de plusieurs intervenants qui conservent leurs regards spécialisés, leurs spécificités et leur autonomie. Cette pluridisciplinarité consiste en un travail de collaboration, en proposant un ensemble de soins adaptés à la globalité des besoins du patient, où se manifeste une volonté partagée ayant pour objectif la prise en charge optimale du patient. Elle consiste donc à faire coexister le travail de plusieurs disciplines à un même objet. Elle permet une prise en charge symptomatique grâce à la décomposition et à la répartition des symptômes en fonction des champs d'expertises de chaque soignant.

Par exemple : un patient présentant une dysarthrie et une hémiplégie droite bénéficiera d'une prise en charge pluridisciplinaire associant une prise en soin en kinésithérapie concernant l'hémiplégie et d'une prise en charge en orthophonie concernant la dysarthrie.

La **transdisciplinarité** est quant à elle, l'étude d'un même sujet par entrecroisement des disciplines. Elle est plus ambitieuse et exigeante et correspond à la mise en œuvre d'un travail commun à tous les professionnels de santé ; car la complexité de la situation du patient dépasse les compétences spécifiques. Elle implique donc la transversalité afin d'accompagner le patient dans son projet de vie.

J'assiste à un rendez-vous entre la sœur de Mr R. et les différents professionnels impliqués dans la prise en soin du patient. Il s'agit de préparer une réunion avec le médecin, l'équipe, la famille et le patient qui a pour but de mettre à jour le projet thérapeutique ; comme c'est souvent le cas au cours d'une hospitalisation. Mr R. est un patient jeune qui a subi une rupture d'anévrisme dont les complications ont été très importantes. Sa présentation clinique est marquée par un syndrome frontal avec des troubles du comportement de type désinhibition et une amnésie antérograde massive. Il est donc dans une situation de dépendance importante (le maintien de son hospitalisation complète n'est possible pour lui, que grâce aux visites régulières de sa sœur qui l'apaise). Depuis quelques mois, sa sœur le reçoit chez elle tous les week-ends. Je remarque alors qu'il n'est question ni de neuropsychologie, ni de psychomotricité, d'orthophonie ou même encore du travail de l'assistante sociale, mais qu'il s'agit d'aborder la complexité de ce tableau clinique. D'une part de prendre en compte le vécu de la sœur dans sa réalité quotidienne avec Mr R., ses questions, ses inquiétudes ; et d'autre part d'amorcer une projection dans un futur avec de lourdes séquelles et une perte d'autonomie.

**L'interdisciplinarité** correspond à une démarche fondée sur le décloisonnement des professions. Les professions associées, tout en gardant leurs spécificités participent à un projet collectif en y apportant savoirs, méthodes et techniques. Elles collaborent et échangent entre elles pour répondre aux besoins et à la compréhension de la situation clinique du patient. L'interdisciplinarité correspond à une co-construction et à une co-écriture. Il s'agit de

rassembler des observations cliniques communes et de se répartir les objectifs de prises en soin en fonction des spécialités de chacun.

J'ai pu particulièrement approchée le fonctionnement en interdisciplinarité au sein du groupe communication réalisé auprès de patients présentant une aphasie. Il est coconstruit et coanimé par une orthophoniste et une psychomotricienne. Ici le langage est perçu de manière globale ; l'approche ne concerne pas seulement le langage verbal (intéressant l'orthophoniste) ou bien seulement le langage non-verbal (intéressant la psychomotricité). Ce sont bien ses deux approches intriquées qui permettent la co-écriture de ce groupe thérapeutique.

## 2. Place de la psychomotricité au sein du SSR

### a. La psychomotricité

Selon le Syndicat National d'Union des Psychomotriciens (SNUP) : « *le concept même de psychomotricité rend compte de la liaison constante entre le corps et le psychisme* ».

Selon B.THIEBO : « *La psychomotricité s'adresse au corps comme manifestation de tout l'être, sensible et intelligent, non morcelé et engagé dans l'action* » (Thiebo, 2008).

Avec ses différentes définitions on peut voir que la **psychomotricité** est une discipline qui **implique le psychomotricien corporellement** et **qui nous permet d'aller à la rencontre de l'autre de manière singulière**. Elle se trouve au carrefour de la neurologie, de la physiologie et de la psychiatrie. Elle consiste en une approche globale de la personne et s'intéresse aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales de chaque individu. Elle considère que les fonctions motrices, le psychisme, les domaines affectif et relationnel sont intriqués et en permanente interaction. Ainsi, par le biais de différentes techniques à médiation corporelle, le psychomotricien agit sur le corps en tant que support du fonctionnement psycho-affectif et intellectuel, en lien avec la conscience de soi et les relations qu'il entretient avec son environnement.

Le **décret d'acte du 6 mai 1988** régissant la profession met en évidence l'ensemble des compétences nécessaires à la pratique du psychomotricien (Annexe 1) Il est mentionné que : « *celui-ci est habilité à effectuer les actes professionnels suivants : 1.Bilan psychomoteur, 2.Education précoce et stimulations psychomotrices, 3.Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs et 4.Contribution, par des techniques d'approche corporelle etc* ».

Nous pouvons donc percevoir trois principaux champs d'actions relatifs à l'exercice de la profession :

- **l'éducation psychomotrice**, à laquelle il convient d'ajouter le champ de la **prévention** ; qui vise à étayer et accompagner le développement global du patient à travers l'activité corporelle,
- **la rééducation psychomotrice** est, selon l'OMS, « *une méthode thérapeutique proposant une nouvelle éducation visant à la récupération ou l'amélioration d'une fonction psychomotrice* »,
- **la thérapie psychomotrice**, d'après D. GRABOT « *ce métier est avant tout une philosophie, une interaction totale avec le sujet, ses affects, sa personnalité, ses sensations et sa motricité, ce qui permet d'engager des psychothérapies à médiation corporelle avec une grande variété de pathologies qui s'effacent devant l'unicité du sujet* » (Grabot, 2010). Ainsi, cette thérapie psychomotrice permet à la personne de s'exprimer autrement que par ses déficiences, en se basant sur la mise en acte de ses capacités. La thérapie vise à harmoniser les fonctions motrices et psychiques prenant en compte les dimensions corporelles, cognitives, affectives et identitaires.

Ces aspects, que l'on distingue en théorie, sont bien souvent entremêlés dans la prise en soin des cérébrolésés.

#### b. La psychomotricité auprès des patients cérébrolésés en SSR

Un des enjeux fondamentaux en psychomotricité concerne le **passage de l'agir au penser, de l'agir au représenter** comme l'évoque H. WALLON dans son ouvrage « *De l'acte à la pensée* » (Wallon, 1945). C'est en ce sens, en considérant que les fonctions motrices, le psychisme, les domaines affectif et relationnel sont intriqués et en permanente interaction, qu'elle semble avoir une place fondamentale dans la prise en soin des patients cérébrolésés.

Comme nous avons pu le voir précédemment, les lésions cérébrales causées par l'AVC peuvent atteindre l'ensemble des fonctions dites « essentielles » au fonctionnement humain : la motricité, les sensations et la perception, la cognition et venir mettre à mal l'équilibre psychocorporel du patient. De ce fait, la clinique du patient cérébrolésé se trouve à la convergence du cérébral, du cognitif, du psychique, du relationnel et du social.

Ainsi, en s'appuyant sur l'expérience vécue du patient, sur ses capacités et sur ces différents domaines, le psychomotricien va aider le patient à exprimer ce qu'il éprouve et ce qu'il ressent dans et avec son corps. Dans le but de l'aider à se le représenter, à se l'approprier et à l'investir dans la relation à l'autre et à l'environnement.

#### ❖ Indications

La gravité des symptômes cognitifs ou l'extrême dépendance des patients amènent souvent à ce que la première rencontre se fasse suite à l'indication du médecin et non suite à une demande formulée par le patient.

Les indications sont plurielles, allant de la prise en charge d'une fonction perdue à la prise en charge autour de la mobilisation des ressources et des capacités préservées du patient.

Comme le souligne le décret d'acte du 6 mai 1988 (Annexe 1) qui régit la profession de psychomotricien, la psychomotricité est une profession paramédicale qui agit « *sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin* ».

Selon E. BOUCHE : « *la psychomotricité s'exerce sur prescription médicale. Il ne suffit pas qu'elle soit prescrite par un médecin pour prétendre être opérante. Encore faut-il qu'elle vienne à l'idée du patient, c'est-à-dire qu'elle s'élabore par la demande, se soutienne d'une alliance thérapeutique pour construire son projet et espérer être menée à bien* ».

#### ❖ La demande

La prescription médicale vient donc poser une indication et souligner une demande. Cette question de la demande est primordiale en psychomotricité. Pour pouvoir la comprendre et la prendre en considération, le psychomotricien doit alors identifier : quelle est la demande ? d'où provient-elle ? qui en est à l'origine ? comment s'inscrit-elle dans la prise en soin du patient ? quelle idée s'en fait-il ?

En effet, la demande n'émane pas toujours directement du patient. Il est alors nécessaire, dans la rencontre, de venir questionner la compréhension qu'il a de sa situation, de sa problématique, de son travail de rééducation, du rapport qu'il entretient avec son corps et comment les différents troubles peuvent impacter sa corporéité au quotidien, comment ils résonnent dans son corps et dans son ressenti.

Mme L. est âgée de 67 ans et est institutionnalisée suite à un AVC bilatéral d'origine cardio-embolique. Elle présente une aphasie sévère sur le versant expressif, caractérisée par un manque du mot ; une hémiparésie et une paralysie faciale à gauche ainsi que des troubles de la sensibilité du même côté et des troubles cognitifs importants. Je la rencontre afin de réaliser un bilan psychomoteur. Ainsi, lorsque je lui explique les différentes épreuves que nous effectuerons et que je la questionne sur son vécu et ses ressentis, elle présente une vive réaction et s'effondre en larmes. Mme L. peut alors relater son histoire de vie et le rapport traumatique qu'elle entretient avec son corps. Elle peut alors nous expliquer qu'elle a été violée et maltraitée durant son enfance, elle peut également confier qu'elle « *ne s'est jamais sentie en sécurité nulle part* » sauf depuis qu'elle est ici. Elle ajoute que « *c'est triste à dire, mais je ne me sens en sécurité qu'au sein du centre, dans mon lit, entouré de barrières* ». A ce moment-là, je n'effectue pas le bilan psychomoteur initialement prévu et utilise ce temps afin de prendre en compte la demande, c'est-à-dire la demande de ne pas faire. L'écoute sensible me semble alors primordiale pour accompagner Mme L. à exprimer ses ressentis dans un cadre contenant.

#### ❖ La rencontre et l'alliance thérapeutique

Cette demande correspond à un point de départ, à un des fondements de la prise en soin en psychomotricité. En effet, la demande existe dans le cadre d'une rencontre, elle se formule et s'adresse toujours à quelqu'un. Cette rencontre se fait **entre l'être au monde du patient et l'être au monde du psychomotricien**. En ce sens, la demande permet à l'alliance thérapeutique d'advenir. Tout ceci afin de permettre la construction d'un projet de prise en soin adapté, ajusté aux besoins et aux désirs du patient afin qu'il puisse y prendre une part active.

Dans le terme d'alliance on retrouve la notion d'union, d'engagement mutuel. C.ROGERS définit l'engagement comme essentiel à la thérapie et y englobe : la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité avec un but commun pour le patient et le soignant. Selon D.HOUZEL, l'alliance thérapeutique correspond à un élément du cadre thérapeutique, elle constitue un point d'ancrage. Selon lui, il ne peut pas y avoir de soin s'il n'y a pas d'alliance thérapeutique. D.GRABOT ajoute que l'alliance thérapeutique signifie qu'il existe une collaboration étroite entre le patient et le soignant, qui prend ses origines dès le premier entretien. Elle représente selon lui, la relation « affective » du patient avec le thérapeute et correspond à la capacité du patient à fournir un travail thérapeutique dans un cadre thérapeutique, élaboré par le psychomotricien.

### c. Le bilan psychomoteur auprès des patients cérébrolésés

Après analyse de la demande, par l'entretien, l'observation des signes cliniques et le bilan psychomoteur, le psychomotricien va pouvoir mettre en évidence des objectifs thérapeutiques afin d'élaborer un projet de prise en soin ajusté aux besoins et aux possibilités du patient.

Selon le Collège d'Equipes de Directions des Instituts de Formation en Psychomotricité (CEDIFP) « *l'analyse clinique des symptômes et des syndromes psychomoteurs nécessite des investigations spécifiques dont l'examen psychomoteur, pour appréhender les aspects qualitatifs et quantitatifs des perceptions, des représentations et des actions du sujet* » (Albaret et al., 2011, p.289)

Selon J.BERGES, « *l'examen psychomoteur va nous permettre d'apprécier à la fois la façon dont le corps est engagé dans l'action, mais aussi la façon dont le corps est engagé dans la relation à autrui* ».

Le bilan est avant tout une rencontre entre le patient et le psychomotricien. Comme le préconise F.DESOBEAU : « *le psychomotricien se doit de posséder des connaissances et un savoir-faire, mais cela ne va pas suffire. Encore doit-il posséder un savoir-être et qui plus est un savoir exister dans son corps, car la spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité, est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel, pour rencontrer le patient, le sujet là où il est, comme il est* » (Desobeau, 2010, p.60)

Le **bilan psychomoteur** au centre de soins de suite et de réadaptation sert de recueil de données et d'objectivation des troubles par l'observation clinique et la passation de tests. Il peut être pensé, au sein du SSR, comme un ensemble d'observations qui permet d'évaluer les **difficultés** du patient mais également ses **capacités résiduelles** et les **stratégies compensatoires** qu'il a pu mettre en place spontanément. Ces-dernières peuvent être intéressantes à prendre en compte et constituer un véritable appui quand on envisage un travail thérapeutique. Il faut cependant être vigilant quant aux stratégies compensatoires qui peuvent être inappropriées.

Il est à noter qu'il n'existe pas de bilans standardisés et étalonnés relatifs à la question que je me suis posée pour l'élaboration de ce mémoire, à savoir : le réaménagement identitaire chez les patients cérébrolésés. Cependant, nous pouvons nous appuyer sur différentes épreuves de bilans existants pour observer l'ensemble des répercussions de l'AVC du point de vue de la psychomotricité. De fait, la cotation et la comparaison à une population de référence ne sera

pas possible, mais cela n'enlève rien à la richesse de l'observation lors de ces mises en situations.

Ce recueil de données lors du bilan sera intégré aux données recueillies par les autres professionnels, dans un document, support du projet thérapeutique individualisé du patient. Ce document est appelé « **plan interdisciplinaire d'intervention individualisé du patient** » (**P3I**). Il correspond à un modèle de planification et de coordination des interventions de différents membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il synthétise l'évaluation par les différents intervenants des problèmes organiques, psychologiques, fonctionnels et environnementaux spécifiques à chaque patient ; en les évaluant selon la classification internationale des **déficiences, incapacités et handicap**. Il comprend :

- l'identification des besoins à partir de différents recueils de données réalisés par chaque soignant susceptible d'intervenir dans la prise en soin,
- la mise en commun de ce recueil de données entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire lors d'une réunion de synthèse,
- la formalisation d'objectifs et l'identification du type d'intervention nécessaire ainsi que leur durée,
- la synthèse avec le patient et la famille de cet ensemble d'éléments.

On remarque donc ici que ce bilan psychomoteur, s'intègre dans un ensemble de bilan pluridisciplinaire et concourt ainsi à la mise en évidence des difficultés et des capacités préservées du patient. Il contribue donc, de fait, à l'élaboration d'un projet de soin personnalisé.

Cette rencontre, ce bilan engage donc une lecture de la problématique du sujet. Cette lecture, pour le psychomotricien, envisage le corps comme un espace expressif à l'origine de tous les autres espaces pensés par le patient. Car comme nous le précise F.DESOBEAU : « *Ce n'est pas le corps du sujet qui est l'objet de la rencontre thérapeutique mais le sujet dans son corps* » (ibid, p.60) Ainsi, les temps d'observations cliniques informels (en-dehors de la salle de psychomotricité, dans le couloir, lors du repas ...) sont également importants et riches en éléments cliniques. Ceci nécessite au psychomotricien de structurer, au fil de son expérience, une grille de lecture avec un regard spécifique.

**L'observation des signes cliniques intervient dans une rencontre et nous renseigne sur le patient, sur son rapport au corps et sur sa manière d'être au monde.** Le psychomotricien doit ensuite relier ces signes cliniques à des références théoriques afin d'en comprendre le sens, de les mettre en relation les uns avec les autres afin d'avoir une idée globale de la psychomotricité du patient.

Selon P. MAZET et D. HOUZEL, « *c'est plus la compréhension du sens du résultat que le résultat lui-même qui importe* ». De ce fait, le bilan nous permet de justifier ou non la réalisation d'un projet de prise en soin en psychomotricité. Mais aussi et surtout de recueillir les éléments nécessaires à la compréhension du problème et aux besoins du patient, dans son histoire personnelle, familiale et sociale.

En fonction des indications, de la demande, des signes cliniques recueillis dans le bilan, des objectifs et des problématiques propres à chaque patient, la prise en soin en psychomotricité peut être pensée de manière individuelle ou groupale.

#### d. Ma place auprès des patients cérébrolésés en SSR en tant que stagiaire en psychomotricité

Je suis présente au sein de l'établissement une journée par semaine. Dans un premier temps je me suis positionnée en tant qu'observatrice, cherchant à trouver ma place au sein du fonctionnement institutionnel et de comprendre les enjeux des différentes prises en soins au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Petit à petit, j'ai pu, sous le regard avisé de ma maître de stage, prendre une part plus active auprès des patients et au sein de différents groupes thérapeutiques. Notamment au sein d'un groupe psychomotricien que nous avons créé ensemble et que je développerai plus loin. J'ai également eu l'opportunité de réaliser des prises en soin individuelles.

### 3. Conséquences psychomotrices des différents symptômes de l'AVC

En atteignant l'ensemble des domaines moteurs, sensitifs, psychiques et cognitifs, l'accident vasculaire cérébral est à l'origine d'une atteinte de tout l'être au monde du patient qui doit alors survivre dans un environnement qui n'est pas toujours adapté à ses difficultés.

Survivre c'est selon le Larousse<sup>8</sup> « *rester en vie après un accident, une catastrophe susceptible d'entraîner la mort. C'est subsister en dépit d'une atteinte grave* ». Le CNRTL<sup>9</sup> ajoute que survivre c'est « *se maintenir en vie dans des circonstances où d'autres périssent après des évènements rendant la vie insupportable* ».

Le fait de survivre à l'accident entraîne une atteinte de l'être au monde du patient et est à l'origine, de fait, d'un réaménagement de la psychomotricité du patient.

---

<sup>8</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/survivre/75920>

<sup>9</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/survivre>

### a. Retentissement psychomoteur

Les différentes lésions cérébrales causées par l'AVC peuvent être à l'origine de perte motrice, sensitive, cognitive avec une conscience des troubles plus ou moins opérante ... Ce qui peut entraîner une limitation de l'autonomie, une atteinte identitaire et du rapport existentiel avec le monde. L'AVC correspond alors à un moment de crise qui met à l'épreuve la relation que le patient entretient avec lui-même mais également avec les autres, il vient remettre en cause les choix de vie, l'inscription dans la société et dans l'histoire familiale. Il peut entraîner une atteinte profonde du sentiment d'identité en mettant à mal les différents sentiments le composant, comme nous avons pu le voir précédemment.

En outre, l'ensemble des symptômes causés par l'AVC peut avoir un impact sur les fonctions psychomotrices.

Selon JM.ALBARET : « *Le trouble psychomoteur se manifeste à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui. Les troubles psychomoteurs sont des troubles neurodéveloppementaux doux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. Leurs étiologies sont plurifactorielles et transactionnelles associant des facteurs génétiques, neurobiologiques et psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression. Ils sont souvent situationnels et discrets, entravant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social.* » (Albaret et al., 2011)

Le trouble psychomoteur est ainsi défini dans une perspective développementale. Notre sujet ici concerne la prise en soin de patients adultes dont les troubles résultent d'une lésion acquise du cerveau et qui viennent remettre en question la construction psychomotrice du sujet.

Les **troubles moteurs** tels que l'hémiplégie ou l'hémi-parésie ainsi que **les troubles de la sensibilité** et les **douleurs neuropathiques** entraînent une **atteinte de la conscience et de l'intégrité corporelle** que nous pouvons relier aux concepts de **schéma corporel** et **d'image du corps**. Ces troubles peuvent être à l'origine de troubles psycho-affectifs, cognitivo-comportementaux et tonico-émotionnels.

Le **syndrome spastique** fréquemment associé à l'hémiplégie entraîne un **défaut de régulation tonique** et une **diminution de l'autonomie fonctionnelle**, à l'origine de maladresses gestuelles et d'inconfort douloureux.

Des **difficultés dans la marche et dans l'équilibre** sont fréquentes et ont une conséquence sur le **sentiment de continuité de son être matériel**, une diminution du **sentiment fondamental de confiance et de l'estime de soi**. Ces difficultés liées à la marche viennent également changer le rapport à l'autre et à l'environnement. Le patient peut, par honte ou par crainte de la chute éviter la marche et peu à peu restreindre ses activités, se replier sur lui-même, s'isoler socialement. Ainsi comme le précise A.RIBADIER dans le livre *« Protéger et construire l'identité de la personne âgée »* de M.PERSONNE : *« la marche correspond également à un moyen d'être interactif avec l'environnement, d'être en communication avec l'entourage ; le déplacement permet une stimulation corporelle mais également une stimulation cognitive »* (Ribadier, 2011, p.49). De plus, d'un point de vue symbolique, la marche désigne *« le bon fonctionnement, être en état de marche »* (Ibid p.52), ainsi on peut noter un véritable retentissement psychique, venant faire rupture dans le fonctionnement général du patient mais également dans l'**image du corps** et dans le **sentiment de continuité d'existence**. Ces difficultés liées à la marche peuvent entraîner un sentiment de non-maitrise du corps et donc un sentiment de non-maitrise de soi.

**L'aphasie** correspond à un trouble spécifique acquis du langage, il s'agit de la perte partielle ou totale de la faculté d'expression et de compréhension du langage, oral ou écrit, consécutif à une lésion cérébrale. Les patients peuvent donc rencontrer des difficultés variables pour lire, écrire, comprendre ou encore s'exprimer ce qui va **altérer les capacités de communication et d'interaction**, et ayant des répercussions dans le quotidien. Elles peuvent être de plusieurs types, on les caractérise par leur aspect fluent, non-fluent et mixtes. Il est à noter qu'il n'y a pas de forme clinique parfaitement tranchée, ainsi elles peuvent même se combiner, ce qui entraîne un tableau clinique singulier à chaque patient. Cependant, il est à noter qu'elles entraînent chez chacun des patients atteints, des répercussions importantes au sein de leur vie quotidienne et une rupture identitaire très forte.

Le langage occupe une place fondamentale dans la relation à l'autre et à l'environnement, il est à la base de l'interaction et de la communication.

Cependant, **la communication n'est pas que langage**, elle peut être : **verbale, para-verbale** (intonation, prosodie...) et **non-verbale** (gestes, attitudes, mimiques, regard...). De ce fait, nous pouvons dire que l'expression psychomotrice de l'aphasie est globale et entrave ces différents aspects de la communication. Ainsi, nous pouvons entrevoir que l'aphasie impacte de façon importante et plurifactorielle la relation à l'autre et à l'environnement.

La communication est présente bien avant le langage et s'établit dans les relations précoces mère-enfant à travers le tonus. J.DE AJURIAGUERRA parlera du **dialogue tonique**

**ou dialogue tonico-émotionnel**, seul canal de communication à la naissance, qui permet au sujet de **former et structurer sa personnalité**, d'exprimer ses émotions et ses besoins. Même s'il est primordial dans le développement, servant de toile de fond aux interactions précoces, il garde une place fondamentale par la suite. Ainsi, la communication non-verbale pourrait être définie comme « **le langage du corps** » ; elle prend donc toute son importance en psychomotricité.

L'AVC ayant des retentissements dans la manière d'être au monde et dans l'expression psychomotrice du patient. Nous pouvons proposer une lecture psychomotrice des symptômes provoqués par l'accident. Voici une liste non-exhaustive des atteintes les plus souvent rencontrées :

- Des perturbations de l'axe corporel, en termes d'intégration de l'axe et de tenue,
- Des troubles moteurs,
- Des troubles de l'équilibre statique et dynamique,
- Des troubles sensitifs et sensoriels,
- Des troubles proprioceptifs (position relative des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres),
- Des troubles du tonus et de la régulation tonique,
- Des troubles de la reconnaissance ou gnosies,
- Des troubles de la coordination et apraxie,
- Des troubles spatio-temporels,
- Des troubles de la communication verbale et non-verbale,
- Des troubles des fonctions exécutives et instrumentales,
- Des troubles du schéma corporel et de l'image du corps.

L'ensemble de ces troubles témoigne donc de **l'importance des répercussions liées à l'AVC sur les fonctions psychomotrices et de leur retentissement dans le sentiment d'identité du patient**. Ceci vient confirmer l'hypothèse établie précédemment : « **je pose alors l'hypothèse que l'AVC entraîne un réaménagement identitaire ayant des manifestations psychomotrices** » et vient confirmer la nécessité d'une approche psychomotrice globale.

## b. Schéma corporel, image du corps et conscience de soi

En psychomotricité, le corps appréhendé concerne à la fois le **schéma corporel**, c'est-à-dire l'ensemble des sensations et des impressions corporelles qui nous rappellent en permanence que nous sommes nous ; mais également l'image du corps telle qu'elle soutient notre sensation d'identité subjective et notre relation à l'autre. **L'image du corps** correspond au lieu d'investissement et d'intégration psychique de notre corps, elle est propre à chacun et s'actualise en permanence au cours des expériences vécues et dans la relation à l'autre.

L'image du corps est donc à la base de la construction de l'identité d'une personne.

Selon E.W.PIREYRE, l'image du corps peut être définie selon neuf sous-composantes : la continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau, l'intérieur du corps, le tonus (en lien avec le dialogue tonico-émotionnel évoqué plus haut), la sensibilité somato-viscérale (elle correspond à l'appellation des neurophysiologistes pour parler du schéma corporel, une fois réduit à un équipement neurosensoriel), les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques. (Pireyre, 2011)

On remarque ici, à travers ces neuf composantes, que les concepts d'identité et d'image du corps sont intrinsèquement liés l'un à l'autre.

L'atteinte de l'image du corps et du sentiment de son identité sociale est en relation avec la perte des savoir-faire antérieurs, des rôles familiaux et sociaux. Elle a des répercussions sur les processus psychiques du patient, sur son **narcissisme**.

Le déclin, la perte ou la modification de l'image du corps vient donc modifier le lien, la compréhension et les interactions avec autrui. La souffrance du corps suite à l'accident est alors accompagnée de la souffrance subjective, du sentiment de ne plus se ressentir comme sujet.

J.DE AJURIAGUERRA dit que « *l'image du moi corporel de l'homme, la sensorimotricité, l'image d'autrui et la vie instinctivo-affective ne peuvent être séparées qu'artificiellement* » (Ajuriaguerra, 1970). C'est donc sur la base d'expériences sensori-motrices grâce auxquelles nous nous construisons tout au long de notre vie et à travers l'expérience subjective en lien à l'autre, le moi du sujet peut advenir et s'ajuster au gré des situations.

Le psychomotricien peut alors, au cours de ses interventions, restaurer ce recours au Moi pensant et pensé, par l'invitation à l'expérience de soi en interrelation. En renouant avec son image du corps, actualisé, grâce au lien à l'autre, le patient pourra peu à peu prendre une place active au sein de son **réaménagement identitaire**.

### c. Cognition et comportement

En considérant du point de vue de la psychomotricité que les domaines biologique, psychologique, cognitif et social d'un individu sont liés et en permanente interaction ; on peut voir que les différentes conséquences de l'AVC atteignent directement l'individu dans sa manière d'être et dans son expression psychomotrice. Ainsi, des atteintes cognitives peuvent être à l'origine d'une altération de l'être au monde du patient.

**Les troubles cognitifs perturbent la perception qu'a le patient de lui-même, des autres et de la réalité qui l'entoure.**

Les troubles cognitivo-comportementaux peuvent donc quant à eux être à l'origine d'une **perte du sentiment de continuité d'existence** du fait de désorientation temporo-spatiale, de troubles de la mémoire, d'anosognosie, de labilité émotionnelle et de troubles attentionnels, d'inhibition psychomotrice ou au contraire d'agitation psychomotrice.

**Le trouble de la conscience de soi est une atteinte de l'identité subjective.** C'est le sentiment « d'être comme n'étant pas », avec une sensation de clivage de soi, de perte d'une partie de soi-même, de ne pas se retrouver, de ne pas se reconnaître, d'être absent à soi-même, d'être absent au monde. Réduisant les capacités du sujet à se projeter dans l'avenir ainsi que ses capacités d'initiative.

La différence notable entre le comportement après l'AVC et la personnalité avant l'accident peut correspondre à plusieurs choses qu'il est important de dissocier.

D'un côté, cela témoigne de la création par le sujet d'une nouvelle façon d'être à cause de l'expérience de la maladie, de l'atteinte de l'identité subjective et des tentatives de maintien de celle-ci. C'est un moyen d'adaptation à la situation. Certains patients vont pouvoir développer des comportements et des manières d'être au monde totalement différentes. Il est important de noter que certains troubles du comportement peuvent aussi être une tentative de lutte contre l'atteinte de l'identité subjective.

D'un autre côté, n'oublions pas que l'ensemble de ces manifestations comportementales peuvent être liés au syndrome frontal ou encore à l'aphasie (stéréotypies verbales par exemple) qui marquent une rupture radicale avec l'expression de la personnalité avant l'accident.

Il me semble alors important en psychomotricité de s'intéresser à ces troubles du comportement, en sachant qu'il ne s'agit pas de rééduquer une manière d'être mais à tenter de tempérer les phénomènes de désinhibition et à accompagner ces enjeux de remaniements identitaires. En s'appuyant sur la bienveillance et l'empathie, le psychomotricien va s'intéresser

à la personne dans sa globalité, s'efforçant de mettre en lien ses différentes observations avec l'environnement en fonction du vécu et de ses ressentis.

Il est intéressant de voir que l'expression d'un trouble du comportement est **dépendante de la subjectivité de la personne** (histoire de vie, caractère et personnalité, manière de réagir, situations familiales, rôles sociaux, ...), ce trouble est donc **singulier**, différent d'une personne à une autre. Mais cette expression dépend également du **contexte**. Ils viennent créer une rupture à la fois dans le sentiment d'identité du patient mais également au sein de la sphère familiale et professionnelle. Il sera donc primordial de donner une attention particulière à l'entourage pour donner du sens aux comportements du patient, leur permettre une compréhension de ces derniers et ainsi donner du sens à la prise en soin.

#### d. Rôle du psychomotricien dans le réaménagement identitaire après un AVC

La prise en soin en psychomotricité prend en compte le sujet dans sa globalité et peut s'adresser à la clinique du patient cérébrolésé qui est à la convergence de la lésion cérébrale, du cognitif, du psychique, du relationnel et du social.

L'approche psychomotrice des patients cérébrolésés vise une stimulation globale, une valorisation des possibilités préservées afin d'accompagner un investissement du corps différent après l'accident.

Il s'agit d'abord de créer un **cadre thérapeutique** contenant et structurant, qui rende possible, petit à petit, l'émergence de ce qui fait la **spécificité du travail en psychomotricité : le dialogue tonico-émotionnel, la conscience corporelle, la sensation et l'expression du ressenti**.

Selon C.POTEL « *le cadre thérapeutique c'est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* ».

Après mise en place d'une alliance thérapeutique, le cadre en psychomotricité est le lieu qui va accueillir les signifiants amenés par le patient, accueillir ses perceptions, selon le référentiel de son propre corps. Donc le cadre doit pouvoir laisser libre court à l'entrelacement des sens et du monde. Il faut offrir au patient la possibilité de se retrouver dans le cadre proposé pour qu'il puisse y exister.

Selon C.POTEL (ibid), le cadre est à la fois **physique** : horaires, fréquence, lieu ... permettant la mise en place de repères spatio-temporels stables d'une semaine à l'autre et une structuration du temps de manière plus globale. Cet ensemble d'éléments concrets va servir de support au cadre **psychique** où seront pris en compte les notions de contenance et de pare-excitation. Selon S.ROBERT-OUVRAY, le psychomotricien doit maintenir ce qu'elle appelle « **le holding psychomoteur** ». En référence au holding, proposé par D.W.WINNICOTT, le holding psychomoteur est lié à un ajustement tonico-affectif entre les partenaires de l'interaction, permettant l'installation d'un sentiment de confiance et de sécurité, participant au développement narcissique de base qui est le garant d'un **élargissement du soi du sujet**, de **l'aménagement et de l'affirmation identitaire** et de **l'ouverture de la conscience au monde externe**.

Face au corps qui lâche du patient, le psychomotricien peut grâce à son être au monde, grâce à ses mots, à ses gestes, à son regard, à son attention, à sa bienveillance et à son empathie, soutenir l'être au monde du patient notamment grâce au dialogue tonico-émotionnel. Il peut alors lui donner l'occasion de se reconstruire et de s'investir dans la relation thérapeutique.

Le travail du psychomotricien, dans ce contexte particulier, est de ne pas figer les choses en se restreignant à cette nouvelle identité fragilisée par l'AVC ; il s'agit de poursuivre la rencontre avec « l'être au monde » du patient dans sa globalité, tel qu'il se présente, mais surtout tel qu'il existe intimement et de manière subjective.

Il s'agit en psychomotricité de proposer un étayage suffisant, un accompagnement qui se met en place au cas par cas selon des temporalités qui sont à la fois propres au patient mais également aux familles. Essayer de les accompagner dans leur réaménagement identitaire, dans la construction de nouveaux statuts et de nouveaux rôles qu'ils puissent investir en tenant compte de leurs capacités et de leurs désirs. Comme l'évoquent Destailats et al. en 2007 dans l'article « *Le lien familial à l'épreuve du handicap : la consultation handicap et famille* » en reprenant une citation de G.AUSLOOS : « *Le but n'est pas de les aider à redevenir comme avant mais « de les aider à devenir comme après »* ».

Il s'agit donc à travers la relation thérapeutique, de permettre à la personne de s'exprimer, de se réaliser à sa mesure, de s'enrichir et d'évoluer.

Il s'agit alors de reprendre plaisir dans son corps, mais également de se rendre compte que ce corps a des capacités sur lesquelles il est intéressant de s'appuyer en séance. Car **se mettre en mouvement**, c'est rencontrer d'inattendues possibilités mais c'est également se

heurter à certaines limites. Se mettre en mouvement c'est confronter ce qu'on pouvait faire avant à ce qu'on peut faire ou ce qu'on ne peut plus faire maintenant.

A travers différentes techniques de médiation corporelle, le travail en psychomotricité vise à redonner au corps sa double fonction de structure spatiale (schéma corporel) et de support psychique (image du corps).

**Se mettre en mouvement c'est aussi, symboliquement et psychiquement, mettre face-à-face celui qu'on a été et celui que l'on est à présent ; c'est donc réapproprier une identité mise à mal par la maladie et intégrer peu à peu les changements.**

Le travail autour du schéma corporel peut se faire autour du corps en mouvement, de la sensorialité, de la sensibilité, de l'équilibre, des coordinations, du tonus, ... Pour ce faire, le psychomotricien dispose de nombreux outils tels que le toucher thérapeutique, la conscience corporelle autour des appuis, de la verticalité, de l'enroulement-redressement, de la rotation autour de l'axe corporel ... Le travail sur l'image du corps concerne surtout le vécu corporel et la sensorialité. Ces notions de schéma corporel et d'image du corps étant intimement corrélées avec la notion d'identité ; il est essentiel d'accompagner la personne dans cette problématique tout au long du suivi en psychomotricité. Cela peut passer par un travail sur la notion de handicap, de stigmates, de deuil, et d'aide afin de retrouver un rôle et une place au sein des différents groupes sociaux auxquels le patient appartenait auparavant.

De même, lorsque des douleurs sont présentes il est primordial de les prendre en compte au sein de la prise en soin car il y a risque chez le patient de désinvestir/surinvestir une partie du corps. Il est également nécessaire de prendre en compte les différentes manifestations d'angoisses et d'anxiété qui peuvent être envahissantes dans le quotidien du patient et de son entourage en les accompagnant dans leur souffrance psychique. Pour permettre un apaisement du vécu douloureux, une diminution du vécu d'angoisse et un investissement du corps de manière globale, le psychomotricien dispose de différents outils tels que la relaxation, la conscience corporelle, le toucher thérapeutique, l'eutonnie, le travail sensoriel ...

Le travail corporel permet au patient de **se retrouver dans un éprouvé**, au travers de la prise en soin en psychomotricité il pourra alors essayer de s'exprimer dans cet éprouvé. L'expérience corporelle est également un support aux activités mentales et cognitives. Ainsi, la prise en soin en psychomotricité permet alors le **processus d'affirmation de l'identité propre, en lien avec les possibilités corporelles actuelles.**

Ainsi, on peut dire que le travail du psychomotricien repose sur deux positionnements dans la relation thérapeutique. C'est d'une part cheminer avec les patients, les accompagner, comprendre leur vécu corporel, leurs limitations motrices et leurs attitudes posturales influencées par la maladie. Mais c'est aussi questionner le retentissement de ces symptômes sur l'estime de soi. C'est essayer de les rejoindre dans leur motricité, leur tonicité, pour leur proposer des appuis, des compensations, et une autre façon de se mouvoir, une ouverture à d'autres possibilités motrices. C'est d'autre part être attentif aux initiatives des patients, aux postures et aux mouvements qui s'accompagnent de plaisir. C'est aussi rebondir sur leurs propositions en leur donnant un rôle actif dans leur parcours de soin.

Ainsi, le travail en psychomotricité vient nourrir, étayer, permettre au patient d'essayer des choses, de proposer des choses, de se risquer à mais également de s'autoriser à pour intégrer des nouvelles façons de faire. Tout ceci en prenant conscience de son corps, de ses sensations, de ses capacités et de ses limites.

**Il s'agit alors d'alimenter la reconstruction subjective de sens par rapport à ce sentiment d'identité et de continuité d'existence et d'accompagner le patient dans la réappropriation de son corps et de son histoire.**

Le travail du psychomotricien consiste alors à **offrir un espace dans lequel l'expérience corporelle contribue au sentiment d'identité**. Le patient cérébrolésé est alors réhabilité dans son **statut de sujet vivant et désirant**.

## **IV. L'intervention en psychomotricité**

L'intervention en psychomotricité auprès des patients cérébrolésés peut se faire de différentes manières. Dans cette partie je tenterai de montrer **comment le psychomotricien peut, par son approche spécifique, accompagner le patient dans son réaménagement identitaire ?**

Je présenterai dans un premier temps la mise en place d'un groupe thérapeutique créé et coanimé avec ma maître de stage. Je montrerai par la suite en quoi ce groupe psychomotricien a pu être le support du réaménagement identitaire auprès de deux patients : Mr L. et Mme A. Puis je présenterai ma rencontre avec Mr L. que j'ai eu l'occasion de rencontrer à la fois au sein du groupe thérapeutique et en prise en soin individuelle.

### **1. Groupe psychomotricien**

#### **a. Origine du groupe**

Ce groupe psychomotricien prend ses origines dans la rencontre avec deux patients Mme A. et Mr L., adressés en psychomotricité à partir d'indications autour de la peur de tomber, de la prévention des chutes et des difficultés tonico-posturales.

Mr L. est un patient âgé de 68 ans. Il présente des séquelles importantes des suites d'une récurrence d'AVC ischémique droit, il est atteint d'une hémiparésie spastique gauche associée à un syndrome de l'hémisphère mineur.

Mme A. est une patiente âgée de 72 ans. Elle est atteinte d'une maladie de Parkinson plutôt bien équilibrée par le traitement médicamenteux. Depuis peu, un méningiome de petite taille a été détecté dans une partie de la région frontale, inaccessible à la chirurgie. Ce-dernier occasionne chez Mme A. de légers troubles visuels.

Pour ces deux patients, l'indication en psychomotricité arrive dans un contexte de rééducation pluridisciplinaire réalisée en hospitalisation de jour pendant plusieurs mois, associant notamment des séances individuelles en kinésithérapie et en ergothérapie. L'ensemble des techniques rééducatives de la marche, de l'équilibre et du relevé du sol a été particulièrement abordé.

La prescription met l'accent sur la dimension de l'appréhension de chuter. On constate, chez ces deux patients, qu'après tout ce travail réalisé en rééducation et qui se traduit par une amélioration des résultats aux différents bilans d'évolution, cette appréhension de la chute persiste. Il y a donc une dissociation entre l'acquisition de gestes techniques et la possibilité de

se les approprier dans son corps, dans son quotidien, c'est-à-dire en-dehors de la présence rassurante du rééducateur ?

Nous nous sommes alors demandés comment insuffler, par l'approche spécifique en psychomotricité, une dynamique porteuse et complémentaire de la rééducation, qui se poursuit d'ailleurs.

Après des rencontres individuelles au préalable, nous avons pu remarquer que Mr L. et Mme A. sont tous deux en mesure de verbaliser leurs ressentis et en demande d'une prise en soin concernant leurs appréhensions respectives.

Nous proposons un groupe de conscience corporelle à ces deux patients, centré sur la pratique psychomotrice et non pas centré sur le trouble de la marche et de l'équilibre inhérent à leurs pathologies. La création de ce groupe psychomotricien nous a semblé intéressante car ces deux patients rencontrent une même problématique dans un contexte médical très différent. La prise en soin en groupe fait une place prépondérante à la relation comme base solide et porteuse du travail. Les symptomatologies étant différentes, les enjeux pour chaque patient sont singuliers et peuvent évoluer à leur rythme tout au long de la prise en soin.

Comme nous l'avons vu précédemment : **l'identité n'est pas figée**. Elle se façonne tout au long de la vie et elle se construit toujours en interaction avec d'autres individus. Ainsi, en considérant le corps comme support de la relation à l'autre et du sentiment d'identité, en s'appuyant sur un travail corporel et sensorimoteur, nous posons l'hypothèse qu'un tel groupe permet de travailler sur ces phénomènes d'appréhensions, eux-mêmes intégrés dans la dimension globale du « travail de la maladie » et qui impliquent un réaménagement identitaire.

Comme nous l'évoquions plus haut, la maladie chronique correspond à l'idée de vivre sans guérir, de supporter une existence qui intègre douleur et incertitude, de se réaménager une identité en conjuguant à la fois sa définition intime et sa subjectivité avec la maladie et toutes ses conséquences.

Pour le patient, il s'agit de pratiquer un travail de conscience corporelle, pour lui-même, lui permettant de conjuguer à la fois sa réalité subjective et la réalité de la maladie dans l'interaction avec d'autres sujets eux-aussi concernés par cette problématique dans une dimension toujours singulière.

## b. Organisation et cadre

Les séances sont hebdomadaires, elles ont lieu chaque jeudi après-midi dans la même salle et durent une heure.

Les séances sont organisées en trois temps ritualisés. Cette stabilité, cette répétition et cette cohérence dans le rythme des séances a un effet organisateur et va apporter aux patients un **sentiment de continuité d'existence** au sens de D.W.WINNICOTT, **source de confiance en soi, support du narcissisme et de l'affirmation de soi**. Ceci pourrait être corrélé à ce que D.MARCELLI appelle les **macrorhythmes**. Ces-derniers ont une fonction organisatrice et seront à la base de la mémorisation, de l'anticipation, de la prévisibilité. Ils apportent une « sécurité interne » au patient qui peut penser, appréhender et donc anticiper la suite de la séance en psychomotricité. Selon D.MARCELLI « *le développement de la pensée siège bien à ce point particulier : son rôle est de transformer la discontinuité d'une sensation, d'une perception en une continuité d'investissement, une continuité ontologique sur laquelle l'individu va fonder son sentiment d'existence* ». Les bouleversements liés à la cérébrolésion affectent les patients de ce groupe, adultes, dans les fondements archaïques de leur propre construction psychocorporelle.

Le **rituel** est une séquence d'actions stéréotypées, chargées de signification et organisées dans le temps. Il est important et structurant, indispensable à la maturation psychique. Ainsi, à travers le rituel, le patient va pouvoir investir l'ensemble de ses sensations, de ses perceptions et de ses représentations dans un continuum. Ce rituel met en jeu le **sentiment d'unité et de cohérence** mais également le **sentiment de continuité temporelle**, et vient ainsi de **valoriser le sentiment d'identité du sujet**.

- **Le premier temps** correspond au **rituel de début de séance** : il comprend l'accueil des patients, il est réservé un temps de parole où chacun peut exprimer (ou non) son état, puis nous présentons la séance. Nous proposons ensuite, un court moment de relaxation basé sur la respiration afin de permettre aux patients de véritablement entrer dans leur séance.

Du fait des troubles cognitifs et des difficultés attentionnelles de Mr L. et Mme A. liés aux séquelles de leurs maladies, il est nécessaire de leur matérialiser un temps, ritualisé, afin de leur permettre de s'inscrire dans la séance. Ce temps vient signifier la fin de ce qu'il y avait avant et le début de la séance en psychomotricité et leur permet d'être disponible.

- **Le temps de la séance** : il consiste en différentes propositions associées à une **prise de conscience corporelle**. Cette attention particulière portée au corps correspond à la médiation que nous avons choisi, dans un dispositif d'accompagnement adapté et ajusté à la sensibilité des patients et à leur contexte cognitif fragile. Ce travail de conscience corporelle n'est pas une fin en soi, il s'agit ici de permettre aux patients de s'en saisir, qu'ils en fassent quelque chose pour eux.

De ce fait, à travers différentes tentatives, différents choix et en nous servant de l'observation clinique comme seul guide, nous avons choisi de faire un groupe où chacun occupe une place singulière. Au sein de ce dispositif, nous ne nous positionnons pas en tant que « thérapeute qui donne des consignes » mais plutôt en coprésence, dans le faire, dans le vécu. Ainsi, on réalise les propositions en même temps que les patients, en laissant une place importante à ce qu'ils peuvent nous amener (initiatives, plaintes, idées, envies...). Comme le préconise F.DESOBEAU « *il s'agit de rencontrer le patient comme il est, là où il est* » (Desobeau, 2010, p.60).

De ce fait, l'imitation, le regard et l'interaction ont une place importante au sein du groupe.

- Enfin, **le dernier temps correspond au rituel de fin** : il s'agit d'un moment de retour au calme où on propose un moment d'écoute musicale. On quitte ainsi l'action et le faire, dans une distanciation des corps en action, des consignes verbales mais également du regard. Les yeux fermés et le temps d'une chanson, chacun peut faire le point sur sa séance, sur ses sensations, sur ses ressentis. Il s'agit d'un moment de retour à soi, de relaxation.

Un temps de verbalisation est également réservé en fin de séance, pour que les patients puissent exprimer leurs ressentis, dans l'après-coup.

Au sein du groupe, il s'agit de **favoriser le processus d'individuation et d'affirmation de soi**, par la place donnée à chacun. Le rituel structure le temps, l'espace et la vie en général. Il est important dans la prise en soin en psychomotricité d'instaurer des rituels pour que le patient puisse penser la fin de la séance, pour qu'il s'implique dans la thérapie. La répétition permet la réassurance et donc la diminution de l'angoisse et permet **l'accès à la découverte de nouvelles expériences**, nécessaires à l'enrichissement et à l'affirmation de soi.

Ici, les rituels permettent aux patients de se repérer au sein de la séance, d'alterner entre moment pour soi et moment de mouvements à la fois physique, psychique et relationnel.

Nous avons pu remarquer que les temps de relaxation étaient très importants autant pour Mr L. que pour Mme A. afin qu'ils puissent structurer leur séance, se rendre disponibles au début et prendre un temps pour eux à la fin, les ramenant progressivement vers un retour à la vie quotidienne. Ces temps de relaxations viennent cadrer les séances au sein du groupe psychomotricien par un début et par une fin identifiable, constituant une organisation stable, source de réassurance et permettant aux patients de s'investir de manière psychique et corporelle.

### c. Objectifs et moyens

L'objectif que nous tentons d'apporter à travers ce groupe psychomotricien, est que le patient parvienne, par un investissement du corps différent *de la* vie de tous les jours à un investissement du corps différent *dans la* vie de tous les jours.

En prenant en compte notre arrivée au fil d'un parcours de soins déjà installé dans le temps et identifié par les patients, en lien avec une prise en charge rééducative porteuse de certaines améliorations et en considérant le contexte chronique dans les retentissements de la maladie, nous décidons d'adopter délibérément une posture thérapeutique qui vient s'appuyer sur les capacités du patient et sur ses forces en présence. Nous cherchons à faire émerger les compétences et le sentiment de compétence du patient, afin de valoriser son sentiment fondamental de confiance et donc plus globalement son sentiment d'identité.

**Ceci, dans l'idée de permettre un vécu de soi différent, un sentiment de revalorisation narcissique et une réappropriation du corps suite aux conséquences du traumatisme sur l'investissement corporel.**

Cette proposition de prise de conscience corporelle, dans l'ici et le maintenant, rassemble un travail autour de la respiration, du tonus, de la posture, de l'axe, de l'équilibre et des appuis afin d'éprouver la fonction d'équilibration dans une modulation tonique et de faciliter la fluidité des mouvements. Tout ceci est au service de la diminution du sentiment de peur lié à la chute et de l'exercice de la marche. Il s'agit de permettre aux patients de se remobiliser à la fois corporellement et psychiquement, de prendre une part active dans leur prise en soin, au sein d'un groupe, dans les relations aux autres afin qu'ils prennent confiance en eux et en leurs capacités et qu'ils aient une meilleure estime d'eux-mêmes.

Comme le précise F.DESOBEAU (ibid, p.60) : « *ce n'est pas le corps du sujet qui est l'objet de la rencontre thérapeutique, mais le sujet dans son corps* ». Il s'agit pour nous d'accueillir et d'être à l'écoute des besoins et des demandes des patients afin d'adapter nos propositions mais également de laisser une place, un espace pour recevoir les interventions

créatives des patients et de s'en saisir comme base d'élaboration d'un travail commun, en coprésence.

La prise en soin au sein du groupe est ainsi pensée comme une « **aire transitionnelle** », concept défini par D.W. WINNICOTT. Il s'agit d'un espace imaginaire partagé entre le patient et le thérapeute qui apporte un sentiment de sécurité, de contenance et de bienveillance dans un espace-temps précis et où le patient se voit offrir la possibilité de faire des expériences au service d'un remaniement psychique, narcissique, d'une affirmation de soi. (Winnicott, 1969)

La prise en soin au sein de ce groupe psychomotricien prend appui sur la rencontre entre Mr L. et Mme A. mais également avec nous. C'est ainsi que Mr L. et Mme A. par leurs places spécifiques, ont pu chacun à leur manière contribuer au fonctionnement et aux échanges au sein du groupe. **Faire partie d'un groupe peut être narcissiquement très important : c'est avoir une mission, un but, un statut, un rôle, une certaine identité au sein du groupe.**

Selon l'expérience de ZAJONC (expérience de psychologie sociale) qui consiste à s'intéresser au maximum des possibilités physiques que certains étudiants peuvent mettre en jeu sur une tâche musculaire simple. En entrant par hasard dans la salle de travail, il observe que la performance est meilleure depuis son arrivée et pose ainsi l'hypothèse que l'autre, même passif, améliore les performances motrices. Il va parler de **facilitation sociale** en questionnant et mettant en évidence l'effet bénéfique de la présence d'autrui pour des performances physiques et intellectuelles.

Nous avons pu observer ce phénomène de facilitation sociale au sein du groupe. En effet, autant pour Mr L. que pour Mme A., la présence et le discours de l'autre a permis à chacun d'améliorer ses capacités lors des mises en mouvements, de se sentir soutenu et encouragé, de prendre en confiance en soi.

Mme A. en s'adressant à Mr L. « *c'est fou comme vous avez progressé, quand vous êtes arrivé, je me suis dit que vous n'en seriez pas capable, mais maintenant vous y arrivez super facilement. Vous vous rendez compte, c'est génial* ».

Nous allons voir ensuite, comment le groupe peut intervenir sur les neuf sous-composantes du sentiment d'identité développés par A.MUCHIELLI et évoqués précédemment lors de la partie sur le questionnement identitaire.

Tout d'abord, le fait de faire partie d'un groupe vient souligner **le sentiment d'appartenance** et le **sentiment de différence** qui permettent l'affirmation du sentiment d'identité de l'individu. Ensuite, en créant des relations au sein du groupe, avec les autres patients mais également avec les thérapeutes, et grâce à la prise de conscience de ses capacités, le groupe permet une **augmentation du sentiment de valeur de l'individu**, du **sentiment d'autonomie et de son estime de soi**, nécessaire à l'affirmation du **sentiment fondamental de confiance**. En outre, à travers le mouvement, le patient peut prendre conscience de l'ensemble de ses sensations corporelles, de son corps unifié, et ainsi, remobiliser le **sentiment de son être matériel** et le **sentiment d'unité et de cohérence**. Par le biais de certaines propositions il peut arriver que les patients retrouvent des schémas de mouvements qu'ils utilisaient dans leur vie antérieure, ce qui peut leur permettre de **renforcer le sentiment de continuité temporelle**. Enfin, le fait d'avoir une écoute particulière aux sensations corporelles, de remobiliser le corps à travers différentes propositions et dans la relation aux autres permet aux patients de **retrouver un « thème central d'effort » qui guide ses manières d'être et d'agir**.

**Ainsi, le groupe psychomotricien est pensé pour permettre au patient, à travers la mise en mouvement associée à la conscience corporelle, de remobiliser à la fois son corps mais également son psychisme et les différentes composantes de son sentiment d'identité.**

Comme nous l'avons vu précédemment, le **corps est à la base du sentiment de continuité d'existence**. A travers la posture thérapeutique, choisie au sein du groupe psychomotricien, nous nous appuyons spécifiquement sur le corps du patient, sur ses capacités et sur ses forces en présence. C'est donc, par cette approche spécifique en psychomotricité, qui intervient en parallèle de l'approche rééducative centrée sur le trouble, que nous **essayons d'accompagner le patient au mieux dans son réaménagement identitaire**.

## 2. Mr L. : En marche vers une reconstruction identitaire

### a. Histoire de vie, anamnèse et histoire de la maladie

Mr L. est un homme plutôt petit, avec un léger embonpoint localisé au niveau du ventre. Il est âgé de 68 ans lors de notre rencontre en octobre 2016. Souriant, il montre une attitude discrète et à l'écoute.

Mr L. vit dans une maison de plain-pied avec son épouse. Il est retraité de l'électronique et il a deux enfants qui ne vivent pas dans la région.

Le 13 Juillet 2015, Mr L. est hospitalisé à temps complet au sein du service de neurologie du centre de soins de suite et de réadaptation suite à un accident vasculaire cérébral ischémique dans le territoire de l'artère sylvienne. Il présente une hémiplegie spastique gauche, plus importante au niveau du membre supérieur, associée à une hémiparesie.

Dans son dossier on retrouve des antécédents d'hypertension artérielle et de dyslipidémie (qui correspondent à deux facteurs de risques majeurs dans la constitution d'un AVC). Il a arrêté de fumer à l'âge de 25 ans. Mr L. a été opéré de la cataracte et porte des lunettes de correction.

A ce moment-là, Mr L. n'a pas toujours conscience de ses limitations et on peut retrouver certaines mises en danger au quotidien. Ainsi, plusieurs chutes au domicile ainsi qu'au sein du centre de soins sont rapportées. A ce titre, il effectue quelques séances de psychomotricité, séances basées autour de la prévention des chutes qu'il a très bien investi et qui ont été pour lui vectrices de bienfaits et de progrès importants tant au niveau de son schéma de marche que d'un point de vue narcissique.

Au niveau cognitif, Mr L. se plaint de troubles mnésiques invalidants dans la vie de tous les jours. Le premier bilan neuropsychologique met en évidence une fatigabilité très importante, une attention limitée et un défaut d'apprentissage au niveau des séquences de stockage et de récupération ; il éprouve donc des difficultés à stocker de nouvelles informations et à récupérer les souvenirs des informations déjà stockées.

La prise en soin pluridisciplinaire s'est poursuivie en hôpital de jour avec une progression positive, avec une marche aidée d'une canne tripode, une régression de l'hémiparesie et une amélioration des capacités attentionnelles et mnésiques. Le membre supérieur gauche reste marqué de séquelles motrices irréversibles et la spasticité associée à l'hémiplegie nécessite le recours régulier à des injections de toxines botulique qui apportent un soulagement partiel et limité dans le temps.

En mai 2016, Mr L. fait une récurrence d'AVC alors que l'hospitalisation de jour se termine. L'accident ischémique touche cette fois-ci la zone de la corona radiata à gauche, entraînant une dysarthrie séquellaire. La spasticité se majore au niveau du membre supérieur gauche avec un début de rétraction au niveau du poignet, source de douleur et d'inconfort. Cette-dernière est traitée par injection de toxine botulique et par orthèse/attelle de

positionnement afin d'éviter au maximum les positions vicieuses et de maintenir les membres spastiques dans une position fixe.

Le bilan neuropsychologique suite à ce deuxième AVC met en évidence des difficultés attentionnelles, une fatigabilité, un ralentissement psychomoteur. Tout ceci est majoré par un syndrome dépressif marqué. On peut penser que cet épisode dépressif peut être mis en lien avec la récurrence d'AVC alors que Mr L. avait commencé à trouver des stratégies compensatoires aux difficultés et handicaps causés par le premier épisode. Cette récurrence fait rencontrer de nouvelles difficultés au patient et le replace dans un parcours médical et rééducatif lourd, qu'il a déjà traversé une première fois. Il en connaît donc les enjeux et la récupération incertaine. C'est un nouveau combat, de nouvelles difficultés à dépasser, dans la crainte d'une nouvelle récurrence. De plus, ce deuxième épisode vient, à nouveau, bousculer l'équilibre personnel, familial et social qui était en train de se reconstruire autour de Mr L. suite aux conséquences du premier accident.

#### b. Projet thérapeutique personnalisé au moment de notre rencontre

Au moment de notre rencontre en octobre 2016, Mr L. est en hospitalisation de jour. Mr L. réalise un troisième bilan neuropsychologique, afin d'évaluer son évolution : on note un global maintien du fonctionnement cognitif, des ressources attentionnelles toujours limitées mais mobilisables, une fatigabilité importante et d'apparition rapide, une diminution de la vitesse et du traitement de l'information ainsi qu'une dysarthrie séquellaire encore conséquente.

Selon le projet thérapeutique, Mr L. se rend au SSR trois journées par semaine. Il bénéficie d'une prise en charge individuelle en ergothérapie avec un travail plutôt orienté sur la prise en compte et le « détournement » des difficultés rencontrées à cause de la spasticité. Pour rendre possible les gestes du quotidien en travaillant avec le bras gauche et en adaptant les postures pour réaliser et faciliter l'action. Il bénéficie également d'une prise en soin individuelle en kinésithérapie où la spasticité est prise en charge grâce à des étirements et des mobilisations passives pour rechercher un mouvement maximal des articulations et éviter les rétractions ; un travail autour de la marche et de l'équilibre est également réalisé. Nous remarquons ici la complémentarité pluridisciplinaire entre l'ergothérapeute qui travaille avec la spasticité telle qu'elle se présente et la kinésithérapeute qui agit sur la spasticité pour tenter de la réduire. Il bénéficie aussi d'une prise en charge en orthophonie en libéral à raison de deux séances par semaine, orientée autour de la diminution de la dysarthrie.

A cette période, Mr L. est lui-même en demande de psychomotricité auprès du médecin du service car il se souvient des effets très positifs et des progrès réalisés durant son précédent séjour.

A la lecture du dossier nous pouvons, dès lors, identifier différents axes autour desquels envisager la prise en soin de Mr L. en psychomotricité. En effet, du fait des difficultés spastiques de Mr L., liées à son hémiplégie gauche et entraînant des postures peu adaptées dans la vie quotidienne (phénomènes de sur-sollicitation des muscles du dos et des épaules pour mettre en jeu son bras gauche) : un travail autour de la régulation tonique peut être envisagé. De plus, du fait des difficultés attentionnelles et de sa fatigabilité importante, il faut être vigilant quant aux demandes en double tâche qui sont coûteuses en énergie et entraînent un décrochage attentionnel. Ce décrochage attentionnel, peut être à l'origine de déséquilibres conséquents et donc d'apparition de chutes. Ainsi, un travail autour de la posture, de l'équilibre, des appuis et de la prévention des chutes peut être envisagé en s'appuyant sur la respiration, sur des mobilisations et des mises en mouvements associés à une prise en compte de la conscience corporelle et du vécu de soi.

En considérant ces différents aspects, une rencontre est organisée avec Mr L.

### c. Rencontre et évolution au sein du groupe psychomotricien

L'intervention en psychomotricité prend place en cours de prise en soin pluridisciplinaire, nous avons donc à notre disposition toutes les données descriptives des troubles moteurs, sensitifs, cognitifs ainsi que leurs retentissements dans l'autonomie des actes de la vie quotidienne. Il s'agit pour nous, dans le bilan, d'en évaluer l'expression psychomotrice. C'est le propos de rencontres préalables à la proposition du travail en groupe. Ensuite, l'observation clinique tout au long des séances en groupe nous permettra d'actualiser les difficultés de Mr L. mais également ses capacités résiduelles et ses stratégies compensatoires.

Nous recevons Mr L. au sein du groupe à partir de novembre 2016. Dans un premier temps plutôt discret et sur la réserve, il peut par la suite, prendre une part plus active au sein du groupe, notamment grâce au soutien et à l'étayage bienveillant de Mme A. qui essaie autant que possible de l'inclure et le mettre à l'aise – Mme A. est une autre participante du groupe qui a commencé cet atelier depuis plusieurs séances.

A travers les propositions, au cours des premières séances, nous pouvons observer que Mr L. semble peu à l'aise dans son corps et semble d'autant plus gêné dans la mise en

mouvement. En effet, il présente un équilibre statique et dynamique précaire, difficile à maintenir. L'utilisation de la canne tripode peut sembler efficiente, cela vient le soutenir dans ses difficultés posturales et dans la possibilité de se déplacer dans un périmètre en constante évolution. Cependant, il présente une démarche atypique « en crabe » : il pose d'abord sa canne à droite, avance d'un bloc son hémicorps droit puis ensuite son hémicorps gauche.

Du fait de la spasticité importante et de l'hémiplégie, Mr L. n'est pas du tout confiant dans son hémicorps gauche qu'il investit peu. Le phénomène d'héminégligence, certes bien moins important que lors de la phase aiguë post-AVC, peut-être relié à ce défaut d'investissement de l'hémicorps gauche. Ceci est à l'origine de stratégies compensatoires peu adaptées et peu sécurisantes, entraînant un déséquilibre permanent, qui peut être à l'origine de chutes.

Concernant sa posture, Mr L. présente donc un surinvestissement de l'hémicorps droit au détriment du côté gauche. Son buste est penché vers l'avant, son épaule gauche le tire vers l'arrière (phénomène majoré par la spasticité qui peut se manifester plus ou moins intensément), sa tête est baissée et son regard scrute le sol et l'environnement situé au niveau inférieur. On peut ici supposer que du fait de ses difficultés liées à la marche et suite à ses nombreuses chutes, Mr L. cherche par le regard des indices lui permettant de s'adapter aux changements de l'environnement (textures au niveau du sol, irrégularité, marches ...) et ainsi cherche à éviter la chute.

Nous pouvons observer que le fait d'enlever ou de remettre sa veste seul est très difficile pour Mr L. du fait de son hémiplégie au niveau du membre supérieur gauche, les stratégies mises en œuvre sont peu adaptées. Il est intéressant de se questionner ici, sur d'éventuelles difficultés à intégrer le travail réalisé en ergothérapie concernant l'habillement et sur l'autonomie au quotidien. Nous pouvons alors nous demander : **qu'en est-il du sentiment d'autonomie de Mr L. ?**

Concernant le tonus musculaire, Mr L. présente une hypertonicité globale. Il semble en difficultés au niveau de la régulation tonique, ce qui est en partie expliquée par l'hémiplégie et la spasticité. Cette régulation tonique est opérante dans le reste du corps non-atteint par la spasticité. Elle lui demande un effort de concentration important qui, à cause de ses difficultés attentionnelles, devient très coûteux en énergie. Ces difficultés de régulation tonique entraînent des difficultés au sein des coordinations dynamiques générales. **Ainsi, nous pouvons questionner l'investissement global du corps chez Mr L. en tant que support de la relation et de l'action sur son environnement.**

Le schéma corporel est intégré, Mr L. peut nommer, désigner et localiser les différentes parties de son corps sur soi et sur autrui et peut exécuter des mouvements sur consignes ou sur imitations.

Du fait de l'héminégligence associée à l'hémiplégie, aux difficultés de régulation tonique et aux difficultés rencontrés dans la marche et l'équilibre, **on peut émettre l'hypothèse que les conséquences de l'AVC viennent entraver l'image que Mr L. pouvait avoir de son propre corps et mettre à mal son sentiment d'identité psychocorporelle.**

On peut ici émettre l'hypothèse que le sentiment d'être matériel ; celui d'unité et de cohérence ainsi que celui de continuité temporelle semblent mis à mal par ces difficultés toniques.

De plus, nous avons vu précédemment que le tonus était intimement lié aux émotions et prenait une part importante au sein de la communication. Ainsi, les difficultés présentes chez Mr L. peuvent être à l'origine de difficultés dans le rapport au monde et aux autres, entravant alors son sentiment de valeur et d'appartenance.

Dès la première séance, Mr L. est très observateur. Il peut confier son envie de participer et investit rapidement les propositions.

Celles-ci sont axées sur des mouvements d'enroulement/déroulement associés à la respiration, assis puis debout. Puis des propositions de mouvements de rotation autour de l'axe étage par étage sont réalisées. Ces premières propositions mettent en jeu l'axe vertébral, les différents appuis nécessaires au maintien de l'équilibre statique et dynamique. Mettant aussi en jeu la régulation tonique et les coordinations générales. Elles permettent également de mettre en évidence l'importance et le rôle du regard dans le maintien de l'équilibre.

D'après ses nombreuses réactions, mimiques et commentaires, on peut voir que Mr L. s'étonne de chacune de ses capacités physiques telles que : tenir l'équilibre debout sans appui pendant un moment, s'enrouler sur lui-même, relâcher son tonus de fond malgré la spasticité... A travers cette idée, on peut voir que **Mr L. possède une faible estime de lui-même et un sentiment de confiance en lui diminué par l'AVC et ses conséquences.**

Il admet dès la première séance, trouver un véritable bénéfice au travail proposé et, lors du temps de verbalisation en fin de séance, il confie « *se sentir beaucoup mieux* » et « *apaisé* ».

Cette première séance de « découverte » au sein du groupe psychomotricien nous a permis d'observer Mr L. en situation et d'aiguiser le regard que l'on pouvait porter sur sa problématique et sur ses capacités. Sur la façon dont il investit son corps suite à ce deuxième

AVC et sur la manière dont il le met en jeu en situation, mais également dans sa façon d'être au quotidien grâce à l'observation clinique lorsqu'on le raccompagne en fin de séance.

Ainsi, cette séance nous a permis d'élaborer des objectifs individuels concernant la prise en soin de Mr L. au sein du groupe thérapeutique, à savoir : la prise de conscience de ses capacités et de ses potentialités tant au niveau de son axe vertébral, de ses appuis, de son équilibre afin de développer sa confiance en lui, l'estime qu'il a de lui-même, de diminuer son appréhension de la chute et d'améliorer son schéma de marche, en collaboration avec le travail réalisé en kinésithérapie. De plus un travail autour de la détente et du relâchement tonique nous semble pertinent d'un point de vue global. Tout ceci afin d'accompagner Mr L. à réinvestir et à se réapproprier son corps et l'image qu'il a de son propre corps après l'accident, dans la relation qu'il entretient avec lui-même, avec l'autre et avec l'environnement. Il s'agit donc de manière plus globale de l'accompagner dans son réaménagement identitaire après son AVC.

Par la suite, Mr L. a pu prendre une part de plus en plus active au sein du groupe thérapeutique. Profitant de ce temps pour lui, mais également pour être en lien, en relation avec Mme A. et avec nous.

Au fil de séances, Mr L. a pu affirmer « *prendre du plaisir* » au sein du groupe et peut dire « *on se sent bien ici* ». On remarque qu'il trouve et investit peu à peu une place et un rôle au sein du groupe, **affirmant son identité sociale et son sentiment d'appartenance, entraînant une augmentation de l'estime de soi et une revalorisation narcissique** identifiable à la fois dans son discours mais également dans sa façon d'être.

C'est la rencontre entre les différents participants qui permet la constitution du groupe. En effet, les individus au sein du groupe se retrouvent autour d'un objectif ou d'une œuvre commune ce qui permet l'accès à une **identité groupale**. Le groupe se met donc à exister comme tel dans la psyché des participants. Selon R.KAES, il existe un processus groupal inconscient qui consiste en une représentation imaginaire du groupe, de ses origines, de ses objectifs et partagée par tous les membres du groupe qui permet une inscription au sein du groupe, valorisant le sentiment d'appartenance et donc plus généralement le sentiment d'identité du patient.

Mr L. s'appuie sur l'ambiance bienveillante du groupe lorsqu'il est en difficultés afin de se rassurer et de s'ajuster grâce aux conseils et aux indications des différents membres du groupe. Selon M.PAGES, le lien que permet le groupe donne une réponse, vient calmer certaines angoisses comme celles de séparation, d'abandon, de solitude ...

Au sein du groupe, Mr L. investit les différentes propositions de manière sérieuse, il est très appliqué. On remarque en séance qu'il peut se saisir des explications et des différentes propositions, s'appuyer sur sa conscience corporelle afin de décomposer ses mouvements de manière à les rendre plus fluide et à faciliter l'action. On a ainsi pu remarquer que l'équilibre statique, plutôt précaire chez ce patient au quotidien, peut être maintenu plusieurs minutes si Mr L. se concentre sur ses sensations, sur sa respiration et sur la conscience de son corps et notamment à travers la conscience de ses différents appuis et de son axe vertébral.

De même, lors des propositions de « marche au ralenti » en décomposant le mouvement, Mr L. peut s'appuyer sur ses différentes sensations et perceptions et se concentrer sur sa conscience corporelle afin de maintenir son équilibre, de positionner les différentes parties de son corps dans l'espace, de prendre conscience des notions de transfert de poids et ainsi rendre le mouvement plus fluide.

En s'appuyant sur la conscience corporelle, Mr L. semble peu à peu plus attentif à ses propres sensations et en tire profit lors des mises en jeu corporelles. Il semble redécouvrir ses possibilités, qui sont sources d'un véritable sentiment de valorisation, d'une augmentation de l'estime et de la confiance qu'il peut avoir envers lui-même. Au fur et à mesure de ces prises de conscience, nous pouvons remarquer que Mr L. s'ouvre davantage au sein du groupe.

#### d. Evolution dans la prise en soin individuelle

A la sortie de l'hôpital de jour de Mme A., Mr L. s'est retrouvé seul au sein du groupe. Nous avons donc repensé la prise en soin afin de voir ce qui correspondait le plus aux besoins et aux possibilités actuelles de Mr L. De ce fait, j'ai eu l'opportunité de le suivre en prise en soin individuelle.

Je rencontre alors Mr L. tous les jeudis durant quarante-cinq minutes dans le bureau de psychomotricité. Les objectifs de la prise en soin individuelle sont dans la continuité de ceux concernant la prise en charge groupale. Tout en gardant à l'esprit que Mr L. termine l'hospitalisation de jour deux mois plus tard, les objectifs sont orientés vers un travail de clôture de la prise en soin.

Au cours des séances, Mr L. a pu se montrer très content et fier lors du passage de la canne tripode à la canne simple. Témoin matériel de ses progrès, elle a entraîné une **revalorisation narcissique importante**. De plus, l'utilisation de la canne simple est fréquente au sein de la société, de ce fait, elle est probablement moins stigmatisante. En effet, elle peut être liée à différentes affections, et n'évoque pas forcément la présence d'un handicap fonctionnel définitif.

Nous pouvons observer que son utilisation de cette canne, n'est pas simple et devient source de déséquilibres, réactualisant le risque de chutes. Nous pouvons voir qu'il pose sa canne très loin devant lui, et de travers ; le pied de la canne repose de manière instable sur le sol, empêchant son rôle d'aide à l'appui et au maintien de l'équilibre. Pour accompagner le mouvement de son bras, Mr L. fait des pas de grandes amplitudes à l'origine d'une sensation de déséquilibre et entraînant des mouvements compensatoires du haut du corps. De plus, cette « nouvelle façon de marcher » avec l'utilisation de la canne semble compliqué pour Mr L. qui n'arrive pas à coordonner le haut et le bas de son corps de façon controlatérale dans le mouvement global de la marche.

Pour la première fois en séance, Mr L. peut me confier de manière explicite qu'il « *a peur de tomber et ne se sent pas du tout stable* ».

De ce fait, nous entamons un travail autour de l'utilisation efficace de la canne, de la longueur du pas, des coordinations et du schéma de marche de manière générale. Ceci grâce à la prise de conscience pour Mr L. de ses sensations et de ses perceptions et d'un travail autour des différents moyens de compensation. Ceci pourra ainsi l'aider à se sentir plus à l'aise dans sa marche et dans son corps de manière générale, mais également dans son rapport au mouvement, dans son rapport à l'autre et à l'environnement.

Au cours des séances suivantes, Mr L. se montre très volontaire, attentif et concentré avec une véritable volonté de bien faire. Il met à profit tout le travail réalisé au préalable au sein du groupe thérapeutique concernant l'axe, la posture, le regard, le transfert de poids ... afin de s'engager pleinement dans les propositions et de progresser au mieux. A travers ce souhait, cet objectif, cet espoir adapté de retrouver une marche plus fluide et de pouvoir se déplacer comme il le souhaite, sans avoir peur de la chute, Mr L. semble ici s'être défini un **thème central d'effort qui vient soutenir son sentiment d'existence et d'effort central**.

Nous notons rapidement de nets progrès : il se sent désormais plus stable dans le maintien de l'équilibre statique et dynamique. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les nombreux appuis internes dont dispose Mr L. (proprioception, appui du regard, intégration de l'axe corporel ...) qu'il avait du mal à mobiliser depuis ce changement de canne.

Le schéma de marche semble bien investi en séance et il peut me confier qu'il essaie de transposer cela au quotidien. Il explique cependant que la coordination de tous ces schémas, au quotidien, lui demande un effort important, difficile à maintenir car très coûteux en énergie. Nous pouvons ici voir que le fait de devoir coordonner différentes actions dans un même but nécessite un effort attentionnel important, qui, du fait des difficultés cognitives importantes de Mr L. suite à l'AVC, le rend très fatigable.

Mr L. fait des progrès de semaine en semaine au niveau de sa posture, de son équilibre et de l'investissement de son corps dans le mouvement. Même si cela semble encore difficile, Mr L. semble beaucoup plus à l'aise dans sa marche qui est désormais plus fluide et moins sources de mises en danger.

En parallèle, grâce à l'augmentation de son périmètre de marche et aux progrès cognitifs, Mr L. accompagné par l'ergothérapeute a pour projet la reprise de la conduite sur un véhicule adaptée. Là encore, on peut voir que Mr L. s'investit dans des projets qui lui tiennent à cœur et se définit, au fil de la prise en soin, des thèmes centraux d'effort qui viennent soutenir son réaménagement identitaire. On peut ici voir la reprise de la conduite comme une volonté de se déplacer, encore plus qu'avec la marche, de se mettre en relation avec son environnement et avec les autres. La reprise de la conduite vient également soutenir le narcissisme, le sentiment d'autonomie et le sentiment de confiance de Mr L. qui peut, dira-t-il « *se sentir à nouveau capable* ».

L'arrêté du 18 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 co-signé par le ministre de la santé et des sports et le ministre de l'écologie fixe la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou celles qui donnent lieu à la délivrance de permis de conduire de courte durée limitée. Concernant l'AVC, on note une « incompatibilité temporaire selon la nature du déficit (notamment en cas de troubles permanents de la coordination, de la force et du contrôle musculaire), et nécessite un avis spécialisé »<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> <http://www.visite-medicale-permis-conduire.org/wp-content/uploads/2015/01/Arrete-conduite-18-12-2015.pdf>

Après passation de différents tests et réalisations d'heures de conduite au sein d'une auto-école auprès d'un moniteur agréé et spécialisé dans les reprises de la conduite post-accident ; Mr L. a pu grâce à des aménagements nécessaires (boîte automatique, télécommande multifonction au volant ...) revalider son permis de conduire. Il est bien sûr nécessaire de préciser, du fait des troubles cognitifs et de sa fatigabilité, que Mr L. ne pourra se déplacer que sur de courtes distances.

#### e. Fin de la prise en soin

Lors de la dernière consultation avec le médecin MPR, une semaine avant l'arrêt déjà prévu de l'Hôpital de jour, qui consiste en une réunion entre le patient et sa famille, le médecin du service et les professionnels qui entrent en jeu dans la prise en soin, nous pouvons voir que la femme de Mr L. est très inquiète et angoissée quant au passage de l'hospitalisation de jour à la prise en charge en kinésithérapie libérale. Elle peut dire que son mari fait beaucoup de choses au sein des différentes prises en soins mais selon elle, il n'a pas fait assez de progrès. Elle se demande également ce qu'il devra faire en libéral, afin d'expliquer aux différents professionnels les rôles qu'ils auront à tenir. On peut voir ici que l'arrêt de la prise en soin au SSR vient fixer le passage au domicile à plein temps, et à la vie « après l'AVC ». On peut se demander si cela vient signifier inconsciemment chez la femme de Mr L. la fin des progrès et fixer l'état de son mari qui est différent et qu'elle ne retrouve pas « *comme avant* ». Nous précisons aussi leur possibilité de rester en contact avec l'institution.

Cette étape de fin d'hospitalisation de jour est délicate et pourtant très importante dans le parcours du patient tant elle permet d'amorcer quelque chose du côté de son épouse, qui s'est tenue à l'écart pendant toute la prise en charge, malgré les sollicitations de l'équipe. Ainsi, la possibilité de se revoir pour faire le point sur une « journée d'évaluation » à distance de l'hospitalisation, engage l'équipe dans la poursuite de l'accompagnement, et ouvre sur ces questions des réaménagements identitaires qui intègrent également la famille, en respectant la temporalité qui leur est propre.

Lors de la dernière séance, juste après cette réunion, nous évoquons le parcours de Mr L. et ses progrès depuis le début de sa prise en soin. Puis, nous l'encourageons à sortir de chez lui, à voir du monde et à pratiquer des activités et des loisirs. A ce titre, nous nous permettons de lui rappeler « l'atelier pétanque » animé par l'ergothérapeute, auquel il avait pu participer quelques semaines auparavant, accompagné d'autres patients et qui avait été source de plaisir pour Mr L.

Durant cette sortie, Mr L. n'a pas montré de difficultés particulières. Il a pu grâce au maintien de son équilibre et de sa posture participer de manière active en adoptant des stratégies et des moyens de compensations adaptés à la situation et à la mise en jeu corporelle lors de l'activité.

Très enthousiaste, il exprime qu'il aimerait beaucoup renouveler l'expérience et ce genre d'activités à l'extérieur.

#### f. Conclusion et apports de la prise en soin en psychomotricité

Au fil des séances, nous pouvons remarquer que la prise en soin en psychomotricité a permis à Mr L. une **réappropriation de son corps propre** à travers différentes propositions. De ce fait, il a pu se sentir plus à l'aise dans l'éprouvé de ses différentes sensations et dans la mise en mouvements de son corps. Le travail au sein du groupe thérapeutique a permis à Mr L. de prendre conscience de ses capacités et de ses potentialités tant au niveau de ses appuis, de son axe vertébral, de son équilibre etc

La prise en soin au sein du groupe thérapeutique a permis à Mr L. d'entrer en relation avec d'autres patients, venant **soutenir son sentiment d'appartenance et de valeur**. Il a été source d'une **revalorisation narcissique** importante et d'une **amélioration de son sentiment d'être matériel, de son sentiment d'unité et de cohérence et de son sentiment de confiance** lui permettant une ouverture aux autres et au monde extérieur.

Ainsi, à travers la spécificité de l'approche en psychomotricité, l'enjeu pour Mr L. suite à ces deux AVC était de l'accompagner dans cette construction psychique, dans ce réaménagement identitaire face à la sidération traumatique d'avoir survécu à un AVC qui le laisse dans un corps qui ne réagit plus « comme avant » et qui porte désormais les marques séquellaires de ces lésions cérébrales.

On peut donc dire que l'approche spécifique en psychomotricité a permis, à travers différentes modalités de prises en soin, d'accompagner Mr L. à réinvestir et à se réapproprier son corps et l'image qu'il a de son propre corps après l'AVC, dans la relation qu'il entretient avec lui-même, avec l'autre et avec l'environnement. Il a pu, à travers différents projets, occuper un rôle central dans sa prise en soin et s'inscrire dans une sorte de continuité temporelle venant renforcer de manière générale l'ensemble des sentiments composants le sentiment d'identité.

## Conclusion

Ce mémoire retrace le cheminement de ma réflexion et de ma pratique en tant que stagiaire de troisième année en psychomotricité auprès de patients cérébrolésés, hospitalisés en centre de Soins de Suite et de Réadaptation.

Avant de partager mon point de vue sur l'intérêt de la spécificité de la prise en soin en psychomotricité auprès des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral, j'ai voulu inviter mes lecteurs à entrer dans le monde de la cérébrolésion et à en découvrir les particularités.

Comme nous avons pu le voir, l'accident vasculaire cérébral touche l'individu dans sa globalité. Les patients sont perturbés dans leurs sphères corporelle, psychique, cognitive, sociale mais également existentielle. L'accident vasculaire cérébral, en agissant sur ses différents domaines qui sont intriqués et interdépendants, est à l'origine d'une altération des fonctions psychomotrices qui entravent la manière d'être au monde du patient ; c'est-à-dire sa façon d'être en relation avec lui-même, avec les autres et avec son environnement. Il atteint chacune des neuf sous-composantes du sentiment d'identité et vient ainsi mettre à mal l'équilibre psychocorporel du patient.

La psychomotricité, en s'inscrivant dans une prise en soin pluridisciplinaire vise à aider et à accompagner les patients à se réinscrire dans une dynamique psychocorporelle, où l'expérience corporelle contribue au sentiment d'identité, où émergent leurs potentialités d'être et d'agir, où ils peuvent mettre en jeu et affirmer leur manière d'être au monde ... Là se trouve leur sentiment fondamental d'identité.

Notamment à travers l'étude clinique de Mr L. nous pouvons affirmer l'hypothèse que : **Le réaménagement identitaire après un accident vasculaire cérébral peut être accompagné par une prise en soin spécifique en psychomotricité.**

Ainsi tout au long de ce mémoire j'ai tenté de montrer : **Comment la prise en soin en psychomotricité peut intervenir dans le réaménagement identitaire des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral ?**

Au fil des séances au sein du groupe psychomotricien, nous avons pu remarquer que ce travail de réaménagement identitaire était également présent, d'une manière tout à fait différente chez Mme A. qui est atteinte de la maladie de Parkinson.

L'accident vasculaire cérébral et la maladie de Parkinson ont en commun l'aspect chronique de leur maladie lié à la cérébrolésion.

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative caractérisée par la dégénérescence progressive des neurones à dopamine dans la substance noire du cerveau. Il s'agit d'une maladie chronique, d'évolution lente et progressive.

Ainsi, nous pouvons voir que la question du réaménagement identitaire n'est pas exclusive de l'accident vasculaire cérébral, elle peut se retrouver dans d'autres situations, notamment dans la maladie de Parkinson.

Comme le rappelle H.OPPENHEIM-GLUCKMANN dans son livre *« La pensée naufragée »* en citant D.OPPENHEIM : *« L'identité ne se définit pas par un achèvement mais par un cheminement »* (Oppenheim-Gluckmann, 2000). Le sentiment d'identité n'est pas quelque chose de figé, c'est une réalité qui évolue, qui s'aménage au fil du temps et des expériences. Il se réorganise et se modifie sans cesse, et participe à définir un être vivant.

Aussi, en considérant que ce sentiment d'identité est en permanente évolution et qu'il s'aménage au gré du temps et des expériences, il serait intéressant de s'interroger d'une façon plus globale, quelle que soit la population, sur la place de l'accompagnement en psychomotricité dans la question du réaménagement identitaire auprès des patients que nous rencontrons.

## Bibliographie

Albaret J-M., Giromini F. et Scialom F. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Marseille, Solal.

Azouvi P., Mazaux J-M. et Pradat-Diehl P. (2006). *Comportement et lésions cérébrales*. Paris, Editions Frison-Roche.

Bousser M. G., & Mas, J. L. (2009). *Accidents vasculaires cérébraux*. Paris, Editions Doin.

Brandily A. (1996). Interview de Jack MESSI dans *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n.106. p. 4-12.

Cardon P. (2012). *Le corps accidenté : bouleversements identitaires et reconstruction de soi*, Paris, Presses Universitaires de France.

Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation : <http://www.cofemer.fr/>

Damasio, A. R. (1999). *Le sentiment même de soi : Corps, émotions, conscience*. Paris, Odile Jacob.

Destailats J. M., Mazaux J. M., et al. (2007). *Le lien familial à l'épreuve du handicap: la consultation handicap et famille*. PDF, 13, 3.

Desobeau F. (2010) *Identité et fonction du psychomotricien*, dans *Thérapie psychomotrice et recherches*, n.162, p.60.

Dolto F. (1984). *L'image inconscience du corps*. Paris, Editions du Seuil, 1984, p.22

Fédération France AVC : <http://www.franceavc.com>

Fischer, G. N. (2010). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale-4ème édition*. Paris, Dunod.

Godin, C. (2004). *Dictionnaire de philosophie*. Paris, Fayard Ed. du Temps.

Goffman E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris, Les éd. de minuit.

Golse B. (2010). *Se souvenir dans la tête, ou se souvenir dans le corps* ; dans *Réminiscences* sous la direction de Joyce Aïn. Eres.

Grabot D. (2010). *Deux cents ans d'histoire*. Dans Potel Baranes C., *Être psychomotricien* (pp. 17-42). Toulouse, France.

Haute Autorité de Santé (HAS) : <http://www.has-sante.fr>

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) : <http://www.inserm.fr>

Mead G.H. (1963). *L'esprit, le Soi et la Société*. Paris, Presses Universitaires de France.

Mucchielli, A. (2011). *L'identité*. «*Que sais-je?*» n° 2288. Paris, Presses Universitaires de France.

Nudo RJ. et al., *Neural substrates for the effects of rehabilitative training on motor recovery after ischemic infarct*. Science 1996 Jun 21 ;272(5269) : 1791-4.

Nuss M. (2011). *L'identité de la personne « handicapée »*. Dunod.

Oppenheim-Gluckman H. (2013). *Atteinte de la pensée et du sentiment d'identité* ; dans *L'avancée en âge, un art de vivre*. ERES. p. 329-337.

Oppenheim-Gluckman H. (2000). *La pensée naufragée. Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés*. Paris, Anthropos.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : <http://www.who.int/fr/>

Plan national d'actions accidents vasculaires cérébraux : [http://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_actions\\_avc\\_-\\_17avr2010.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf)

Parot F., & Doron R. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, Presses Universitaires de France.

Personne M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée – psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Eres.

Pireyre E.W. (2011). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*. Paris, éd. Dunod.

Pontalis J-B. (1975). *Psychologie de la connaissance de soi*. Paris, Presses Universitaires de France.

Potel Baranes C. (2010). *Etre psychomotricien*, Toulouse, France, Eres.

Reportage Allô docteur « *Se reconstruire après un AVC* » : [http://www.allodocteurs.fr/maladies/cerveau-et-neurologie/avc-rupture-d-anevrisme/vivre-apres-un-avc\\_3314.html](http://www.allodocteurs.fr/maladies/cerveau-et-neurologie/avc-rupture-d-anevrisme/vivre-apres-un-avc_3314.html).

Reportage « *Comprendre le traumatisme crânien et les autres lésions cérébrales acquises* » réalisé par l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens et de Cérébrolésés : <https://www.youtube.com/watch?v=VA8jACHnH8I&t=19s>.

Ribadier A., Sainjeon-Cailliet S. (2011) *Identité et chute de la personne âgée*, dans Michel Personne, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, ERES, p. 49-60.

Schiffmann S. N. (2001). *Le cerveau en constante reconstruction: le concept de plasticité cérébrale*. Cahiers de psychologie clinique, (1), 11-23.

Spinoza, B. (1994). *L'Éthique*, 1677. Folio Essais, 235.

Thiebo B. (2008). *Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 56(3), 148-151.

Tranchant C. et Azulay J-P. (dir). (2012). *Le livre de l'interne – Neurologie*. Paris, Médecine Sciences Publications, Lavoisier. p.336.

Vincent, J. D. (1996). *La chair et le diable*. Paris, Odile Jacob.

Wallon H. (1945). *De l'acte à la pensée*, Paris, Flammarion.

Winnicott D.W. (1969). *Les objets transitionnels*. Paris, Payot.

Yelnik A. (dir). (2010). *Actualités dans la prise en charge de l'AVC*. Paris, Sauramps Medical.

**Annexe 1 – Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice**

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066735&dateTexte=20100924>

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

1. Bilan psychomoteur.
2. Education précoce et stimulations psychomotrices.
3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivant au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
  - Retards du développement psychomoteur ;
  - Troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
  - Troubles du schéma corporel ;
  - Troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
  - Dysharmonies psychomotrices ;
  - Troubles tonico-émotionnels ;
  - Maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
  - Débilité motrice ;
  - Inhibition psychomotrice ;
  - Troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.
4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

## Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SOMMAIRE</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>AVANT-PROPOS</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>I. L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL</b> .....  | <b>6</b>  |
| 1. INTRODUCTION - GENERALITES .....   | 6         |
| a. <i>Définitions et classifications</i> .....  | 6         |
| b. <i>Epidémiologie et prévalence</i> .....   | 7         |
| c. <i>Un enjeu collectif de santé publique</i> .....  | 8         |
| 2. CAUSES, FACTEURS DE RISQUES ET PREVENTION .....  | 9         |
| 3. RAPPELS ANATOMO-CLINIQUE .....   | 10        |
| a. <i>La vascularisation artérielle cérébrale</i> .....   | 10        |
| b. <i>Les lobes cérébraux et leurs principales fonctions</i> .....  | 11        |
| c. <i>Phénomène de plasticité cérébrale et influence de l'environnement</i> ....  | 14        |
| 4. SEMIOLOGIE ET TROUBLES ASSOCIES .....  | 15        |
| a. <i>Troubles moteurs et gestuels</i> .....  | 16        |
| b. <i>Troubles sensitifs</i> .....  | 17        |
| c. <i>Les douleurs neuropathiques</i> .....   | 17        |
| d. <i>Troubles cognitifs</i> .....  | 17        |
| 5. CONSEQUENCES DANS LE CONTEXTE DE VIE DU PATIENT ET PROJETS DE VIE .....  | 21        |
| 6. PARCOURS DE SOIN DU PATIENT .....  | 22        |
| <b>II. LE QUESTIONNEMENT IDENTITAIRE</b> .....  | <b>25</b> |
| 1. LE CONCEPT D'IDENTITE : POSTULATS THEORIQUES ET GENERALITES .....  | 25        |
| a. <i>Apports de la philosophie et de la phénoménologie</i> .....   | 25        |
| b. <i>Apports de la psychologie sociale</i> .....   | 26        |
| 2. CONSTRUCTION DE L'IDENTITE .....   | 27        |
| a. <i>Le stade du miroir et le concept de narcissisme</i> .....   | 27        |
| b. <i>Le double phénomène d'identification</i> .....  | 28        |
| c. <i>L'identité en sciences humaines : une notion plurielle et singulière</i> ....                                       | 29        |
| d. <i>L'identité en psychomotricité : la place du corps comme support de l'identité et du sentiment d'existence</i> ..... | 31        |
| 3. LE SENTIMENT D'IDENTITE .....  | 33        |
| a. <i>Le sentiment de son être matériel</i> .....   | 34        |
| b. <i>Le sentiment d'appartenance</i> .....   | 35        |
| c. <i>Le sentiment d'unité et de cohérence</i> .....  | 35        |
| d. <i>Le sentiment de continuité temporelle</i> .....   | 36        |
| e. <i>Le sentiment de différence</i> .....  | 37        |
| f. <i>Le sentiment de valeur</i> .....  | 37        |
| g. <i>Le sentiment d'autonomie</i> .....  | 37        |
| h. <i>Le sentiment fondamental de confiance</i> .....   | 37        |
| i. <i>Le sentiment d'existence et l'effort central</i> .....  | 38        |

|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| 4.          | LE QUESTIONNEMENT IDENTITAIRE APRES UN AVC.....  | 39        |
| a.          | <i>L'AVC : une maladie chronique à l'origine de pertes et de deuils multiples</i> .....  | 39        |
| b.          | <i>Place dans la systémique familiale</i> .....  | 40        |
| 5.          | LES NOTIONS DE STIGMATES ET DE HANDICAP.....   | 42        |
| <b>III.</b> | <b>LECTURE PSYCHOMOTRICE DES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU REAMENAGEMENT IDENTITAIRE POST-AVC</b> .....  | <b>45</b> |
| 1.          | PRESENTATION DU LIEU DE STAGE.....   | 45        |
| a.          | <i>Description et fonctionnement général</i> .....   | 45        |
| b.          | <i>Les différents types d'hospitalisation</i> .....  | 46        |
| c.          | <i>Prises en soins pluridisciplinaire, transdisciplinaire et interdisciplinaire – rôles spécifiques et intérêts auprès des patients cérébrolésés</i> ..... | 47        |
| 2.          | PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DU SSR .....   | 49        |
| a.          | <i>La psychomotricité</i> .....  | 49        |
| b.          | <i>La psychomotricité auprès des patients cérébrolésés en SSR.....</i>   | 50        |
| c.          | <i>Le bilan psychomoteur auprès des patients cérébrolésés</i> .....  | 53        |
| d.          | <i>Ma place auprès des patients cérébrolésés en SSR en tant que stagiaire en psychomotricité</i> .....   | 55        |
| 3.          | CONSEQUENCES PSYCHOMOTRICES DES DIFFERENTS SYMPTOMES DE L'AVC.....   | 55        |
| a.          | <i>Retentissement psychomoteur.....</i>  | 56        |
| b.          | <i>Schéma corporel, image du corps et conscience de soi</i> .....  | 59        |
| c.          | <i>Cognition et comportement</i> .....   | 60        |
| d.          | <i>Rôle du psychomotricien dans le réaménagement identitaire après un AVC</i> .....  | 61        |
| <b>IV.</b>  | <b>L'INTERVENTION EN PSYCHOMOTRICITE.....</b>  | <b>65</b> |
| 1.          | GROUPE PSYCHOMOTRICIEN.....  | 65        |
| a.          | <i>Origine du groupe</i> .....   | 65        |
| b.          | <i>Organisation et cadre</i> .....   | 67        |
| c.          | <i>Objectifs et moyens</i> .....   | 69        |
| 2.          | MR L. : EN MARCHÉ VERS UNE RECONSTRUCTION IDENTITAIRE .....  | 71        |
| a.          | <i>Histoire de vie, anamnèse et histoire de la maladie</i> .....   | 71        |
| b.          | <i>Projet thérapeutique personnalisé au moment de notre rencontre.....</i>   | 73        |
| c.          | <i>Rencontre et évolution au sein du groupe psychomotricien</i> .....  | 74        |
| d.          | <i>Evolution dans la prise en soin individuelle</i> .....  | 78        |
| e.          | <i>Fin de la prise en soin</i> .....   | 81        |
| f.          | <i>Conclusion et apports de la prise en soin en psychomotricité.....</i>   | 82        |
|             | <b>CONCLUSION.....</b>   | <b>83</b> |
|             | <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>   | <b>85</b> |
|             | <b>ANNEXE 1 .....</b>  | <b>88</b> |