



HAL
open science

L'accès à l'autonomie chez les patients héminégligents : l'apport de la prise en soin psychomotrice auprès des patients héminégligents

Camille Erraçarret

► **To cite this version:**

Camille Erraçarret. L'accès à l'autonomie chez les patients héminégligents : l'apport de la prise en soin psychomotrice auprès des patients héminégligents. Psychologie. 2018. dumas-01835716

HAL Id: dumas-01835716

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835716>

Submitted on 11 Jul 2018

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 des sciences et de la santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

L'accès à l'autonomie chez les patients héminégligents :

L'apport de la prise en soin psychomotrice auprès des patients héminégligents.

ERRAÇARRET Camille

Née le 10 août 1995 à Tarbes (65)

Directeur de mémoire : BOBE Céline

Juin 2018

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Céline BOBE, qui cette année m'a suivi en tant que maître de mémoire mais également en tant que maître de stage. Je la remercie de m'avoir guidé tout au long de cette année, de m'avoir accompagnée dans l'écriture de ce mémoire ainsi que dans mon cheminement professionnel dans le stage. Merci pour son écoute, sa confiance, sa disponibilité et son investissement dans sa formation.

Je remercie également mes autres maîtres de stage qui m'ont suivie pendant mes trois ans de formation et qui m'ont transmis leurs qualités professionnelles. Je tiens à remercier particulièrement Geneviève LAMARQUE pour son soutien, sa présence et son aide précieuse.

Merci à toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour leur dévouement sans faille, leur bienveillance et leur enseignement au cours de ces années.

Je remercie ma famille pour leur présence, leurs encouragements, leur écoute et leur aide. Merci particulièrement à mes parents pour leur appui dans ce mémoire. Merci à Guillaume pour sa patience et son soutien.

Merci à mes amis, pour leur compréhension, leur façon de me soutenir, et pour les moments passés ensemble.

Merci à mes colocataires pour les moments de partage que nous avons vécu cette année, et qui l'ont rendu plus douce. Pour finir, merci à Laura d'être toujours là quand il le faut.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION.....2

1 Le syndrome d'héminégligence suite à une atteinte vasculaire cérébrale..... 4

1.1 L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL 4

1.2 L'HEMINEGLIGENCE..... 7

2 Autonomie..... 23

2.1 DEFINITIONS 23

2.2 COMPOSANTES DE L'AUTONOMIE..... 28

2.3 PATIENT ACTEUR DES SOINS 29

3 Lecture psychomotrice de l'héminégligence 33

3.1 CONTEXTE DE SOIN..... 33

3.2 CONTEXTE DE LA PSYCHOMOTRICITE..... 37

3.3 CONSEQUENCES PSYCHOMOTRICES DE L'HEMINEGLIGENCE..... 45

3.4 CONSEQUENCES SUR L'AUTONOMIE 52

4 L'intervention en psychomotricité 53

4.1 RÔLE DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LE TRAVAIL VERS L'AUTONOMIE 53

4.2 ETUDE DE CAS DE MR R..... 64

CONCLUSION.....80

BIBLIOGRAPHIE.....82

INTRODUCTION

Au cours de cette troisième année de formation en psychomotricité, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage en neurologie. Cette orientation était un choix de ma part, afin de travailler avec des personnes ayant vécu un Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Ce choix s'est fait pour plusieurs raisons, je voulais pouvoir sortir d'une logique développementale dans la prise en soin des patients, et pratiquer avec des adultes s'inscrivait dans cette optique. De plus, je me suis rapidement intéressée à la rupture que pouvait marquer un AVC dans la vie d'un patient, ainsi qu'à cet « avant-après » qu'induit cet accident cérébral.

J'ai alors eu l'occasion de rencontrer plusieurs patients cérébro-lésés, présentant des tableaux cliniques très différents, dont les séquelles de l'AVC pouvaient être motrices, cognitives, sensorielles, psychomotrices, etc. De là, j'ai côtoyé pour la première fois plusieurs patients présentant un syndrome d'héminégligence.

J'ai découvert ce syndrome d'héminégligence tout au long de l'année, remarquant à chaque fois des différences marquantes dans son expression chez les patients. Ce polymorphisme souvent associé à d'autres troubles m'a beaucoup questionnée sur sa complexité. En effet, ce syndrome vient perturber voire détruire le rapport que les patients ont avec leur corps, **et cette tension se trouve au cœur des réflexions et de la pratique du psychomotricien.**

De plus, dans mes lectures, j'ai alors pu lire de nombreuses théories concernant l'héminégligence, sans aucune explication certaine à ce phénomène. Des chercheurs s'y intéressent depuis plus de trente ans sans avoir trouvé de réponse précise à son origine, ou encore à sa rééducation. Ce syndrome ouvrait donc un large champ d'investigations à la psychomotricienne en formation que je suis.

Cette « question sans réponse » m'a donc guidée sur une réflexion sur les pistes de l'héminégligence. Je me suis alors demandée : **Comment prendre en soin ces patients ? Comment réduire cette héminégligence ? Quelle est la place de la psychomotricité auprès de ces patients ? Comment s'adapter au polymorphisme de ce trouble ?**

Au fil de mes lectures et de la continuité de mon stage, j'ai été amenée à rencontrer des patients très touchés par leur AVC, et ayant perdu beaucoup de leur autonomie avec la cérébro lésion et la présence d'un héminégligence massive.

Je me suis alors demandé quelle pourrait être l'orientation de l'accompagnement de ces patients, quel serait l'objectif. La question de l'autonomie s'est alors présentée à moi à travers Mr R., un patient que je présenterai dans ce mémoire.

De là m'est apparue la problématique suivante : **Quel est le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement d'un patient héminégligent vers une meilleure autonomie ?**

La question de l'autonomie n'étant pas un thème spécifique de la psychomotricité, d'autres professionnels étant concernés et agissant ensemble dans ce but précis, je décrirai dans ce mémoire le rôle du psychomotricien auprès de ces patients dans le but d'obtenir une meilleure autonomie.

En effet, à travers la rencontre avec le patient, le travail en psychomotricité va se construire en fonction de l'individu, de sa pathologie et du thérapeute. Chaque rencontre est différente, amenant un travail particulier pour chaque patient. Tout comme chaque patient est héminégligent de manière différente, la prise en soin psychomotrice et l'accompagnement vers l'autonomie sont tout aussi singulières.

Je me suis également intéressée au suivi transdisciplinaire dans l'équipe au sein de laquelle j'ai effectué mon stage, à leurs objectifs communs, et à leurs spécificités dans les prises en soin de patients héminégligents.

Je tenterai alors de répondre dans ce mémoire à l'hypothèse suivante : **Je suppose que par son approche, le psychomotricien requiert les compétences pour s'adapter au polymorphisme de l'héminégligence.**

Dans le déroulement de ma réflexion, je présenterai tout d'abord le syndrome d'héminégligence, puis la notion d'autonomie. J'introduirai ensuite la place de la psychomotricité auprès de ces individus ainsi qu'un patient héminégligent rencontré au cours de mon année de stage en Soins de Suite en Réadaptation (SSR).

1 Le syndrome d'héminégligence suite à une atteinte vasculaire cérébrale

Dans cette partie, je décrirai au mieux le syndrome de l'héminégligence à la suite de quelques rappels sur les accidents vasculaires cérébraux.

1.1 L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

1.1.1 Définition et généralités

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *un accident vasculaire cérébral (AVC) résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux.* »

Les conséquences de l'AVC dépendent de la partie du cerveau touchée et de la gravité de l'atteinte. Un AVC très grave peut entraîner la mort subite du patient concerné. Aujourd'hui en France, les AVC sont de réels problèmes de santé publique.

Il existe plusieurs types d'AVC :

- **Les AVC ischémiques** : ils représentent 80% des AVC. Ils sont dus à l'obstruction d'un vaisseau sanguin cérébral par un caillot de sang, ou thrombus, qui entraîne une hypoxie cérébrale, c'est à dire la diminution d'apport en oxygène du cerveau. Cette obstruction va entraîner des déficits neurologiques qui seront la conséquence de l'AVC. Ces AVC ischémiques peuvent survenir la plupart du temps suite à un athérome obstructif : c'est un dépôt graisseux qui se forme sur la paroi interne d'une artère et qui va diminuer voire obstruer la circulation sanguine. Ils peuvent aussi être dus à une embolie : un caillot qui se forme dans une autre partie du corps et qui va migrer, via la circulation sanguine, jusqu'au cerveau. Ou encore par une dissection artérielle qui va entraîner un hématome ce qui va entraver la circulation sanguine.

- **Les Accident Ischémiques Transitoires (AIT)** : ils sont dus à un caillot qui vient temporairement bloquer une artère. Ce sont des « mini-AVC » qui durent en général moins d'une heure avant de se rétablir. Cependant il s'agit d'un sérieux avertissement, en effet un AIT peut être l'annonce d'un AVC plus grave à venir.
- **Les AVC hémorragiques** : eux représentent 20% des AVC rencontrés. Une artère dans le cerveau vient se rompre ce qui entraîne une hémorragie. Les dommages cérébraux engendrés vont participer à l'interruption du flux sanguin.

1.1.2 Epidémiologie

Comme précisé précédemment, les AVC sont actuellement un réel enjeu de santé publique. En effet, 40% des AVC entraînent des séquelles importantes. Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), les accidents vasculaires cérébraux sont la première cause de handicap acquis à l'âge adulte, la deuxième cause de démence et la deuxième cause de décès. En France, on en dénombre 150 000 nouveaux cas chaque année, soit un toute les quatre minutes.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), en France, 40 000 patients par an meurent au cours d'un AVC, et 30 000 personnes présentent de lourdes séquelles un an après l'AVC. De plus, ces patients ont 30% à 50% de risque de récurrence durant les cinq ans suivant l'AVC.

1.1.3 Facteurs de risques

Certains facteurs de risques favorisent grandement l'apparition d'un AVC comme l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, l'obésité, le stress chronique, la sédentarité, l'excès d'alcool ou de drogue dure, l'hormonothérapie, la prise de certains contraceptifs après 35 ans.

1.1.4 Sémiologie et troubles associés

L'apparition d'un AVC chez un patient marque une rupture par rapport à sa vie d'avant. Cette phase aigüe peut laisser des séquelles motrices et cognitives, auprès desquelles intervient la plasticité cérébrale. La plasticité cérébrale, qui selon DEROIDERA et al. dans la Revue de médecine interne, « *sous-tend les capacités du cerveau à modifier son organisation structurale (histologique et anatomique) et fonctionnelle en réponse à une lésion* ».

Ce processus va donc se mettre en place afin de compenser les lésions dues à l'AVC, mais ce n'est pas toujours suffisant. En effet, un AVC laisse plus ou moins de séquelles en fonction de la gravité et de la localisation.

Selon l'INSERM, après un AVC et parmi les patients qui survivent, 60% d'entre eux récupèrent une autonomie fonctionnelle alors que 40% garderont des conséquences avec des troubles associés. Dans 30% des cas, les patients décèdent pendant la première année.

Les conséquences qui peuvent toucher un patient victime d'AVC sont nombreuses et dépendent de la région cérébrale touchée, et de l'étendue de la lésion.

Un patient en post-AVC peut donc présenter des troubles moteurs, des troubles sensitifs, des troubles cognitifs, des troubles du langage, des douleurs neuropathiques, etc.

Au vue de l'orientation de mon mémoire, je développerai essentiellement le syndrome **d'héminégligence**, ainsi que les troubles le plus souvent associés.

Dans les lectures que j'ai pu faire au cours de l'année, j'ai remarqué que l'héminégligence est appelée de plusieurs manières par différents auteurs. Malgré cette terminologie variée, je prends parti d'évoquer de « syndrome d'héminégligence » dans ce mémoire.

De plus, l'héminégligence gauche est la forme la plus fréquente, la plus sévère et la plus durable. Dans ce mémoire donc je parlerai essentiellement de l'héminégligence gauche suite à une lésion cérébrale droite.

1.2 L'HEMINEGLIGENCE

1.2.1 Définition

La négligence spatiale unilatérale se manifeste chez les patients par une sorte d'ignorance de l'hémi corps controlatéral à la lésion cérébrale. Compte tenu de sa fréquence, je traiterai l'héminégligence de l'hémicorps gauche après une lésion hémisphérique droite.

En 1979, HEILAMN et VALENSTEIN ont défini ce qu'ils appelaient « *négligence hémispatiale* » comme : « *l'impossibilité de décrire verbalement, de répondre et de s'orienter aux stimulations controlatérales à la lésion hémisphérique, sans que ce trouble puisse être attribué à un déficit sensoriel ou moteur.* »

Cette définition est encore d'actualité malgré les multiples recherches, et aujourd'hui encore l'héminégligence suscite encore un vif intérêt, et de nombreuses études sont encore effectuées. Cette thématique neuropsychologique est l'une des plus étudiées autant du point de vu clinique que fondamental.

L'héminégligence apparaît sur plusieurs versants chez les patients, et constitue un trouble particulier de l'utilisation et de la conscience de l'espace.

Ce syndrome associe des aspects perceptif, attentionnel, moteur, intentionnel, cognitif et représentationnel. En effet, l'héminégligence associe un défaut traitements des informations sensorielles du côté contro-lésionnel à la lésion (ici, hémi espace gauche) ce qui révèle un aspect **perceptif** et **attentionnel**. De plus, sur le côté gauche, les mouvements que le patients réalise sont moins ample et ralentis en comparaison avec l'hémi espace droit ce qui touche donc les aspects **moteurs** et intentionnel. Enfin, pour ce qui est des aspects **cognitif** et **représentationnel**, nous pouvons observer chez ces patients des manifestations comportementales résultant de l'altération de la conscience qu'a le patient de ces altérations.

1.2.2 Prévalence

La présence de ce syndrome après un AVC est donc très importante. En effet, selon l'INSERM, après une lésion vasculaire cérébrale, 20 à 30% des patients présentent un syndrome d'héminégligence.

1.2.3 Polymorphisme de l'héminégligence

L'héminégligence est un syndrome avec des manifestations cliniques très variées et hétérogènes. Sa sévérité peut également être très différente en fonction des patients, de la lésion, et des troubles associés. Elle ne touche pas toujours le même espace chez l'individu.

Les manifestations cliniques de l'héminégligence sont différentes pour chaque patient, ce qui rend ce syndrome parfois surprenant et encore plus délicat à appréhender. Différents déficits peuvent se manifester de manière associée ou distincte concernant l'attention, la représentation mentale, la mémoire spatiale ou encore la conscience.

L'héminégligence est fréquemment associée à une hémiparésie, une hémianesthésie et une hémianopsie gauche qui peuvent se majorer jusqu'à atteindre des troubles praxiques, apraxie d'habillage, apraxie constructive et des troubles de la mémoire topographique.

1.2.4 Un facteur de mauvais pronostic

La présence d'une héminégligence après un AVC est un facteur de mauvais pronostic qui va retarder la récupération d'une autonomie motrice chez ces patients.

HELD et al. (1975) ont montré lors d'une étude que sur une population de patients, que la reprise de la marche sans aide après 6 mois de rééducation avait été possible pour 80% d'hémiparésie droite et 67% d'hémiparésie gauche.

Cette différence est expliquée par les perturbations visuo spatiales et les troubles de l'image corporelle liées au déficit moteur, touchés principalement dans les lésions de l'hémisphère droit.

De plus, DENES et al. (1982) comparent la récupération fonctionnelle de groupes de patients hémiplégiques droits et gauches, et ont montré une différence remarquable de récupération liée de façon significative à la présence d'un syndrome d'héminégligence gauche.

De ce fait, la présence de négligence spatiale unilatérale impliquant des troubles de la cognition spatiale est un facteur prédictif de mauvais pronostic fonctionnel.

La présence et la prise en compte de ce syndrome est donc un enjeu thérapeutique de premier plan chez ces patients, tant au niveau de la récupération motrice que pour réduire le handicap et améliorer le pronostic.

1.2.5 Anatomie de l'héminégligence

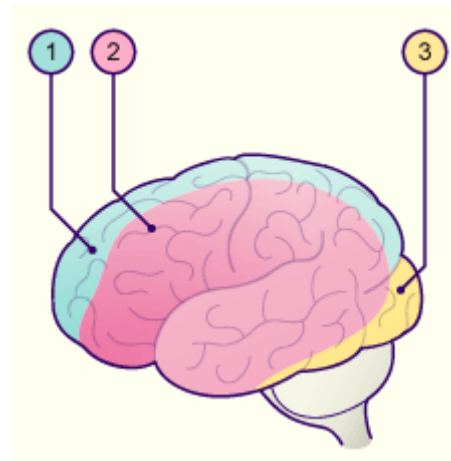
Je décrirai les lésions cérébrales dans l'hémisphère cérébral droit, entraînant une héminégligence. En effet, les tableaux d'héminégligence sévères sont consécutifs à des lésions de l'hémisphère cérébral droit. De plus, il existe de nombreuses lésions qui peuvent être responsables de l'héminégligence. Nous verrons donc les lésions **corticales**, **sous corticales** et les lésions des **faisceaux de substance blanche**.

De nombreuses recherches anatomo-cliniques décrivent la localisation cérébrale des lésions entraînant une héminégligence. L'origine de la lésion ne réunit pas tous les avis, et différents auteurs décrivent parfois des situations très différentes.

- Lésions corticales

Rappel sur les territoires des artères cérébrales :

1. *Territoire de l'artère cérébrale antérieure*
2. *Territoire de l'artère cérébrale moyenne*
3. *Territoire de l'artère cérébrale postérieure*



Le plus souvent, les lésions sont situées dans **le territoire de l'artère cérébrale moyenne**.

Les aires corticales atteintes sont le carrefour **temporo-occipito-pariétal** avec le lobule pariétal inférieur qui inclue le gyrus angulaire et le gyrus supra-marginalis (aires 39 et 40 de BRODMANN).

De plus, des auteurs comme BARTOLOMEO et CHOKRON démontrent que la région principalement touchée dans les cas d'héminégligences est la **jonction temporo-pariétale**. Ces atteintes corticales localisées entraînent une négligence majeure et persistante.

Les aires temporales touchées après un AVC peuvent aussi entraîner une héminégligence, en particulier avec une atteinte du **gyrus temporal supérieur**. En 2001, les études de KARNATH montrent que le gyrus temporal supérieur droit serait impliqué dans le syndrome de l'héminégligence, chez les patients qui ne présentent pas de troubles visuels associés.

Le lobe temporal moyen peut aussi être une cause du syndrome (quand il s'agit d'un AVC de **l'Artère Cérébrale Postérieure**), le plus souvent la zone para hippocampique qui est connectée au cortex pariétal et qui relaie les informations issue du lobe pariétal vers l'hippocampe.

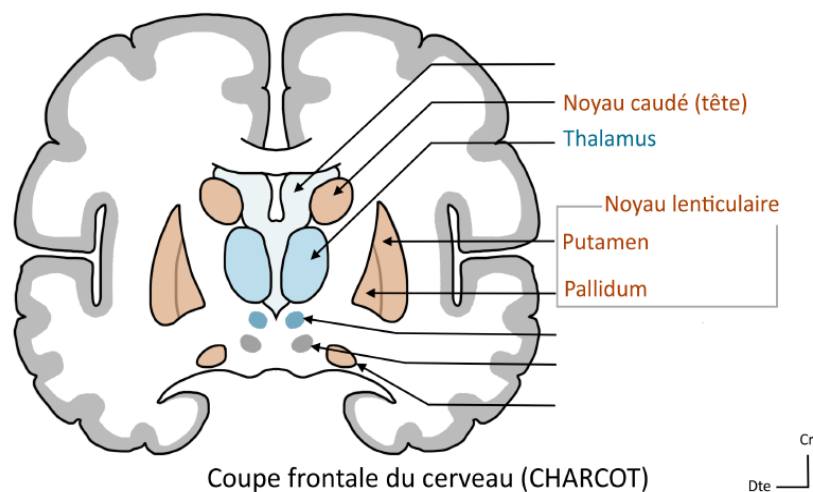
Une lésion **pré-rolandique** (en avant du sillon central de Rolando), qui toucherait le gyrus frontal inférieur ou le gyrus frontal moyen pourrait aussi déclencher une hémiparésie.

- **Lésions sous corticales**

Les lésions sous corticales sont moins fréquentes, mais peuvent tout de même être impliquées dans l'hémiparésie.

Il peut s'agir de lésions du **thalamus**, du **noyau caudé** ou du **noyau lenticulaire**.

Les mêmes régions cérébrales sont touchées dans « l'aphasie sous corticale » et la « négligence sous corticale ». Et comme pour l'aphasie sous corticale, le pronostic de récupération est meilleur qu'avec une atteinte sous corticale.



- **Lésions des faisceaux de la substance blanche**

De récentes études supposent qu'une hémiparésie gauche pourrait être entraînée par une lésion d'un des **faisceaux pariéto-frontaux**. Une telle lésion entraînerait une coupure de la communication entre le lobe pariétal et le lobe frontal ce qui jouerait un rôle dans la persistance du syndrome, contrairement à une hémiparésie avec une lésion corticale isolée.

La région fronto-pariétale, en lien avec le traitement de l'espace, lorsqu'elle est lésée pourrait être un signe de l'héminégligence (THIEBAUT et SCHOTTEN).

Ajoutons que les voies de communications sont moins étudiées dans le cas de ce syndrome, mais sa complexité suppose une « **pathologie de réseau** » plus qu'une pathologie corticale. DORICCHI et TOMAIVOLO parlent de l'atteinte du faisceau longitudinal supérieur.

Il n'y a pas aujourd'hui une région en particulier, responsable de ce syndrome. Probablement est-elle due à une pathologie de réseau, et donc plusieurs structures en communication touchées.

1.2.6 Formes cliniques de l'héminégligence

La manifestation de l'héminégligence chez un individu ne touche pas toujours le même espace, ou la même modalité sensorielle.

En effet, elle se dit **égocentrée** ou **corporelle** quand elle concerne le corps de l'individu, et **exocentrée** ou **extra_corporelle** lorsqu'elle s'applique à l'environnement, dans sa globalité ou sur l'objet.

Chez un patient, l'héminégligence peut donc concerner différents espaces comme **l'espace du corps, péricorporel, extracorporel** ou **représenté**, que je vais détailler.

- **Négligence extracorporelle**

Cette manifestation de l'héminégligence est la plus fréquemment retrouvée, en particulier sur **l'espace proche** (péri-corporel) : c'est l'espace dans lequel les membres ont une action. Par exemple, si l'on prend une feuille de papier sur laquelle on va écrire. C'est dans cette partie de l'espace que la plupart des tests sont effectués.

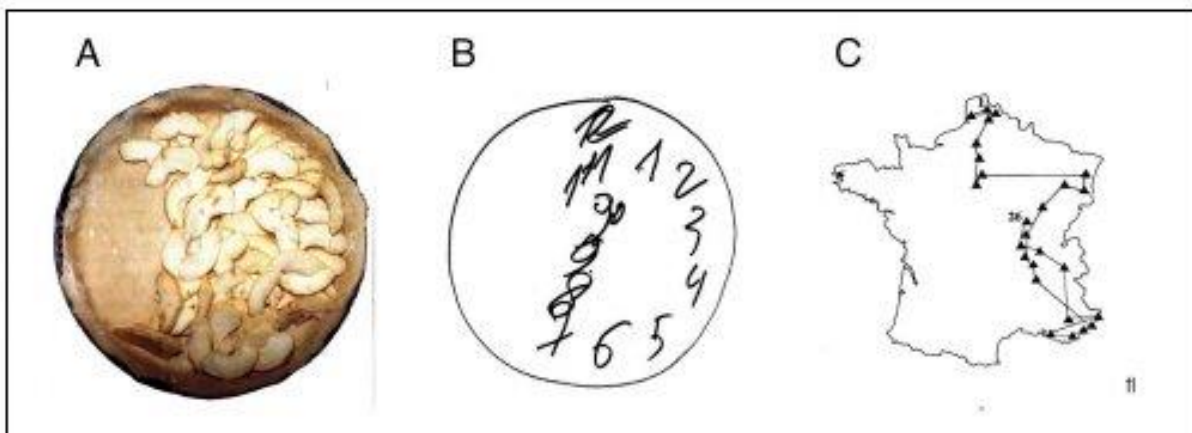
Mme L. présente une hémiparésie de l'hémicorps gauche suite à un AVC de l'hémisphère cérébral droit, à laquelle sont associés des troubles cognitifs, notamment des troubles dysexécutifs majeurs (difficultés à organiser et planifier). Elle se plaint de son hémiparésie principalement pendant les repas. En effet, il lui est impossible de gérer les déplacements de la nourriture dans son assiette : la nourriture se stocke dans le côté gauche de l'assiette et la patiente est incapable de la situer. C'est l'hémiparésie qui vient l'empêcher de constater la situation.

Le déficit peut aussi concerner les autres parties de l'espace :

- Espace lointain : dans ce cas-là, l'hémiparésie s'applique à l'espace en dehors du périmètre d'action des membres.

Prenons l'exemple de Mr R., dont je développerai le cas plus précisément dans ce mémoire, est un patient hémiparésique à gauche. Lors de ses déplacements en fauteuil roulant, ne pouvant pas appréhender l'espace lointain, il ne se déplace pas en ligne droite mais constamment sur sa gauche, ne se rendant pas compte lorsqu'il heurte le mur et ne peut plus avancer.

- Espace représenté : c'est l'espace que l'on se représente sans support visuel, comme lorsqu'on s'imagine une carte de France dans la tête.



Légende :

A. Lors de la confection d'une tarte aux pommes, le patient hémiparésique ne peut pas répartir les pommes partout dans le moule.

*B. Le patient ne peut pas écrire les chiffres sur toute l'horloge mais seulement sur la partie droite. Pour ces deux premiers exemples, l'héminégligence est **péricorporelle**.*

*C. Il est demandé de situer les villes principales sur la carte de France. Le patient ne les place qu'à droite. Ici l'héminégligence est **représentée**.*

Ces différentes manifestations de l'héminégligence peuvent être isolées ou associées chez les patients manifestant ce syndrome. Afin de déterminer quels espaces sont touchés par l'héminégligence, des tests sont effectués dans ces différents espaces.

- **Négligence corporelle**

Dans le cas d'une héminégligence corporelle du patient, les déficits vont essentiellement se concentrer sur le corps du patient.

Nous verrons donc des patients présenter des oublis de la moitié gauche du visage lors du rasage ou du maquillage, parfois même une stase des aliments dans la partie gauche de la cavité buccale au cours de la déglutition.

Des oublis du membre atteint sont aussi observés chez ces patients : nous pourrions voir des patients allongés ou assis sur les membres sans s'en rendre compte.

Cette manifestation de la négligence pourra être mise en évidence chez un patient à qui l'on demande de toucher son bras ou sa main du côté contro-lésionnel à la lésion. En cas de déficit, le patient ne parviendra pas à son objectif, et cherchera sa main là où elle n'est pas.

La négligence peut aussi être identifiée selon le versant moteur (intentionnel) ou perceptif (attentionnel).

- **Négligence motrice**

En l'absence d'hémiplégie ou de paralysie suite à l'apparition de l'AVC, nous pourrions parler de « négligence motrice ». Elle se manifeste par une sous-utilisation de l'hémicorps controlatéral à la lésion, imitant une pseudo hémiplégie.

Chez les patients présentant ce syndrome, nous pourrions observer une hypokinésie plus ou moins sévère dans les mouvements volontaires, l'absence de réflexes d'évitement lors de stimulations nociceptives, la perte de réaction de placement ou encore une absence ou rareté des mouvements volontaires du patient avec une amplitude minime.

Aujourd'hui, j'accompagne Mme L. en situation cuisine à son domicile avec son ergothérapeute. Malgré l'absence de troubles moteur, elle réalise la quasi-totalité des tâches avec sa main droite sans utiliser la main gauche. Elle dit « *oublier de l'utiliser* » et souvent a besoin d'une stimulation verbale pour qu'elle l'intègre dans l'action.

Cependant, l'héminégligence est en majorité associée à un déficit pyramidal du même côté, entraînant donc une paralysie.

- **Négligence sensorielle**

L'héminégligence peut toucher les différentes modalités sensorielles du patient. En effet, il peut présenter un déficit **visuel**, **auditif**, **olfactif** ou encore **somesthésique** (douleur, chaleur, pression ...).

L'héminégligence visuelle est la forme la plus observée, elle est parfois également associée à une hémianopsie latérale homonyme.

Lors d'une situation cuisine, Mme L. prépare une salade de tomate. Elle se retrouve à poser à côté du saladier deux tomates pendant la préparation. Ces tomates se trouvant à sa gauche, elle les néglige le temps de la recette. Elle ne les verra que plusieurs minutes plus tard après avoir changé de position, et après s'être placée à gauche des tomates.

Nous pouvons donc observer chez ces patients des phénomènes d'extinction, désignant l'incapacité à localiser un stimulus du côté controlatéral à la lésion cérébrale lorsque celui-ci est effectué simultanément à un stimulus ipsilatéral.

Cette extinction sensitive se manifeste en l'absence de déficit sensoriel primaire, et peut être observé pour les différentes modalités sensorielles (visuelle, auditive, tactile...).

1.2.7 Phénomènes liés à l'héminégligence et troubles associés

Encore une fois, le tableau clinique de l'héminégligence est très polymorphe. Pour ce qui est des phénomènes liés à l'héminégligence, il n'est pas certain qu'ils se présentent chez un patient. De plus ils peuvent se manifester seuls ou associés à d'autres troubles.

Dans la plus part des cas, nous pouvons donc observer chez les patients héminégligents :

- **Extinction** : comme vu précédemment, elle correspond à la difficulté à répondre à un stimulus contra lésionnel lorsqu'un autre stimulus est présenté simultanément du côté ipsi lésionnel. L'extinction ne se manifeste qu'en présence d'une compétition de stimuli (par exemple à droite et à gauche). Ce phénomène peut s'appliquer à différentes modalités sensorielles par exemple l'extinction sensitive, auditive...
- **Allochirie** : elle est souvent apparentée à l'extinction. L'allochirie est une localisation erronée, dans l'espace ipsi lésionnel, d'un stimulus effectué dans l'espace contra lésionnel du patient.
- **Signes d'une vision aveugle** : les patient héminégligents peuvent présenter ce type de manifestation, c'est-à-dire la présence d'une perception inconsciente du côté négligé.

Par exemple dans le test de « la maison qui brûle », le patient regarde deux photos : une maison classique, et une maison en train de brûler. Lorsqu'on lui demande de choisir l'une des deux, il choisira la maison qui ne brûle pas. Mais il ne peut pas expliquer pourquoi il choisit celle-là, l'héminégligence affecte sa perception.

- **Phénomène de la perception inconsciente** : principalement dans le cas de la présence d'une extinction, ce phénomène indique qu'une analyse perceptive initiale de l'espace négligé a lieu, mais cette analyse ne s'effectue pas dans les étapes de plus haut niveau. Les informations sont donc perçues mais pas entièrement traitées.

De plus, les patients héminégligents peuvent présenter d'autres déficits qui viendront alourdir leur tableau clinique mais aussi la PEC et la rééducation.

- **Asomatognosie**

C'est en quelque sorte un cas d'héminégligence « extrême ». Le patient en vient à ignorer totalement l'existence de son côté gauche, d'un ou des membres gauches. Ce phénomène frappe le plus souvent le membre supérieur.

- **Somatoparaphrénie**

C'est le fait que les patients attribuent l'appartenance de la main du côté contro-lésionnel à une autre personne. Il ne la reconnaît pas comme sienne. La personne à qui le patient attribue cette main est souvent un être proche, ou encore une personne complètement étrangère.

La manifestation de la somatoparaphrénie peut se faire à différents degrés en fonction du patient, ce sont des somatoparaphrénies mineures ou majeures.

« En arrivant, je trouvai le patient par terre près de son lit, regardant fixement l'une de ses jambes. Son expression était faite de colère, d'inquiétude et d'ahurissement [...]. Il s'était senti bien toute la journée et s'était endormi dans la soirée. Quand il s'était réveillé, tout allait encore bien, jusqu'à ce qu'il bouge dans son lit. Il avait trouvé « *la jambe de quelqu'un* » dans son lit. Une jambe humaine coupée, une chose horrible ! » O. SACKS.

Il arrive que les patients personnifient leur main, en leur donnant un nom ou un surnom. De plus, certains patients ressentent un réel mépris ou ressentiment pour cette main. En 1962, CRITCHLEY nous propose le terme « misoplégie ».

- **Anosognosie**

Elle s'associe très fréquemment à une hémiparésie sévère. L'anosognosie est encore mal définie, mais on porte un diagnostic devant la méconnaissance par le malade des troubles dont il est atteint.

BABINSKY décrit en 1914 l'anosognosie comme « une méconnaissance et une non conscience d'une hémiparésie gauche, malgré la conservation relative des fonctions intellectuelles. »

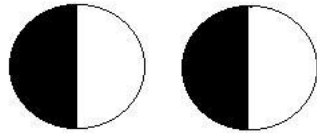
Dans La Pensée Naufragée, OPPENHEIM-GLUCKMAN écrit « *L'anosognosie est encore mal définie. Elle est diagnostiquée devant un patient qui n'a pas conscience de son/ses déficit(s), devant une indifférence émotionnelle ou une dénégation active du handicap associé parfois à des hallucinations ou à des éléments délirants.* »

Au tout début de sa présence au SSR, Mme L. se cognait aux portes de placards à sa gauche très régulièrement. Au lieu de réaliser que l'hémiparésie l'empêchait de prendre en compte ces portes, elle se disait « *maladroite* », sans réellement prendre conscience de ses troubles.

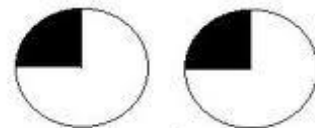
- **Troubles sensoriels, sensitifs et moteurs**

Bien que dans sa définition, HEILMANN décrit l'hémiparésie en l'absence de troubles sensoriel ou moteur, il s'avère que ceux-ci soient souvent présent en parallèle de l'hémiparésie.

- Troubles sensoriels : il peut y avoir la présence d'une hémianopsie, c'est-à-dire la perte de la moitié du champ visuel sur un plan vertical, symétriquement pour les deux yeux. Une quadranopsie est aussi possible, c'est la perte d'un quadrant visuel, également symétrique pour les deux yeux. Le côté du déficit visuel est controlatéral à la lésion cérébrale.



Hémianopsie Latérale Homonyme G
(atteinte bandelette optique D)



Quadransopie latérale homonyme
supérieure G
(atteinte radiations optiques inf D)

- Troubles sensitifs : il est possible qu'associé à l'héminégligence, une hémianesthésie se manifeste, c'est la perte de la sensibilité de l'hémicorps controlatéral à la lésion. Il arrive aussi que la présence d'une hypoesthésie soit remarquée, entraînant une diminution de la sensibilité à la stimulation. La sensibilité touchée peut être superficielle, profonde et/ou viscérale.
- Troubles moteurs : l'hémiplégie est également un phénomène courant associé à l'héminégligence, c'est une paralysie d'un hémicorps. Si la paralysie n'est pas totale, nous pourrions voir une hémiparésie, c'est-à-dire une déficience motrice moins importante que dans l'hémiplégie.

1.2.8 Théories neuropsychologiques de l'héminégligence

De nombreuses hypothèses ont été posées concernant l'héminégligence, amenant à la conception de plusieurs modèles explicatifs. Une des premières suggérait qu'elle se limitait à un déficit visuel et sensitif. Cependant de nombreux cas d'héminégligence nous montrent une dissociation entre ce syndrome et des troubles sensoriels primaire.

Actuellement il y a des groupes distincts de modèles, soit des hypothèses **attentionnelles, représentationnelles et intentionnelles**.

- **Hypothèses attentionnelles**

De nombreux auteurs se sont attardés sur la conception d'hypothèses concernant l'importance de l'attention dans le syndrome d'héminégligence.

Le modèle de Kinsbourne (1970)

Il propose un modèle vectoriel basé sur l'existence d'un « biais attentionnel » latéral, en lien avec un déséquilibre inter-hémisphériques touchant l'orientation vers chaque côté de l'espace. Dans le cas de l'héminégligence (ici gauche), l'orientation vers la droite est plus marquée. Ce déséquilibre attentionnel peut prendre plusieurs aspects, il peut en effet se manifester de la simple orientation dans l'espace aux représentations mentales de l'individu.

Le modèle de Mésulam (1981)

Mésulam propose un modèle qui s'appuie sur le réseau neuronal dont certaines aires cérébrales seraient impliquées dans l'attention sélective. Pour lui les différentes lésions recensées dans le réseau expliqueraient les comportements divers de l'héminégligence.

Le modèle de Posner et Petersen (1990)

Ce modèle différencie trois étapes dans l'orientation de l'attention dans l'espace soit : le désengagement de l'attention préalable à un déplacement, le déplacement de l'attention sur un stimulus, et l'engagement de l'attention. Il développe l'idée que dans le syndrome d'héminégligence, la perturbation de l'orientation de l'attention sélective dans l'espace serait au niveau du désengagement de l'attention.

Le modèle de Heilman, Valenstein et Watson (1993)

Ce modèle soulève l'hypothèse que l'hémisphère droit serait dominant concernant l'attention spatiale. L'hémisphère droit pourrait orienter l'attention vers la droite et vers la gauche, alors que l'hémisphère gauche ne pourrait orienter l'attention que vers le côté contro-latéral. Suivant cette logique, lorsque l'hémisphère droit est lésé par un AVC, l'hémisphère gauche ne peut pas compenser et ne peut pas orienter l'attention des deux côtés.

- **Hypothèses représentationnelles**

Le modèle de Luzzatti et de Bisiach (1978)

Dans cette hypothèse, il y a un lien entre le phénomène d'héminégligence gauche dans les tâches perceptives et les troubles de la représentation mentale d'une image visuelle dans sa partie gauche. Ce phénomène est indépendant de la position du patient dans l'espace. Ce trouble de la représentation présenté par ces auteurs relève d'une distorsion de la représentation de la partie controlatérale et une expansion du côté sain.

Le modèle de Hillis et Caramazza (1990)

Ces auteurs supposent que le déficit se fait au niveau de la reconstruction représentationnel de l'image ou du mot représenté plutôt qu'un mauvais traitement neuronal des stimuli.

- **Hypothèses intentionnelles**

Le modèle de Berti et Rizzolatti (1990)

Ce modèle émet la « théorie pré-motrice », à l'interface entre les théories attentionnelles et représentationnelles. Dans cette façon de raisonner, l'attention et la préparation de l'action sont étroitement liées.

De ce fait, l'attention serait alors associée à l'intention de faire l'action et donc au déroulement moteur dans un secteur de l'espace (péri-personnel, extra-personnel, personnel).

Ainsi dans cette partie, j'ai présenté l'héminégligence suite à un AVC dans toutes ses modalités et ses spécificités, même si, je le rappelle, il n'y a pas une seule sorte d'héminégligence. Chaque patient présente des héminégligences différentes, c'est ce qui rend difficile la prise en soin et la rééducation qui se doit d'être adaptée et spécifique à chaque patient.

Je définirai la notion d' « autonomie » dans ses nuances, l'accès à l'autonomie qui est un des enjeux auprès des patients héminégligents.

2 Autonomie

L'autonomie des patients est actuellement un réel enjeu de santé publique, et c'est également un des objectifs des équipes soignantes. En effet en aidant les patients à être plus autonomes, ils acquièrent un maximum de compétences pour un retour à domicile plus serein.

Souvent, cet objectif est au centre du suivi **transdisciplinaire**. L'équipe médicale et paramédicale travaillent dans la même direction, pour un même objectif.

Dans cette optique, la psychomotricité possède un rôle essentiel et spécifique dans l'accompagnement des patients. Les particularités de cette discipline vont permettre une autre approche des troubles pour amener le patient à s'autonomiser. Je verrai dans cette partie quels apports peuvent amener un psychomotricien dans l'autonomisation d'un patient, en particulier un patient héminégligent avec un tableau clinique polymorphe.

Tout d'abord je rappellerai quelques notions et définitions concernant l'autonomie, puis détaillerai les spécificités de la psychomotricité.

2.1 DEFINITIONS

Les termes « *indépendance* » et « *autonomie* » sont souvent employés indifféremment dans le langage courant. Ils définissent cependant deux concepts bien distincts que je définirai, et sont indépendants l'un de l'autre. Les répercussions de l'autonomie et de l'indépendance sur la vie des patients sont singulièrement différentes, cependant ces deux modalités participent toutes deux à la **qualité de vie** des patients, qui est selon l'OMS « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.* »

2.1.1 Autonomie

Selon le dictionnaire Larousse, l'autonomie c'est « *la capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui, le caractère de quelque chose qui fonctionne ou évolue indépendamment d'autre chose* ».

Selon Encyclopaedia Universalis, étymologiquement, le terme « autonomie » vient du grec « *autonomia* ». Il est composé du grec *autos* (soi-même) et *normos* (loi, règle). Ce qui renvoie au fait de se donner à soi-même sa propre loi, ses propres règles.

L'autonomie est synonyme de liberté, et elle se caractérise par le fait de pouvoir **prendre des décisions par soi-même.**

« L'autonomie n'est ni l'individualisme, ni l'indépendance, ni la dépendance. L'autonomie n'est ni le désordre, ni la liberté, ni la contrainte. L'autonomie n'est ni l'indifférence, ni le pouvoir absolu, ni l'absence d'identité. » (PÔLET-MASSET, 1993)

En 1995, A.M. PÔLET-MASSET, licenciée en soins infirmiers et en logopédie, enseignante en institut de soins infirmiers, décrit l'autonomie autour de trois axes principaux :

- Le premier axe traite de **l'interdépendance**. C'est-à-dire que l'autonomie repose sur le fait de connaître et d'assumer ses dépendances pour évoluer vers une certaine indépendance. Cette interdépendance se révèle dans les relations, la communication et le partage avec son environnement. Dans ce premier axe, l'autonomie découle des liens avec autrui.
- Le deuxième axe fait appel à la notion de **responsabilité** concernant l'autonomie. C'est-à-dire que la connaissance des règles et les limites de la société ou de ses propres règles est indispensable pour l'accès à l'autonomie, afin de permettre des interactions harmonieuses.
- Le troisième axe aide à définir les zones de pouvoir propres au statut de chacun. Et en prenant en compte d'autrui, les choix qui en suivront se baseront sur les thèmes de la responsabilité et de la **conscience de soi**.

Ainsi, l'autonomie concerne la **capacité de jugements des sujets**, et donc la capacité de choisir et de prévoir, la liberté d'accepter ou de refuser en fonction de son jugement. Cette notion correspond à la capacité de se gouverner par soi-même. Pour reprendre les axes d'A.M. PÔLET-MASSET, l'autonomie est un phénomène d'interdépendances actives avec l'environnement, avec une adaptation constante de l'individu. De ce fait, les personnes fragilisées, qui vivent une baisse de leur adaptation liée à la diminution de leurs ressources, voient souvent se réduire leur propre autonomie.

C'est ce qui se passe souvent lors d'une hospitalisation, avec une réadaptation de l'autonomie comme enjeu majeur chez les patients, pour qui les ressources personnelles, qu'elles soient physiques, psychiques, économiques ou sociales, ne sont plus les mêmes. Dans le cas de patients héminégligents en SSR, ils doivent faire face à des pertes de capacités et d'autonomies dans la vie quotidienne, et cette modalité de la prise en charge est travaillée avec l'équipe de rééducation.

2.1.2 Indépendance et dépendance

Dans le Larousse, **l'indépendance** est définie comme « *l'état de quelqu'un qui n'est tributaire de personne sur le plan matériel, moral, intellectuel.* »

C'est la capacité de « *faire l'action* » dans le domaine neurosensoriel et moteur. L'indépendance concerne principalement la capacité à réaliser seul une action, qu'elle soit physique, cognitives, sociale ou économique.

L'autonomie s'intéresse donc au fait de prendre la décision de faire quelque chose, alors que **l'indépendance** se porte sur le fait de réaliser l'activité sans aucune aide humaine. Ces deux notions se situent à deux niveaux différents dans l'action. Être autonome ne signifie donc pas systématiquement être indépendant, ce sont deux notions bien distinctes.

Prenons l'exemple d'un patient après un accident vasculaire cérébral, il est alors capable de prendre des décisions seul et décide d'aller prendre une douche. Cependant il ne peut pas y aller seul à cause de son hémiplégie. Ce patient est donc autonome mais pas indépendant, car il nécessite l'aide d'un tiers pour se déplacer.

Aujourd'hui, première rencontre avec Mme D. Cette patiente présente un syndrome parkinsonien avancé avec de nombreux troubles moteurs. Des troubles cognitifs se remarquent aussi, notamment une aphasie (perte totale ou partielle de la capacité de parler ou de comprendre le langage parlé ou écrit), mais ceux-ci n'entravent pas sa capacité à prendre des décisions. Mme D. est à l'origine de la mise en place d'aides humaines chez elle, et gère ses rendez-vous et son emploi du temps. Les fonctions exécutives sont donc efficaces, et ce qui fait défaut c'est sa compréhension (elle peut dire « oui » pour « non » et inversement). A ce stade-là, Mme D. est donc autonome mais dépendante d'aides humaines pour réaliser l'action.

La **dépendance** est donc l'incapacité partielle ou totale à réaliser une activité sans l'aide d'un tiers. Pour surmonter les difficultés, la personne peut nécessiter une aide humaine ou encore une aide technique (exemple d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant pour se déplacer dans le cas d'une dépendance motrice).

La dépendance peut arriver dans la vie d'une personne au cours du vieillissement normal, d'un accident, d'une maladie ou encore d'une hospitalisation. Les causes de la dépendance sont variées et impliquent des facteurs médicaux, sociaux et psychiques qui peuvent amener à une institutionnalisation de la personne dépendante, ainsi que des modifications des relations avec l'entourage.

2.1.3 Dépendance et handicap

Il me semble à présent important de faire un parallèle entre la notion de dépendance et celle de handicap : en effet, dans la vie quotidienne, les deux sont le plus souvent associés.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), à travers la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, donne accès à une définition du handicap : « *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.* »

2.1.4 Handicap, incapacité et déficience

En 1980, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une classification connue sous le nom de Modèle de Wood : « **la Classification Internationale des Handicaps : déficience, incapacités et désavantages** ».

Cette classification propose des définitions précises pour chaque notion :

- La déficience :

Elle concerne le dysfonctionnement d'un organe ou d'un système qui est évalué par rapport au fonctionnement habituel de cet organe. L'incapacité correspond à la lésion, pour un patient héminégligent suite à un AVC, c'est la lésion cérébrale.

- L'incapacité :

Ce sont les conséquences de la déficience d'un organe ou d'un système, c'est ce qui fait suite au problème. Il peut en résulter une réduction partielle ou totale, réversible ou irréversible de la capacité à accomplir les activités de façon habituelle. C'est « ne pas être capable de » réaliser telle ou telle action, être limité dans le fait de faire quelque chose.

○ Le handicap :

C'est l'écart entre l'incapacité de l'individu et les ressources matérielles, sociales et personnelles auxquelles il a accès pour surmonter ces incapacités. Cet écart engendre un désavantage social pour l'individu, résultant de la déficience et de l'incapacité. Le handicap va compromettre l'accomplissement du rôle de la personne dans sa sphère socio-professionnelle notamment.

2.1.5 Autonomie et handicap

La notion d' « *autonomie* » et celle de « *handicap* » sont étroitement liées. En effet, par le manque de possibilité à surmonter ses incapacités, l'individu va voir apparaître une baisse de son autonomie. Les ressources n'étant pas suffisantes au quotidien, les patients nécessitent de plus en plus d'un tiers afin de les aider dans les activités quotidiennes.

Mme L. est très impactée par ses troubles dysexécutifs, qui l'empêche de s'organiser et de planifier correctement. Par conséquent, Mme L. voit une baisse d'autonomie impacter son quotidien et une situation de handicap s'installe peu à peu, au vu de l'installation de ces troubles.

2.2 COMPOSANTES DE L'AUTONOMIE

Nous pouvons employer le terme d' « autonomie » pour évoquer une personne handicapée, déficiente, ou alors d'une personne valide. Ce terme est utilisé sans discrimination au niveau du handicap, et est décomposable selon sa temporalité par rapport à l'action. C'est-à-dire que nous pouvons parler d'autonomie avant l'action ou pendant l'action.

- **Avant l'action :**

Il faut que la personne, suite à un besoin, ait elle-même l'idée d'entreprendre une action. S'ajoutent à cette dimension l'intention, et l'autodétermination qui participent au fait de vouloir entreprendre l'action et à la volonté d'atteindre l'objectif.

Pour être autonome, la personne doit être capable d'anticiper une situation et de réagir sur un temps court, pour mettre en place une stratégie et les moyens au fonctionnement de l'action mise en place.

- **Pendant l'action :**

Pendant le déroulement de l'acte, la personne doit pouvoir maîtriser chaque action pour faire face à d'éventuels imprévus ou/et difficultés (sensorielles, motrices, affectives...). Son comportement doit également être adapté aux tiers rencontrés pendant l'action.

2.3 PATIENT ACTEUR DES SOINS

Être acteur des soins n'est pas une évidence pour tous les patients. En fonction de leurs conditions physique et cognitive, de leurs difficultés et des nombreuses prises en charge, il arrive que les patients soient relégués à une place « d'objet des soins », dans laquelle ils n'ont pas ou peu la place de participer activement.

Dans le cas de patients cérébro-lésés hémiparétiques, les symptômes sont la plupart du temps variés et associés à d'autres troubles. Les prises en soin sont donc multiples au niveau médical et paramédical. Le patient participe alors à de nombreuses séances de rééducations dans lesquelles les professionnels lui indiquent les consignes à suivre pour récupérer au mieux les fonctions impactées.

Le fait de placer le patient comme actif et décisionnaire dans sa prise en soin rééducative est étroitement lié à la notion d'autonomie. En effet, avant même de penser à l'autonomie dans les activités quotidiennes dans l'objectif d'un retour à domicile, l'autonomie commence dès les séances de rééducation. Le patient doit pouvoir prendre des décisions, apporter des remarques avec un point de vu subjectif et se placer en tant qu'acteur de sa rééducation, et non la « subir ».

En psychomotricité, l'objectif est donc de placer ces patients comme « acteur de soin », avec une écoute attentive de leurs attentes, de leurs ressentis et leur vécu de leur situation. Un des objectifs étant qu'en prenant part active des séances, ils puissent le transposer au quotidien, à domicile ou au SSR.

Cette élaboration est importante en **transdisciplinaire** pour que les acquisitions puissent être le mieux intégrées possible. Pour cela, la relation avec les soignants est un facteur essentiel.

Cependant, il arrive également que la relation ou la prise de contact avec ces patients pose problème pour certains professionnels. Par exemple, lorsqu'un patient héminégligents est amimique, avec des troubles attentionnels et un regard peu présent, l'entrée en contact avec lui peut être difficile et mal interprétée. Faire de la place à ces phénomènes est aussi primordial en psychomotricité pour que la relation ne soit pas impactée par ces symptômes.

Mr B. est un patient héminégligents qui se présente également comme désinhibé avec des troubles frontaux, et un caractère particulier. En effet, il est assez spontané et n'a pas de « filtre » dans ce qu'il dit. Lors de son séjour au SSR, le personnel soignant a eu beaucoup de mal dans la relation avec ce patient à cause des troubles qu'il présentait, et pensaient que Mr B. se moquait deux par sa façon de parler et d'agir.

Nous verrons les différentes modalités d'une prise en charge en psychomotricité pour ces patients héminégligents en route vers l'autonomie, en prenant en compte la relation, l'alliance thérapeutique, la communication ou encore l'entourage.

2.3.1 Recommandations HAS

La Haute Autorité de Santé (HAS) propose des recommandations sur le fait d'impliquer le patient dans sa prise en charge pour améliorer ses soins.

Les objectifs principaux sont **de renforcer la place du patient dans sa prise en charge**, de **faciliter l'alliance thérapeutique**, ainsi que de **connaître la maladie**, la **souffrance** du patient et de prévenir a **stigmatisation** qui pourrait en résulter.

Pour cela, la HAS recommande de :

- « Savoir **communiquer** avec le patient pour reconstituer avec lui son histoire, évaluer son état actuel, repérer avec lui les éventuels facteurs de risque individuels de violence, des signes précurseurs, des circonstances déclenchantes, les facteurs de protection et ses ressources.
- Construire et mettre en œuvre avec le patient un **projet thérapeutique** individualisé, complété si besoin par un plan de prévention construit avec lui.
- Informer et expliquer au patient ne pouvant consentir aux soins le projet thérapeutique et les modalités de prise en charge.
- Se présenter, expliquer le fonctionnement du service et de l'établissement.
- Accueillir le patient avec **bienveillance** quels que soient son mode d'hospitalisation et les troubles qu'il présente. Présenter et expliquer au patient le quotidien, les activités disponibles, les activités thérapeutiques ; suivre et tracer avec lui ses participations.
- S'assurer de la prise en charge de **l'entourage** si besoin, [...] en cas d'hospitalisation du patient.
- Reconnaître et gérer ses propres **représentations** et ses émotions face au patient. »

Notre champ d'intervention en psychomotricité s'inscrit parfaitement dans ces recommandations. Dans notre pratique, la relation avec le patient, son écoute et la place pour son expression est primordiale. L'intégration de l'entourage est aussi un atout pour l'accès à l'autonomie, et les personnes proches peuvent être un repère solide pour les patients hospitalisés.

Afin de permettre aux patients d'accéder à une meilleure autonomie, une relation thérapeutique solide et sécurisante doit s'installer dans les séances. Cette relation pourra être un appui et un soutien pour le patient, pour que le thérapeute et lui avancent ensemble dans la rééducation. Tous les éléments de la prise en soin en psychomotricité sont importants pour que le patient accède à une meilleure autonomie.

Nous verrons dans la suite de ce mémoire la place de la psychomotricité auprès des patient héminégligents, ainsi que son rôle dans le gain d'autonomie chez ces patients.

3 Lecture psychomotrice de l'héminégligence

Dans cette troisième partie, je présenterai la structure dans laquelle j'ai effectué mon stage cette année, et qui m'a permis d'écrire ce mémoire. Je décrirai aussi la place de la psychomotricité au sein de cet établissement et auprès des patients héminégligents.

3.1 CONTEXTE DE SOIN

3.1.1 Fonctionnement général d'un SSR

Au cours de ma troisième année en psychomotricité, j'ai effectué un stage dans un centre de Soins de Suite en Réadaptation (SSR).

Le SSR s'inscrit dans le parcours de soin des patients, entre l'hospitalisation et le retour à domicile (ou vers une autre institution). Les patients sont pris en charge dans le but de prévenir ou de réduire les conséquences psychologiques, fonctionnelles, physiques, sociales ou cognitives des déficiences après l'accident.

Cet accompagnement nécessite donc une équipe complète et riche composée de cadres de santé, de médecins, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychologues, de psychomotriciens, d'assistantes sociales, d'aides-soignants, d'infirmiers, de brancardiers, etc. Le SSR met donc en lien des moyens médicaux, paramédicaux, sociaux et techniques dans le but d'un suivi **pluridisciplinaire** des patients, et c'est dans ce cadre composé de plusieurs professionnels que les patients sont amenés à approcher la psychomotricité.

L'objectif principal du SSR est axé sur le retour à domicile des patients, ainsi que sur le lieu de travail. Pour cela, trois missions principales sont mises en place :

- **La rééducation** : afin de permettre aux patients de retrouver les meilleures fonctions physiques, cognitives et psychologiques possibles.
- **La réadaptation** : en cas d'incapacités irréversibles, sont mises en œuvre des actions pour permettre aux patients de s'adapter à ces limitations.

- **La réinsertion** : elle représente l'aboutissement de la prise en charge des patients au SSR. Elle va permettre une réelle autonomie et un retour dans la société en évitant un processus d'exclusion.

Plus spécifiquement, le travail en **réadaptation** avec les patients, qui s'adapte aux besoins moteurs, cognitifs et environnementaux, a des objectifs bien précis. Il implique le patient dans sa prise en soin pour favoriser son **autonomie** et il prépare sa réinsertion. A côté de ça, l'aider à trouver un « mieux être » est très important lors du séjour au SSR, une meilleure qualité de vie.

Au sein de SSR dans lequel j'ai effectué mon stage, trois psychomotriciennes sont présentes. Deux en temps partiels, et une en temps complet. J'ai pu effectuer ce stage avec cette dernière tout au long de l'année, avec des patients de l'étage de neurologie et d'autre à celui de l'hospitalisation de jour dont elle est responsable.

Les patients sont hospitalisés au SSR dans leur parcours de soin. En effet, ils intègrent la structure après une intervention médicale ou chirurgicale, dans le cadre de maladies chroniques ou d'AVC. Le passage dans le SSR arrive à un moment stratégique pour les patients nécessitant des soins importants au quotidien, afin de préparer au mieux le retour à domicile, avec l'acquisition de la meilleure autonomie possible.

Les patients sont accueillis en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour. Ils résident donc dans l'établissement sur un temps défini, ou alors viennent au SSR les jours pendant lesquels ils sont pris en charge par l'équipe, et vivent chez eux le reste du temps.

La plupart du temps, les patients en hospitalisation complète sont ensuite hospitalisés de jour pour continuer à bénéficier des prises en charges des équipes du SSR, tout en retrouvant une vie à domicile.

3.1.2 Prise en soin pluridisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire des patients en SSR

Afin de prendre en charge au mieux les patients présents au SSR, l'équipe soignante se coordonne en fonction des besoins, et agit dans le but d'une rééducation, réadaptation et réinsertion des personnes. Les objectifs principaux **étant l'indépendance fonctionnelle** et le **retour à domicile** avec la meilleure autonomie possible. Tout est mis en œuvre pour une récupération dans les meilleures conditions.

C'est le contexte dans lequel nous travaillons, le temps qui nous est disponible, et l'institution qui détermine la prise en charge pluridisciplinaire, interdisciplinaire ou transdisciplinaire pour chaque patient. Chaque patient étant différent, avec une intrication de symptômes plus ou moins complexes, la prise en soin doit s'adapter et être personnalisée, impliquant chaque professionnel dans ses spécificités. Un projet thérapeutique individualisé est donc mis en place, adaptés aux besoins des patients.

Au début de l'hospitalisation, et après réalisation de bilans spécifiques, l'équipe pluri professionnelle met en place un projet thérapeutique rééducatif et réadaptatif individualisé et adapté aux besoins et aux difficultés de chaque patient.

La prise en charge d'un patient peut donc être :

- Une prise en charge pluridisciplinaire : C'est une prise en charge de plusieurs professionnels qui s'organisent autour des troubles du patient, en fonction de leur spécificité. C'est-à-dire qu'à chaque trouble correspond une profession avec la meilleure compréhension et les meilleurs moyens techniques pour réduire ou faire disparaître le trouble. La mission c'est d'assurer les conditions matérielles, sociales et financière pour l'aménagement du logement et de la vie future. Il faut cependant faire attention, la prise en charge pluridisciplinaire à une forme de limite, c'est-à-dire que le patient tend à être objet des soins. C'est un facteur auquel il faudra être attentif, pour ne pas que le patient se retrouve objet et qu'il puisse participer activement aux soins.

Mme D. est suivie par plusieurs professionnels pour ses différents troubles : de la kinésithérapie pour ses problèmes moteurs, de l'orthophonie pour sa dysarthrie (trouble de l'articulation de la parole) et ses difficultés aphasiques (perte totale ou partielle de la capacité de parler ou de comprendre le langage oral ou écrit) ; etc.

- Une prise en charge interdisciplinaire : cette prise en charge permet de s'orienter différemment et de regrouper les différentes professions. L'équipe va s'orienter selon la fonction atteinte. L'objectif n'est donc plus de faire réduire ou disparaître un trouble mais d'améliorer une fonction. Il y a des zones de compétences qui se chevauchent, mais avec des formations professionnelles différentes, et donc des approches spécifiques.

J'ai été sensibilisée à cette approche interdisciplinaire au cours de mon stage, en participant au groupe communication. Ce groupe est composé de patients aphasiques et est animé par une orthophoniste et une psychomotricienne. Ce groupe est donc orienté sur l'aphasie de ces individus, et leur permet d'interagir entre eux ou avec les professionnelles avec l'aide d'un support ludique. L'approche psychomotrice et l'approche orthophoniste sont toutes deux intriquées et vont vers les mêmes objectifs avec ces résidents.

- Une prise en charge transdisciplinaire : ici, l'objectif n'est pas de réduire le trouble ou d'améliorer la fonction, mais de s'intéresser au projet de vie et donc être plus près du patient. Chaque professionnel met ses compétences au service du patient, et celui-ci est au cœur des questionnements : qu'est-ce que la personne à envie de faire ? Comment organiser son projet de vie ? Dans quelle vie se projeter ? Comment préparer la sortie du SSR ?
C'est au plus près de la subjectivité du patient. Cette sorte de prise en charge engage des compétences transversales de chaque profession. Tous les professionnels vont dans la même direction, c'est-à-dire le projet thérapeutique du patient.

J'ai pu rencontrer Mr O. au cours de mon stage, qui présente une amnésie antérograde massive sévère suite à une rupture d'anévrisme. D'autres signes cliniques s'ajoutent à cette amnésie, soit un syndrome frontal et des troubles du comportement. Concernant le tableau clinique particulièrement chargé de Mr O., et sa dépendance importante, l'équipe travaille non seulement chacun de son côté avec sa spécificité, mais dans un but commun qui est l'amélioration de la qualité de vie de Mr O. et de sa sœur qui l'accueille tous les weekends. Dans ces séances, nous accueillons ses questions, ses inquiétudes, ses représentations de son état. De plus le lien fait avec sa sœur est omniprésent, prenant en compte sa qualité de vie ainsi que son état général, pour amorcer ensuite un projet de vie avec elle, tout en considérant la perte d'autonomie de Mr O. et ses séquelles de l'AVC.

C'est cette approche transdisciplinaire qui est mise en avant dans la prise en soin des patients vers l'autonomie. Cette approche transdisciplinaire est favorisée dans l'accompagnement des patients héminégligents pour favoriser leur autonomie, ainsi tous les professionnels ont un but commun, plaçant le patient acteur des soins.

3.2 CONTEXTE DE LA PSYCHOMOTRICITE

3.2.1 Qu'est-ce que la psychomotricité ?

Comme l'énonce D. GRABOT : « *le développement et le fonctionnement humains comprennent trois volets absolument indissociables et en permanente interaction : la motricité, les sensations et les représentations.* » (2010)

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* ».

Ces définitions permettent d'affirmer que la psychomotricité intervient psycho corporellement auprès des patients. Le corps étant lié à l'esprit, notre travail vient s'engager à travers ces deux dimensions de l'homme pour nous permettre d'aller à la rencontre des patients et de leur histoire.

La naissance de la psychomotricité s'inscrit à l'époque d'une nouvelle compréhension du développement de l'enfant, avec la mise en avant du tonus et de l'action dans le développement de l'intelligence. Ces découvertes se font dans le cadre de progrès en neuro-anatomie à la même période. Une certaine forme de prise en charge des troubles psychomoteurs est déjà en place, s'appuyant sur des preuves scientifiques qui valident la plasticité cérébrale et la notion d'attachement.

La psychomotricité se trouve au carrefour entre la psychiatrie, la neurologie et la physiologie. Elle consiste en une prise en compte globale de la personne, considérant la sphère psychique et corporelle du sujet. L'approche psychomotrice est donc globale et corporelle, le psychomotricien s'engage alors corporellement dans la rencontre avec les patients.

La psychomotricité est une profession paramédicale, avec un rôle de rééducation. Le champ d'intervention est très large, au niveau de l'âge ou encore du lieu d'exercice. Cinq types d'actions sont mises en avant : le **dépistage**, la **prévention**, le **diagnostic**, la **rééducation** et **l'accompagnement**.

Les psychomotriciens interviennent auprès de patients suite à une prescription médicale, et les indications ont été définies par le Décret d'Acte du 6 mai 1988. Aujourd'hui, le développement des formations en psychomotricité et les multiples lieux d'exercices permettent de mesurer le large champ d'intervention, la richesse et la variété de la profession. De ce fait, au fil des années, la psychomotricité est amenée à se développer, s'enrichir et à se diversifier.

Dans ce décret d'acte, les trois principaux champs d'action de la psychomotricité apparaissent : **l'éducation**, la **rééducation**, et la **thérapie psychomotrice**. Ces axes sont au cœur de la prise en soin psychomotrice et s'articulent afin d'offrir au patient un accompagnement le plus adapté possible.

- L'éducation psychomotrice

Cet axe de travail de la psychomotricité vise à accompagner et étayer le développement psychomoteur, afin que celui-ci se déroule le plus harmonieusement possible. Cette méthode thérapeutique a pour but de stimuler les aspects « normaux » du développement, afin de permettre l'intégration des fonctions psychomotrices (instrumentales, cognitives, symboliques...)

- La rééducation psychomotrice

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la rééducation psychomotrice est « *une méthode thérapeutique proposant une nouvelle éducation visant à la récupération ou l'amélioration d'une fonction psychomotrice* ». Cette définition suppose la restitution de la fonction lésée (acquise puis altérée après une maladie, un traumatisme...), ou qui s'est mal intégrée au cours du développement.

- La thérapie psychomotrice

L'approche psychomotrice est souvent définie comme une thérapie « psychocorporelle ». Cette méthode thérapeutique vise à établir ou rétablir l'équilibre psychocorporel. Selon le Centre National de Ressources Textuelle et Lexicales (CNRTL), la thérapie est une « *méthode de traitement de certains troubles psychiques ou psychosomatiques, par l'analyse, l'expression corporelle* ».

Dans cette approche, la visée globale de la thérapie psychomotrice laisse la place à l'expression de la personne mettant en avant le maximum de son potentiel. La thérapie vise à harmoniser entre elles les fonctions motrices et psychologiques, mettant en jeu les aspects corporel, affectif, identitaire et cognitif.

D'après D. GRABOT (2010) : « *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* ».

Dans l'accompagnement de ces patients héminégligents en SSR, chaque aspect de la prise en soin psychomotrice est important, afin de saisir l'importance des signes cliniques et d'accompagner au mieux les patients, entre autre, vers une meilleure autonomie.

Auprès de ces patients, les aspects de rééducation et de thérapie sont intriqués et présents. Il ne s'agit pas de faire un choix entre l'une ou l'autre des approches psychomotrices, mais de construire les séances avec le patient, afin qu'il puisse les investir. De plus, il faut pouvoir considérer l'avenir du patient au-delà de la récupération, qui sera différente pour chacun, et leur permettre la meilleure autonomie et qualité de vie possibles pour le retour à domicile.

3.2.2 La psychomotricité au SSR

Comme décrit précédemment, l'héminégligence touche un grand nombre de fonctions motrices et cognitives des patients, et viennent perturber la dimension psychocorporelle du patient.

L'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice (ISRP) indique trois axes principaux du métier de psychomotricien en SSR.

Les axes principaux du métier de psychomotricien en SSR sont : « *mettre des mots sur des maux* » ; « *poser un diagnostic* » et « *rééduquer* ». (Fédération de l'Hospitalisation Privée FHP).

En effet, sur prescription médicale, le psychomotricien intervient auprès de patients nécessitant des prises en soin liées à des perturbations psychologiques, mentales ou neurologiques. Auprès de ces patients, le psychomotricien va pouvoir évaluer les compétences et les difficultés tout en cherchant leur origine, à l'aide du bilan psychomoteur ainsi que de nombreuses observations de signes cliniques.

C'est pour cela que l'héminégligence nous intéresse en psychomotricité, elle vient perturber la sphère psychocorporelle du patient, ses fonctions psychomotrices, cognitives, psychologiques ainsi que son rapport au corps, au monde, son identité, etc. Il est cependant intéressant avant chaque début de prise en soin de venir questionner la demande du patient afin de réfléchir à l'intérêt et la nécessité d'un suivi.

Chronologiquement, arrive en premier la **prescription médicale**, et donc une **indication** pour un suivi psychomoteur par un médecin. Suite à cette prescription, une première rencontre s'organise et va venir questionner la demande, qu'elle vienne du médecin ou du patient.

En effet, **l'analyse de la demande** est essentielle, car elle prend en compte le professionnel prescrivant la psychomotricité, le patient et son entourage. La demande n'émane pas toujours du patient, de ce fait, lors de la première rencontre, le psychomotricien se doit de venir questionner celle-ci afin de savoir quelle piste suivre dans les séances, et y donner un sens. Dans ce premier entretien, il est important de faire de la place au vécu du patient, à ses ressentis, ses représentations et sa vision de ses troubles, ainsi que son vécu corporel et psychique. Cette demande vient impulser la prise en soin et, à travers la rencontre, va se créer une relation thérapeutique qui permettra à l'alliance thérapeutique de s'installer.

Cependant, il se peut que l'indication n'amène pas de suivi psychomoteur, et qu'elle ne soit pas validée par le professionnel. En effet, il arrive que certains patients n'aient pas de réelle demande, ou que ce ne soit pas thérapeutique de les suivre.

Si l'indication en psychomotricité est pertinente, alors peut s'en suivre un **bilan psychomoteur** afin d'évaluer les difficultés et les capacités du patient, et de déterminer un projet thérapeutique adapté.

Je rencontre Mme W. lors d'un bilan psychomoteur avec comme indications : troubles de l'équilibre et peur de la chute. Elle présente une hémiparésie qui se rétablit jour après jour, et lors du bilan je me rends compte qu'il n'y a ni troubles de l'équilibre, ni peur de la chute. Je remarque cependant une angoisse très présente concernant sa rééducation : « *je garderai des séquelles physiques* » ; « *je veux contrôler ma rééducation* ». L'indication en psychomotricité a donc été le reflet de ses angoisses, et la prendre en soin en séance individuelle aurait seulement nourri cette angoisse sans réellement y répondre. Pour cette patiente, il n'a donc pas été thérapeutique de la suivre en séance individuelle, cependant nous l'avons orientée en séance de relaxation en groupe dans le but de l'apaiser. De plus, nous avons maintenu le lien avec elle dans un cadre informel (lorsque nous la croisons dans le couloir par exemple), et lui avons proposé de venir seulement quelques séances seules dans le but de recueil de nouvelles la concernant.

Ainsi, un bilan psychomoteur est effectué afin d'établir un projet thérapeutique, et la décision, ou non, de prendre en soin ce patient.

3.2.3 Le bilan psychomoteur en SSR

Selon la Fédération Française des Psychomotriciens (FFP), un bilan psychomoteur « *est un acte de participation au diagnostic médical* » dans le but de « *dresser un bilan des acquisitions, des retards ou des manques et dédramatiser un problème qui peut n'être que passager* ».

C. POTEL définit le bilan psychomoteur comme « *un catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, émotionnelles* ».

Ainsi, le bilan fait suite à une prescription, et est un outil précieux dans l'élaboration d'un **projet de soin** adapté au patient, ou dans la **réorientation** vers un autre spécialiste pour des examens complémentaires.

En fonction de la structure, des patients rencontrés et du psychomotricien, les bilans diffèrent. En effet, le psychomotricien va devoir s'adapter à la situation et au patient en face de lui, à son âge, à ses capacités et ses difficultés. Le bilan est avant tout une rencontre entre le patient et le psychomotricien, et tend à comprendre comment le patient entre en relation, se ressent, se représente ses troubles, et donc comment il se situe dans son histoire personnelle, familiale et sociale. Selon F. BOSCAINI, un trouble psychomoteur « *ne peut être compris que dans un contexte psychosocial* ».

Concrètement, un bilan psychomoteur ne se résume pas à la passation d'épreuves. En effet, il comprend la **rencontre** et **l'entretien**, **l'observation** des comportements psychomoteurs (spontanés ou sur demande) et la passation de **tests**.

C'est grâce à cette rencontre, que le travail en psychomotricité va se co-construire avec le patient, de plus cette rencontre c'est avant tout de faire une place au patient en tant que sujet.

Au SSR, les patients rencontrés en bilan sont des patients adultes, généralement avec un fonctionnement antérieur classique ou sans difficulté, perturbé par un accident ou un traumatisme. Suite à cet événement, les fonctions générales se retrouvent atteintes, et ces patients se retrouvent avec des incapacités motrices et/ou cognitives.

Auprès de ces patients, pour un bilan, l'utilisation de tests standardisés n'est pas toujours pertinente. En effet, ayant eu un développement « classique » au cours duquel est survenu un accident, nous ne pouvons pas nous appuyer sur une logique développementale, c'est-à-dire leur faire passer des tests pour les situer sur une tranche d'âge.

Cependant, nous pouvons utiliser ces tests pour observer les fonctions concernées, pour suivre le « comment faire » du patient, comment il s'y prend, comment il y arrive, comment il n'y arrive pas.

Exemple de l'utilisation du PIAGET-HEAD auprès d'un enfant et auprès d'un adulte en SSR.

Avec un enfant, nous allons faire passer ce test et observer son orientation droite-gauche égocentrée et allocentrée, ses capacités de réversibilités et de décentration, puis le test serait côté et l'enfant situé sur une tranche d'âge correspondante. En revanche, auprès d'un patient héminégligent, nous allons pouvoir observer sa capacité à utiliser ses fonctions déjà acquises, comment il observe le corps de l'autre (en entier ou non), si ses repères auto centrés et exo centrés sont efficaces, si il peut utiliser son axe du corps, si il peut prendre appui sur la structure de son schéma corporel, etc.

Après de ces patients, l'observation psychomotrice est essentielle. En effet, dans cette pratique, le psychomotricien se base sur sa capacité **d'observation** des signes cliniques, **d'analyse** et de **synthèse**. Cela va permettre de relever les capacités préservées du patient, ses difficultés et ses troubles, ainsi que les stratégies de compensations mises en place pour compenser les pertes. Ces stratégies de compensation méritent également que l'on s'y attarde, afin d'évaluer si elles sont adaptées ou non.

Selon C. POTELE, cette technique va nous permettre de relever des informations cognitives et motrices sur les acquisitions ; des informations sur le vécu du corps et sur l'image du corps ; des informations sur la qualité corporelle mise en jeu dans la relation à l'autre.

Il est ensuite important de croiser les signes cliniques observés chez le patient avec des données théoriques sur les fonctions psychomotrices. Ces **liens théorico-cliniques** permettent de situer les désorganisations, les troubles, les atteintes ou encore les capacités de ces patients. Tout est observé, du déplacement (avec ou sans appareillage), à l'entrée en relation, en passant par la communication, les gestes, etc.

En fonction de l'indication, de la demande du patient et des résultats du bilan, l'indication psychomotrice pourra être une prise en soin individuelle, groupale, ou encore la réorientation du patient vers un autre professionnel de santé, en fonction de ses besoins.

Il arrive que les patients ne se saisissent pas de la psychomotricité, et cela s'observe dès le bilan.

« L'objectivité absolue de l'évaluateur ne peut se substituer à une subjectivité avertie et aiguisée, celle qui anime le clinicien et qui se doit d'être tout aussi rigoureuse. » C. POTEL (2010).

3.2.4 Place de stagiaire

Au cours de l'année, j'ai été présente au SSR un jour par semaine. J'ai d'abord eu l'occasion d'observer différentes prises en soin avec ma maître de stage. J'ai pu me sensibiliser à l'observation des signes cliniques afin d'appréhender au mieux l'expression des troubles pour chaque patient. Au fur et à mesure, j'ai pu prendre une part plus active dans les séances auprès des patients. J'ai eu l'occasion de faire passer plusieurs bilans psychomoteurs ainsi que de participer à des séances avec d'autres professionnels afin de mieux apprécier leur approche professionnelle. Avec ce stage, j'ai pu me sensibiliser au rôle d'un psychomotricien au sein d'un SSR, ainsi que m'imprégner du travail de l'équipe pluridisciplinaire auprès des patients.

3.3 CONSEQUENCES PSYCHOMOTRICES DE L'HEMINEGLIGENCE

Comme vu précédemment, l'héminégligence est un syndrome très polymorphe dont l'expression est variable en fonction des patients. De plus, ajoutés aux symptômes « classiques » de l'héminégligence, d'autres troubles vont venir s'associer à ce tableau clinique, ce qui impose un accompagnement spécifique et adaptée à chacun des patients.

Les sphères touchées chez ces patients peuvent entraîner des déficits moteurs, sensitifs, ou encore cognitifs. Ces atteintes viennent la plupart du temps entraver l'autonomie des patients dans les tâches de la vie quotidiennes.

Les troubles observés chez les patients héminégligents vont donc intéresser la psychomotricité.

3.3.1 Expression psychomotrice de l'héminégligence

Chez ces patients héminégligents, le syndrome vient impacter les capacités psychomotrices des individus. Ici nous ne parlerons pas de trouble psychomoteur mais d'un retentissement neurologique, avec une lésion (AVC).

En observant les patients au cours de mon stage, et en parallèle de mes lectures sur le sujet, j'ai pu observer de nombreuses manifestations psychomotrices en lien avec l'héminégligence : des manifestations corporelles ou comportementales du fonctionnement des sujets dont l'origine est neurologique.

Certains phénomènes sont directement liés à l'héminégligence, d'autres aux troubles associés qui s'ajoutent au tableau clinique.

En effet, j'ai pu observer l'héminégligence touchant le rapport à **l'espace** des patients, qu'il soit corporel, péri-corporel ou extra-corporel. Cette construction spatiale établie antérieurement à l'AVC est perturbée dans le syndrome de l'héminégligence et le patient doit se réadapter à un espace qui n'est plus perçu de la même manière. Nous retrouvons donc des patients qui ne trouvent pas les objets sur leur gauche, etc.

Ce syndrome vient également perturber la triade sensation-perception-représentation, cette boucle est souvent perturbée au niveau de la **sensation** par exemple avec le phénomène d'extinction. De ce fait, le patient ne perçoit pas tous les stimuli extérieurs, pouvant ne pas sentir qu'il se heurte à une porte par exemple, et ne semble pas s'en rendre compte. Le phénomène de somatoparaphrénie (développé dans la partie 1) affecte lui aussi la sensation, en effet une partie du corps du patient ne lui est pas accessible, ce qui bouscule tous les repères.

L'extinction vient aussi perturber **l'axe du corps** du patient, en effet la gauche « n'existe pas », le milieu est donc décentré et l'axe décalé. Ce phénomène induit une posture particulière, souvent un peu penchée sur la droite, et les patients peuvent s'en trouver déséquilibrer ou gênés dans certains mouvements et déplacements.

La **sensorialité** est aussi souvent touchée par l'héminégligence, par exemple lorsqu'il y a des phénomènes d'allochirie (le patient ne localise pas bien la sensation). La sensorialité perturbée n'est pas due à un déficit de perception mais plutôt à un traitement de l'information qui ne se fait pas normalement. Les signes d'une vision aveugle peuvent également être retrouvés (point développé dans la partie 1 de ce mémoire).

Ces déficits sensoriels peuvent entraîner un retentissement sur la conscience du corps, celui-ci n'est pas perçu en entier et la continuité corporelle est modifiée.

Au niveau **moteur**, l'héminégligence se manifeste la plupart du temps par une sous-utilisation du membre contro-lésionnel. En effet les patients n'utilisent pas ou peu leur bras et/ou jambe gauche alors qu'il n'y a pas d'atteinte motrice avérée. Nous pouvons observer des patients perdre leur chaussure gauche sans s'en rendre compte, sans que cela ne les affecte.

Le **tonus** (de fond et d'action) s'en voit aussi impacté : les deux hémicorps ne présentent plus le même tonus même en l'absence de troubles moteurs.

Le tonus est une fonction souvent travaillée en psychomotricité. En effet, le tonus a une fonction fondamentale dans l'organisation psychocorporelle de l'homme qui est la modification de l'expressivité corporelle en fonction de la force qu'il exerce sur les muscles de posture et sur les muscles d'expression. Le tonus assure une fonction de communication à la fois consciente et non consciente avec des variations d'affects et de représentations.

Le support d'action des psychomotriciens est le corps, d'où l'importance du non verbal en psychomotricité, qui permettra de mieux appréhender l'état émotionnel du patient. En tant que psychomotricien, nous devons faire attention aux postures, aux mimiques, aux réactions de prestance, à la tonicité.

C'est H. WALLON qui, en premier, a développé l'importance du tonus comme support des émotions et du mouvement. Le lien entre ces notions est pour lui une évidence. Selon lui, le tonus est la « *toile de fond des émotions* », il est directement en lien avec l'activité émotionnelle.

Il souligne aussi son importance dans la relation mère-nourrisson. C'est le dialogue tonico-émotionnel. Il est mis en jeu entre l'entourage et l'enfant, dès la naissance du nourrisson. Il y a un dialogue qui est la base de tous les échanges verbaux. Il est le support de la communication. Il véhicule l'expression des émotions.

Pour WALLON, « *il n'y a pas d'émotion sans action* ». C'est le support essentiel de la communication infra-verbale. Au début de la vie, « toutes les émotions répondent à des variations du tonus tant viscéral que musculaire. »

Le tonus étant modifié, la **communication non verbale** (posture, mimiques) peut également être altérée. Elle vient également intéresser le psychomotricien qui peut ne plus être efficace chez les patients héminégligents. Le professionnel se doit donc d'être très attentif à ces modifications.

Ceci induit une tonicité axiale qui s'effondre et donc des patients comme enroulés sur eux-mêmes, ou encore un manque d'expressivité faciale qui est souvent mal interprétée par l'entourage, pensant que le patient est inintéressé par la situation.

D'autre part, les troubles qui s'associent fréquemment à l'héminégligence viennent également impacter les fonctions psychomotrices.

Des troubles **cognitifs** peuvent accompagner l'héminégligence, avec la présence d'anosognosie par exemple. Ces troubles impactent souvent le rapport aux autres de ces patients, ils peuvent être plus difficilement en relation avec leurs proches et leur entourage, ce qui marque un bouleversement.

D'autres troubles neuropsychologiques peuvent également être présents en fonction de l'étendue de la lésion, par exemple avec des syndromes frontaux, des troubles du comportement, etc.

L'hémiplégie est souvent retrouvée chez les patients héminégligents, elle est due à une lésion cérébrale et non à l'héminégligence telle qu'on la définit en elle-même, et entraîne des troubles **moteurs** supplémentaires.

Au niveau **sensoriel**, nous pouvons retrouver chez ces patients une hémianopsie ou une quadranopsie altérant la vision. Nous pouvons également observer une hémianesthésie ou une hypoesthésie qui entraînent des déficits **sensitifs** chez les patients.

La récupération de ces troubles associés est mise en difficulté par l'héminégligence, qui rappelons-le, est un facteur de mauvais pronostic. Prenons l'exemple d'une hémiplégie : le travail de rééducation consiste le plus souvent à venir stimuler et mobiliser le côté hémiplégique, pour que le patient récupère de la motricité. Or, un patient héminégligent ne perçoit pas son côté gauche hémiplégique, et ne le sollicitera donc pas, ce qui freine la récupération.

Tous ces éléments intéressent le travail en psychomotricité avec ces patients. Cependant, je rappelle que l'héminégligence est un syndrome polymorphe, aucun patient n'est héminégligent de la même manière. Alors chaque prise en soin psychomotrice se doit d'être spécifique aux signes cliniques observés, en s'appuyant sur les capacités du patient.

Il faut considérer le patient dans sa globalité, voir ses troubles dans l'ensemble pour tout prendre en compte.

De plus, d'autres sphères peuvent être atteintes chez ces patients, dont l'observation est plus subtile lors du bilan. En effet, il est nécessaire de repérer ce qui est de l'ordre du déficit ou alors de la compensation qui échoue.

Je décrirai donc les concepts de **schéma corporel** et **d'image du corps** qui représentent des appuis, des supports du travail du psychomotricien

3.3.2 Concept de schéma corporel

Les sphères du schéma corporel peuvent être touchées dans l'héminégligence. Même si tout le schéma corporel du patient n'est pas atteint, il peut être affecté dans certaines de ses modalités.

En 1970, en s'inspirant des travaux de WALLON sur la fonction tonique, et les travaux de PIAGET sur le développement cognitif, J. DE AJURIAGUERRA, propose une définition du schéma corporel comme « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* ». Il propose en quelque sorte une synthèse des définitions qui ont pu être proposées avant lui.

Nous pouvons observer chez les patients héminégligents des modifications du schéma corporel. Par exemple, l'asomatognosie ou la somatoparaphrénie qui sont des manifestations témoignant d'un dysfonctionnement du schéma corporel.

Cependant, le schéma corporel étant un concept, il peut y avoir une atteinte de certaines modalités sans que celui-ci soit complètement altéré et plus du tout fonctionnel. Si celui-ci continue d'être stimulé par des actions extérieures, malgré les autres troubles moteurs, sensitifs, sensoriels et cognitifs, il peut continuer à être une base sur laquelle s'appuyer pendant les séances psychomotrices.

3.3.3 Concept de l'image du corps

D'après F. DOLTO (1984) : « *l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions.* »

Il arrive que les patients hémiparétiques témoignent d'une déformation de l'image du corps. Ceci peut être lié à la situation de handicap qui entraîne une déformation de cette image.

Une altération de l'image du corps est parfois responsable de difficulté d'interactions entre le patient et son environnement, son narcissisme étant touché par sa nouvelle situation physique et cognitive. Cet aspect du patient est également à prendre en compte lors des séances de psychomotricité. De plus, les affects peuvent être touchés, entraînant une humeur souvent dépressive du patient, qui perçoit une nouvelle image de son corps.

En psychomotricité, nous pouvons nous appuyer sur ces concepts de schéma corporel et d'image du corps auprès des patients hémiparétiques. En effet, les atteintes au niveau sensoriel, moteur, etc. viennent modifier ces concepts chez le patient.

Sachant cela, nous pouvons travailler sur la conscience corporelle en séances de psychomotricité. Nous nous intéressons à la personne comme telle dans les séances, et nous ne construisons pas une approche en nous appuyant sur quelque chose de fragile mais sur les capacités du patient dont il a conscience. Je fais ici référence à la présence d'anosognosie (non conscience des troubles), pour que l'individu puisse s'appuyer sur des capacités efficaces et dont il a conscience. C'est en cela que le patient a une part importante de subjectivité, et que sa parole a une réelle importance pour nous amener les éléments dont nous avons besoin.

Ces atteintes psychomotrices de l'hémiparésie induisent des modifications du mode de vie des individus. En effet, l'hémiparésie retentit sur l'autonomie des patients, réduisant celle-ci au quotidien. Nous verrons comment retentissent ces conséquences psychomotrices au quotidien.

3.4 CONSEQUENCES SUR L'AUTONOMIE

L'héminégligence, en plus des conséquences psychomotrices, vient lourdement affecter sur l'autonomie des patients par ses atteintes cognitives, motrices, sensitives et sensorielles. Les patients se retrouvent démunis de leurs fonctions initiales, avant l'accident, et doivent se réadapter à une nouvelle situation.

De ce fait, la psychomotricité s'inscrit dans un travail d'accès à l'autonomie pour ces patients. Cet objectif se réfléchit préférentiellement en transdisciplinaire et est essentiel pour le retour à domicile. De plus, cet accès à l'autonomie a plusieurs fonctions dans la vie de tous les jours, elle permet aux patients d'être plus acteur de leur soin, de se placer en tant que sujet pensant et agissant.

S'appuyer sur les capacités, mettre en avant ses possibilités, aider le patient à être acteur de ses soins, est un travail auquel le psychomotricien doit se livrer pour l'accès à l'autonomie des patients héminégligents. Comme vu précédemment, ceci se met en place grâce aux spécificités de la prise en soin en psychomotricité comme l'alliance thérapeutique, le cadre, la prise en charge globale du corps et de l'esprit, l'expression par le corps, etc.

Nous verrons dans la partie suivante les spécificités du travail en psychomotricité, et les outils que possèdent les professionnels qui sont majeurs dans l'accès à l'autonomie des patients héminégligents.

Puis j'illustrerai mes propos par une étude de cas, Mr R., qui a nourri ma réflexion et mon questionnement tout au long de l'année.

4 L'intervention en psychomotricité

Dans cette dernière partie, je présenterai les outils que possède le psychomotricien dans la prise en soin des patients, puis je présenterai le cas de Mr R. pour enrichir les parties précédentes avec un cas concret.

4.1 RÔLE DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LE TRAVAIL VERS L'AUTONOMIE

Le rôle du psychomotricien dans l'autonomie relève de plusieurs caractéristiques de la pratique. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, chaque rencontre avec un patient en psychomotricité est unique, tout comme l'héminégligence est singulière pour chaque individu. Au final, les qualités que présente le psychomotricien et les modalités de la prise en soin que je développerai par la suite (alliance thérapeutique, cadre, communication, etc.) vont permettre une rencontre et une écoute particulière, et vont permettre la co-construction avec le patient du travail qui en découlera.

En psychomotricité, le patient est placé à son statut de sujet, comme être pensant et décisionnaire. De là, la prise en compte et la valorisation de l'autonomie en découlera.

La psychomotricité s'inscrit dans une relation de soin, toutefois elle présente des spécificités qui lui sont propres.

Dans cette partie je présenterai d'abord la relation de soin, puis je décrirai les modalités du travail en psychomotricité. Je ferai ensuite une place à l'entourage du patient, qui peut être autant impacté que le patient lui-même par le syndrome d'héminégligence et la baisse d'autonomie. Et enfin j'appuierai l'intérêt de placer le patient à sa place de sujet dans le but d'un accès à l'autonomie.

4.1.1 Une relation de soin

La relation en psychomotricité est tout d'abord une relation de soin.

Selon le dictionnaire Larousse, une **relation** c'est « *le rapport qui lie un objet à un autre* ». La relation se nourrit de l'intersubjectivité, elle est en constante évolution et remaniement.

Dans le cadre des relations humaines, par essence l'homme est un être de relation. C'est à travers ses interactions avec l'environnement et son entourage que l'être humain se construit.

En ce qui concerne la relation de soin qui s'applique à la santé des individus, c'est une relation qui a pour but l'amélioration de la santé des malades, les patients et les soignants avancent dans un but commun.

Selon B. MARTEL-CAYEUX dans Gestalt (2009), une relation de soin c'est la rencontre de deux désirs individuels : pour le patient, la guérison ; et pour le soignant celui de soigner. Ces désirs vont tous deux dans la même direction, vers un objectif commun, qui est la guérison.

La position du soignant prend souvent un aspect de « technicité ». Il est celui qui sait ce qui est bien pour le patient. Le patient a de son côté beaucoup de choses à amener pour le bon déroulé des soins, ce qui est important à prendre en compte dans la relation avec lui. Il faut le considérer dans sa subjectivité, il est un partenaire actif dans la prise en soin.

Dans une relation de soin, le thérapeute se doit de présenter des qualités essentielles avec son patient, dans le but d'amener à construire peu à peu une alliance thérapeutique. Je présenterai certaines de ces qualités que sont l'empathie, l'écoute et le respect.

- Empathie

Selon le CNRTL, l'empathie c'est « *la capacité de s'identifier à autrui, d'éprouver ce qu'il éprouve* ». « *L'empathie cognitive consiste à comprendre les idées d'un autre, et l'empathie émotionnelle à partager ses sentiments* » (L'internaute). Exprimer de l'empathie, c'est exprimer sa compréhension, refléter ses pensées et ses émotions sans porter de jugement. Pour cela, le psychomotricien se doit de rester cohérent en exprimant de l'empathie.

C'est une qualité essentielle du professionnel, cela protège de tout jugement et toute interprétation. Elle permet également d'être au plus près des émotions du patient, ce qui rend possible un ajustement dans la relation thérapeutique.

- Ecoute

En psychomotricité, être à l'écoute est indispensable pour l'élaboration d'une relation ou encore pendant les séances. En effet, il faut que le patient se sente écouté avec attention, sans craintes et sans jugements. Cette écoute permet de lui offrir un espace dans lequel il y a de la place pour sa parole, l'expression de ses sentiments, de ses ressentis, ou encore de ses représentations. C'est une écoute clinique qui sollicite toutes les modalités perceptives.

- Respect

« *C'est un sentiment de considération envers quelqu'un, et qui porte à le traiter avec des égards particuliers* » (Larousse). De ce fait, dans la relation psychomotrice, le patient doit être traité avec respect, quel que soit son âge, son état physique ou psychique.

C'est en se centrant sur la personne dans toutes ses dimensions et non seulement sur la pathologie, que le psychomotricien considère le patient comme un être unique au monde et digne d'intérêt.

Du fait des qualités que présente le thérapeute dans la relation avec le patient, des processus relationnels sont mis en jeu et vont permettre peu à peu la construction d'une alliance thérapeutique.

L'« *alliance* » signifie l'union par **engagement mutuel**. C. ROGERS définit l'engagement dans la relation comme essentiel à la thérapie, et y englobe la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité.

Le but de l'alliance thérapeutique est d'instaurer une relation de confiance impliquant le professionnel et le patient. C'est un phénomène interpersonnel qui est spécifique à chaque patient rencontré.

Cette alliance rend le patient acteur de ses séances et de sa rééducation dans le cas d'un patient héminégligent. C'est un mode de fonctionnement, une relation qui s'instaure et qui va permettre une part active des deux partenaires (patient et thérapeute), et qui va permettre au patient de penser par lui-même, de laisser la place à ses symptômes, ses souffrances, et à leur donner un sens.

C'est par la mise en place de cette alliance, que le patient pourra accéder à une meilleure autonomie, le psychomotricien étant là pour l'étayer, le travail pourra débuter en confiance.

Selon D. HOUZEL, « *c'est un élément du cadre thérapeutique dans la mesure où elle constitue un point d'ancrage à partir duquel celui-ci va pouvoir se construire* ».

Les éléments présentés sont les piliers de la relation de soin entre soignant et soigné. Ils entrent en jeu dès la rencontre, et se développent tout au long des rencontres et des séances.

La relation en psychomotricité présente donc ces éléments, toutefois elle dispose de quelques spécificités qui lui sont propres. Je développerai donc cette relation en psychomotricité comprenant l'implication corporelle, le cadre, la communication, et le rôle du corps dans les séances.

4.1.2 La relation en psychomotricité

J.M. ALBARET (2011) explique que cette relation « *reste garante du sentiment d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer dans ce rapport d'aide* ».

La relation en psychomotricité est une relation thérapeutique. C'est une situation de **rencontre**, de **communication** et **d'échange** entre le patient et le psychomotricien. Cette relation correspond au moteur de la prise en soin sans laquelle les séances avec le patient n'auront pas le même impact ni la même efficacité. Ici je développerai les notions suivantes : l'implication corporelle, le cadre, la communication, et la place du corps.

- L'implication corporelle

Dans cette relation, le psychomotricien s'implique entièrement et corporellement avec son patient.

« *La relation thérapeutique ne peut pas se définir comme une neutralité bienveillante. En suivant les pas d'Olivier MOYANO, il s'agit au contraire d'une relation d'implication* ». A. GATECEL (2012).

La psychomotricité est une thérapie dans l'action, en effet le psychomotricien s'implique corporellement. Dans cette discipline, il s'agit bien d'appréhender « *le corps en relation* » (J. DE AJURIAGUERRA). En psychomotricité, le médiateur principal est le corps. Lorsqu'on s'engage dans cette relation avec l'autre, c'est tout notre être qui s'engage, et ce corps devient un outil, le langage de la relation.

O. MOYANO décrit cette implication corporelle comme une relation partagée entre le psychomotricien et le patient, dans le sens où le patient se construit à travers cette relation, grâce à sa motricité, ses affects, sa créativité. Le thérapeute de son côté, porte le patient, le contient, l'enveloppe et l'amène à comprendre ses expériences.

- Le cadre en psychomotricité

Une autre particularité de la prise en soin psychomotrice est le cadre que propose e psychomotricien.

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

Un cadre est en effet quelque chose qui délimite, qui borde. C'est WINNICOTT qui développe cette notion de cadre à partir du terme de « *holding* » (maintien), qui désigne l'ensemble des soins que la mère procure au bébé. C'est à dire qu'il accorde une grande importance à l'impact de l'environnement et particulièrement au rôle de la mère vis à vis de son bébé. L'importance de la mère contenante dans les premiers échanges, il le transpose au thérapeute et il emploie le terme de « *setting* » pour désigner le cadre. Pour lui le setting est la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif thérapeutique, qui vont venir encadrer le patient pendant les séances.

En psychomotricité, il n'y a pas de règles imposées, mais il y a un cadre thérapeutique défini et délimité. Ce « *setting* » sera construit en fonction du lieu d'exercice, de la sensibilité du psychomotricien et du patient auquel il a à faire.

Le cadre thérapeutique a plusieurs fonctions en séances comme la fonction de contenance, de pare-excitation, de canalisation d'angoisses. Lorsqu'ils s'appuient sur ce cadre, les patients en tirent une source de confiance en soi, c'est aussi un support du narcissisme et de l'affirmation de soi.

Des conditions sont nécessaires pour la construction de ce cadre thérapeutique. En effet les rituels sont importants, les rythmes, un espace défini avec une temporalité propre.

De ce fait, un patient qui investit ce cadre thérapeutique sera plus en confiance et mieux contenu dans les séances psychomotrices, ce qui est indispensable afin de travailler efficacement.

Cette spécificité de la prise en soin psychomotrice, va permettre au patient d'accéder à un espace qui lui est propre. De là, il pourra s'exprimer en tant que sujet et investir la séance.

- La communication en psychomotricité

Communiquer, signifie « *être en relation avec ; échanger* ». La communication se différencie donc de l'expression, du fait qu'elle nécessite la présence d'un autre, à contrario de l'expression qui ne va que dans un seul sens.

Ce terme de communication suppose un échange, une mise en commun, un dialogue entre deux systèmes, entre deux individus. Il existe la **communication verbale** et la **communication non verbale**.

Ces deux communications se côtoient dans un même discours, et sont importantes à repérer en séances de psychomotricité. En effet, il arrive que certains patients trahissent leur anxiété à travers une communication non verbale, et il est important de repérer ces signes cliniques afin de pouvoir appréhender le plus justement possible l'état d'esprit du patient.

J. CORRAZE définit la communication non verbale comme s'appliquant « *à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise* ».

Cette communication non verbale intéresse particulièrement le psychomotricien.

Dans les séances de psychomotricité, la communication est importante, et il est indispensable que le patient soit dans un climat de confiance pour pouvoir communiquer en toute sécurité. Le psychomotricien lui doit laisser dans son cadre thérapeutique de la place pour l'expression des affects du patient.

Le dialogue tonico émotionnel rentre aussi en jeu dans les séances. Comme vu précédemment, c'est WALLON qui décrit cette notion en premier, accordant de l'importance à la fonction tonique dans la communication.

Pour AJURIAGUERRA, « *L'expérimentation et le dialogue tonique dont l'instrument est le corps, précédant le dialogue verbal, ne sont jamais abandonnés par l'adulte.* »

C'est par le tonus que le patient va agir sur le thérapeute, et ces modulations toniques vont être mises en sens par le psychomotricien.

- Le corps en jeu dans la prise en soin psychomotrice

C. POTEL (2013) définit l'acte psychomoteur comme : « *l'acte est un engagement du corps, créatif, qui engage la personne dans ses sensations, ses perceptions, dans toute sa globalité « psychomotrice ». Cet engagement va servir de moyen d'expression. »*

Le corps est au premier plan dans les séances psychomotrices. C'est à travers lui que le patient se met au travail, s'exprime, se ressent. En mettant ce corps en action, en agissant au niveau corporel, certains patients se sentent à même de se livrer plus facilement, d'ouvrir le dialogue.

De plus, beaucoup de choses se jouent à travers le corps, et l'observation des signes cliniques en séance sont un bon indicateur du vécu du patient. Les tensions internes, les affects, peuvent s'exprimer à travers le corps.

Toutes ces sphères de la prise en soin psychomotrice présentées précédemment participent activement à l'accès à l'autonomie, notamment chez les patients héminégligents. Les séances de psychomotricité leur offrant un espace d'expression sécurisée, d'étayage, et un lieu de confiance, les patients vont pouvoir se mettre au travail et prendre des décisions sur leur rééducation.

Les priorités ne sont pas les mêmes chez les patients, certains ont des demandes comme l'accès à la marche qu'ils privilégient. Une place importante doit être faite pour ces demandes, en effet il faut placer le savoir du côté du patient, qui dans sa subjectivité connaît ses capacités et nous livre ses représentations de sa situation. Pouvoir prioriser ses soins en fonction de ses besoins est déjà un accès à l'autonomie, une prise de décision importante.

La psychomotricité offre ce lieu d'expression, et peut également faire le lien avec les autres professionnels concernant les décisions du patient.

L'entourage du patient est également un point clé dans l'accompagnement des individus, ici héminégligents, dans une quête d'autonomie.

4.1.3 Entourage et autonomie

« Durant toute la vie, le handicap renvoie à une éthique de responsabilité des personnes qui entourent la personne handicapée : la famille en premier plan, qui doit penser chacun de ses gestes dans le respect de l'altérité de la personne handicapée, même quand l'autonomie paraît difficile voire impossible. Mais il renvoie aussi à une responsabilité de la personne vis-à-vis d'elle-même : une personne handicapée est-elle systématiquement irresponsable ? C'est la question induite par la malheureuse expression de « prise en charge ». J.F. RAVAUD (2014) dans Handicap et Autonomie.

L'entourage du patient est un point majeur dans l'accompagnement des patients et leur rééducation. En effet, le travail avec les familles est aussi très important afin de faire du lien entre les éléments vus en rééducation, l'équipe et le patient.

Ces personnes peuvent être un réel soutien, et peuvent participer activement aux prises en soins des patients.

J'ai assisté cette année à des séances d'ergothérapie avec Mme L. Toutes les semaines, son amie M. l'accompagne en séances d'ergothérapie afin de la soutenir, de participer avec elle, et de relever ses difficultés pour pouvoir l'aider au quotidien. Les rééducateurs lui transmettent également un agenda de l'emploi du temps de Mme L. afin qu'elle suive de près ses journées, et cette femme est une ressource et un soutien solide pour Mme L.

Il est important d'évaluer si cet entourage est un soutien précieux, ou si leur comportement n'est pas adapté à la situation et qu'ils n'aident pas le patient. En effet, il arrive que certains proches aient des représentations faussées de la situation du patient, et qu'ils n'agissent pas de manière adaptée.

Je citerai de nouveau Mme L. vue juste au-dessus. Lors d'un accompagnement d'ergothérapie à son domicile pour une mise en situation cuisine, sa mère et sa fille étaient présentes pour se rendre compte des difficultés. Le but étant qu'elles puissent évaluer le comportement de Mme L. pour ensuite pouvoir l'aider au quotidien. Au final, elles se sont montrées invasives, stressantes pour Mme L. et la gênaient dans sa mise en situation. Cette observation a donc été faussée par ces femmes qui avaient des représentations faussées de l'état de Mme L. et qui se sont positionnées comme « faisant à sa place » et qui l'ont perturbée dans ses tâches.

En psychomotricité, il peut être intéressant d'intégrer certaines personnes de l'entourage dans le cadre de la séance, ou au contraire, bien faire attention de les laisser en dehors du cadre thérapeutique si elles gênent la rééducation, afin que le patient garde pour lui cet espace d'expression qui lui appartient.

J'ajouterai que la famille est un système qui se co-construit et co-évolue, et chaque membre a une place bien définie. En outre, chaque famille est unique et originale.

Lors d'un accident amenant un handicap, le modèle familial est perturbé et la famille vit une crise d'identité et d'organisation. En effet, tous les rôles doivent être réaménagés autour du handicap et le système est bousculé. De là plusieurs comportements peuvent être observés : soit une mobilisation générale autour de l'individu accidenté ou malade, soit un renoncement face à la situation.

De plus, la famille se doit de faire le deuil de l'état antérieur, de l'individu, de la situation familiale, de leurs rôles respectifs, ce qui demande un réel effort de leur part.

En outre, la prise en compte de l'entourage est importante car il est lui aussi concerné par la réadaptation et doit réaménager son quotidien autour de la situation.

4.1.4 Subjectivité du patient

Les patients pris en charge pour améliorer leur autonomie sont souvent suivis par plusieurs professionnels de rééducation. Il arrive que, recevant des instructions de plusieurs professionnels, les patients appliquent les consignes de rééducation sans laisser la place à des prises d'initiative, des remarques pendant les séances, leurs ressentis, leurs représentations, etc.

Or, il est important que le patient se place en tant que **sujet pensant** et **participant** dans sa prise en soin. Ce positionnement permet à l'individu d'intégrer les exercices et qu'il puisse les intégrer au quotidien. De plus, le fait de laisser de la place à ce qu'il ressent, ce qu'il a besoin d'exprimer (doutes, peurs, représentation de la rééducation...), permet au patient de mieux appréhender ses soins et ce qu'il en perçoit.

Au final, la subjectivité du patient doit être prise en compte, et son savoir doit être écouté.

Pour conclure, cette relation en psychomotricité est très importante dans l'accès à l'autonomie pour ces patients, et joue un rôle central. De plus, les notions développées comme la communication, le cadre, etc. ont une place essentielle dans ces prises en soin.

Dans la suite de ce mémoire, le cas de Mr R. sera présenté. C'est un patient héminégligent que j'ai rencontré lors de mon stage en SSR, et pour qui l'accès à l'autonomie a été un enjeu majeur.

4.2 ETUDE DE CAS DE MR R.

4.2.1 Contexte d'hospitalisation

Mr R. arrive au SSR le 13 novembre 2017 suite à l'apparition d'un AVC hémorragique de l'hémisphère droit le 25 septembre 2017. L'Imagerie à Résonance Magnétique (IRM) révèle la présence d'un hématome intra-parenchymateux droit, qui doit être retiré par neurochirurgie.

Par la suite, une trachéotomie et une sonde sont placées pendant plus de vingt jours, et son séjour d'hospitalisation est compliqué par une infection urinaire début novembre.

Mr R., avant son arrivée au SSR passe un peu moins d'un mois à l'hôpital, temps au cours duquel il est inconscient pendant toute une semaine. Il se réveille le 3 octobre, en lien avec l'arrêt de la sédation quelques jours auparavant et après une opération neurochirurgicale. Ce temps passé à l'hôpital révèle de lourdes conséquences suite à l'AVC, ainsi qu'une prise en charge importante et invasive sur le plan respiratoire, pneumopathique et rénal.

A son entrée au SSR, Mr R. présente de nombreuses déficiences suite à son AVC : la sonde urinaire est toujours en place, une Ventilation Non Invasive (VNI) est mise en place toutes les nuits pour l'aider à respirer car il fait de l'apnée du sommeil, le patient est dépendant pour tous les gestes du quotidien.

La compagne de Mr R. est restée présente tout au long de l'hospitalisation. Elle le suit également au SSR pour sa prise en charge rééducative.

4.2.2 Présentation de Mr R.

Je précise qu'avant l'AVC, Mr R. était autonome pour les activités quotidiennes, il vivait avec sa femme et ils géraient ensemble une entreprise de transport de vin.

Lorsqu'il arrive au SSR, Mr R. est très dépendant, handicapé par les nombreux troubles en conséquence de son AVC. Nous pouvons observer chez lui le tableau clinique complet du syndrome d'héminégligence, avec dans son cas à lui, des troubles associés.

Mr R. présente une hémiplégie flasque gauche : c'est une paralysie de l'hémicorps gauche de Mr R, avec des muscles hypotoniques et affaiblis. Cependant, au début de sa prise en charge, l'examen clinique permet de mettre en évidence un début de tonus au niveau du tronc, c'est-à-dire qu'il peut tenir assis dans un fauteuil quelques heures. A son arrivée, il lui est donc possible de tenir son buste, assis dans un fauteuil roulant sur un temps court. Cependant cela lui demande un effort important du fait de cette faible tonicité, il est donc le plus souvent allongé dans son lit.

De plus, Mr R. semble atteint d'une **héminégligence gauche** avec également une probable hémianopsie latérale homonyme gauche, c'est-à-dire une amputation du champ visuel gauche.

Chez lui, l'expression de l'héminégligence est majeure et s'exprime de plusieurs manières. J'ai pu observer plusieurs de ces manifestations lors de notre première rencontre au cours de la passation d'un bilan psychomoteur.

Mr R. se déplace en fauteuil roulant à double main courante qu'il a bien intégré grâce aux séances d'ergothérapie. C'est un fauteuil avec les deux mains courantes du même côté (à droite pour lui), et qui est utilisable avec une seule main. Il est cependant très lent et manifeste des difficultés à appréhender l'espace et les distances. De plus, sa jambe gauche ne présente aucune récupération motrice, ce qui le gêne pour se déplacer. J'ai observé Mr R. se déplacer dans un couloir, et dévier sur sa gauche, et buter dans des obstacles situés sur sa gauche. L'héminégligence est ici présente et induit la nécessité d'une aide extérieure pour les déplacements de Mr R.

En effet, l'héminégligence de Mr R. s'applique à l'espace de son propre corps, à l'espace péri corporel (ce qui est à portée de main) et l'espace extra corporel (c'est-à-dire l'espace environnant hors du corps). Ce patient n'a donc pas conscience de l'espace dans une globalité, il « néglige » tout de l'hémi espace à sa gauche.

Il ne cherche pas à tourner la tête pour rechercher les éléments qui peuvent le gêner. Ce comportement traduit la présence d'anosognosie associée à l'héminégligence.

Ce monsieur se présente comme latéralisé, sans perte des notions spatiales et d'organisation de l'espace. Cependant, il est incapable de s'orienter dans ses déplacements, handicapé de plus par son héminégligence gauche qui ne lui permet pas d'explorer son espace gauche. L'héminégligence se manifeste dans ces moments-là par une impossibilité pour Mr R. de se déplacer en fauteuil roulant de manière rectiligne, il dévie sur sa gauche et se heurte au mur, ou contre des obstacles.

Je note également qu'au cours des moments où il se heurte à des obstacles, Mr R. semble ne pas s'en rendre compte car il ne met pas en place de stratégie de compensation pour redresser sa trajectoire. Ici, l'anosognosie empêche Mr R. de percevoir où est le problème et de mettre en place une stratégie compensatoire.

L'expression de l'anosognosie est en lien avec la présence de l'héminégligence. Cela correspond à une non conscience des troubles, ce qui rajoute des difficultés dans la prise en charge. C'est le cas de Mr R. qui ne semble pas se rendre compte de son héminégligence gauche.

L'héminégligence de ce patient s'exprime aussi par un manque d'expressivité ou amimie, et un manque d'initiative qui se manifeste au niveau moteur comme au niveau langagier. A ce niveau, l'héminégligence induit la réduction de l'expressivité orale, de l'écriture et de la lecture.

De plus, il présente des troubles importants du langage. Le bilan orthophonique révèle une dysarthrie majeure, c'est-à-dire des difficultés d'élocution dues à une lésion des centres moteurs du langage, avec un discours peu intelligible, ainsi qu'une voix chuchotée, et un ton monocorde. Ce bilan révèle aussi que Mr R. n'organise pas sa pensée, et qu'il y a chez lui un manque d'incitation au langage avec un ralentissement des capacités d'évocation. Il présente aussi des éléments agrammatiques, donc un trouble de l'agencement syntaxique des mots ; une agraphie spatiale, c'est-à-dire la perte de la capacité d'écrire, par lésion des centres nerveux de l'écriture.

Enfin, le bilan orthophonique permet de détecter des éléments se rapprochant davantage d'une aphasie qui est une perte plus ou moins importante de la capacité de parler ou de comprendre le langage parlé ou écrit plutôt qu'une simple dysarthrie fréquemment reliée à l'hémiplégie faciale. Il présente également une diminution des capacités d'évocation avec un manque d'incitation.

L'héminégligence se manifeste également par une extinction sensitive. Selon le Collège d'Enseignement en Neurologie, une extinction sensitive c'est « (en l'absence d'anesthésie), en stimulant simultanément deux points symétriques, le malade ayant les yeux fermés : une seule stimulation est perçue. Lorsque je touche Mr R. à deux endroits dans le dos, il ne situe qu'un seul de ces touchers, préférentiellement à droite.

Mr R. présente aussi un effondrement tonique de son hémicorps droit. Le tonus de fond semble donc faible, en lien avec sa posture qui est « effondrée » dans son fauteuil roulant. Au quotidien, cela entraîne une grande dépendance pour les transferts, la toilette ou encore à la prise des repas. Il est le plus souvent allongé dans son lit, également en lien avec sa fatigabilité et sa passivité.

Tout au long de son séjour, Mr R. souffre de douleurs neuropathiques intenses, et prend des antidouleurs qui ont pour effet secondaire de la somnolence. Mr R. est donc très fatigué par ses traitements, et est souvent en train de dormir aux heures de séances de rééducation. Le réajustement du traitement pour un équilibre entre l'absence de douleur, et la disponibilité du patient est difficile pendant toute la durée du séjour, ce qui ajoute des difficultés au quotidien de Mr R.

Pendant les séances de rééducation, l'hémicorps gauche de Mr R. est très algique, ce qui limite les mobilisations de ce côté-là. En le questionnant là-dessus, en utilisant des gestes et des mots simples, et également en montrant les parties douloureuses, il peut exprimer cette douleur insoutenable qu'il ressent et qui l'empêche de dormir, ce qui rajoute à sa fatigue.

Au vu de ses difficultés, à son arrivée, Mr R. intègre une prise en charge pluridisciplinaire. Il lui est donc prescrit de la kinésithérapie pour se concentrer sur ses problèmes moteurs, de l'orthophonie pour ses problèmes d'élocution et de langage, de l'ergothérapie pour évaluer sa dépendance et l'aider à mettre en place des stratégies de compensation et comme par exemple des aides techniques et un suivi avec la diététicienne en lien avec ses troubles de la déglutition. Enfin un suivi en psychomotricité est mis en place en prise en charge individuelle.

Avec cette présentation clinique, nous pouvons voir que Mr R. est très dépendant au quotidien. De plus, il n'est plus du tout autonome dans les activités, en effet tous ces troubles le submergent au point qu'il ne peut plus ou peu prendre de décision par lui-même et nécessite de l'aide constante.

Pendant son séjour au SSR, nous remarquons la présence constante de sa compagne pendant les heures de visite (soit de 12h à 20h chaque jour), et son implication dans la rééducation et la prise en charge de Mr R. Elle est donc présente à chaque moment pendant lesquels il lui est possible d'être auprès de son compagnon.

Elle sollicite très souvent les aides-soignants, médecins, infirmières... pour poser des questions sur l'évolution clinique de son mari. Elle se situe comme ayant des choses à apporter pour les soins de son compagnon. Sa femme nous montre également qu'elle a une représentation des troubles de Mr R. qui est un peu décalés de la réalité. Elle veut par exemple lui proposer de jouer au scrabble pour le stimuler, alors qu'il est impossible pour ce monsieur d'effectuer cette activité au vu de ses troubles à la fois moteurs et cognitifs (hémiplégie, héminégligence, alexie, agrammatisme).

Ayant assisté à l'hospitalisation, et au coma de son compagnon (avec sonde et trachéotomie), elle souligne les progrès que Mr R. a fait depuis son arrivée au SSR, notamment au niveau du langage. Elle insiste sur le fait qu'il progresse beaucoup de ce côté-là, et qu'elle comprend tout ce qu'il dit. Cependant, nous remarquons que parfois elle interprète ce qu'elle pense comprendre ou même qu'elle parle pour lui.

De plus, elle est demandeuse d'informations et veut s'impliquer dans la prise en charge. Elle nous livre ce qu'elle pense de la récupération : « ça va aller vite », avec une notion d'intensivité de la prise en charge qui lui semble importante. Elle raconte également avoir eu un mauvais passif avec les médicaments, ce qui explique ses représentations péjoratives vis-à-vis des traitements.

Nous savons que cette femme était très méfiante des traitements médicamenteux, ce qui pourrait avoir influencé ses représentations de la prise en charge de Mr R. et peut-être son investissement dans le SSR.

Le tableau clinique de Mr R. prévoit pour l'avenir un travail de rééducation très important, et des séquelles de l'AVC impliquant une dépendance importante de ce monsieur au niveau moteur et cognitif.

De plus, la compagne du patient a décidé assez rapidement (un mois avant son départ) de transférer Mr R. dans un autre SSR. Cela a été pour elle une solution de rejoindre sa famille pour être plus soutenue lors de l'accompagnement de Mr R. Cette décision a été encouragée par l'équipe au vu de la fatigue de plus en plus importante de cette femme, un soutien physique et moral semblait indiqué.

Nous avons donc pu suivre ce patient tout en sachant qu'il ne serait pas au SSR jusqu'à la fin de sa rééducation, et donc nous adapter à la situation

4.2.3 Lecture psychomotrice des troubles de Mr R.

Je rencontre Mr R pour la première fois le 30 novembre 2017 dans le cadre d'un bilan psychomoteur que je réalise en présence de ma maître de stage.

Mr R arrive dans un fauteuil roulant, accompagné par une aide-soignante du service. Au premier abord, il me semble très passif. En rentrant dans la pièce, le patient ne nous salue pas et ne dit pas un mot. De plus, l'aide-soignante lui installe une protection au niveau de sa main droite, où se trouve un cathéter où se branche une perfusion d'antibiotique qu'on a interrompu le temps de la séance (présente à cause de l'infection urinaire).

Mr R. se laisse manipuler la main droite sans réaction particulière. Pendant ces quelques minutes, l'aide-soignante se place comme une médiatrice, pour expliquer à Mr R. pourquoi il a rendez-vous en psychomotricité et en nous expliquant ses difficultés à se déplacer en fauteuil roulant, d'où sa présence.

Cette première impression est déjà un indice sur la prise en soin qui en suivra. En effet, nous voyons bien ici, au vue des troubles qu'il présente, que Mr R. n'est pas autonome. Au-delà de sa dépendance pour se déplacer, donner son avis, ou encore partager ses impressions.

Mr R. se présente dans son fauteuil, appuyé sur son bras droit, penché sur sa droite, le bassin rétroversé ce qui entraîne un enroulement global de son dos. Il présente également un effondrement tonique à gauche, ce qui révèle un faible investissement du tonus axial, et souligne cette posture particulière. De plus, sa tête et son regard sont orientés vers la droite et vers le bas, n'explorant pas du tout l'espace gauche.

Sur le moment, cette position me donne une impression de désintérêt et de lassitude de la part de Monsieur.

Au vu de la grande fatigabilité de Mr R., induite par les troubles précédemment cités, nous réalisons le bilan psychomoteur en deux séances, afin de permettre à Mr R. d'investir les différentes propositions, tout en respectant ses capacités de mobilisations corporelles, cognitives et attentionnelles limitées.

Tout au long du bilan, la communication et la relation sont réellement difficiles avec ce patient. Mr R. présente de sévères difficultés au niveau du langage, ce qui rend le dialogue compliqué. En effet, sa voix est chuchotée, et sa prononciation très altérée. Je ne comprends pas toujours ce qu'il me dit et ses mots sont peu intelligibles. Le maintien de l'attention est également très fragile, et un temps de latence important est présent, ce qui m'amène à me demander si ce patient a des difficultés à répondre et met du temps à traiter d'information, ou s'il est « absent » et a quitté la relation. Ce comportement me donne une sensation de « vide » pendant ce bilan, et j'ai beaucoup de mal à distinguer ce qui serait de l'ordre de phénomènes d'absence ou bien de la latence.

Son regard se dirige également le plus souvent vers le bas et la droite, ce qui n'offre que peu d'échange visuel, et son expression faciale affiche un appauvrissement des mimiques. Cela me procure le sentiment d'être seule dans la relation au cours du bilan.

Cependant, pendant la première rencontre et les séances suivantes, je constate que malgré l'impression qu'il me renvoie, Mr R. est plutôt investi dans la relation, dans la séance et dans ses prises en charge. Son temps de latence très long me donne l'impression qu'il est absent par moment, hors il est volontaire et présent. Il peut le montrer à l'aide de gestes pour appuyer ses réponses, de mobilisation de son regard qu'il déplace pour me regarder dans les yeux par moment, ou encore de réponses adaptées aux questions que je peux lui poser. Je sens à ce moment-là un réel effort de sa part pour communiquer et s'investir.

Cet effort de communication et de relation lui coûte beaucoup d'énergie, et ne peut pas être maintenu trop longtemps à cause de sa fatigabilité, et de son attention fragile. De plus, je m'aperçois qu'il lui faut un environnement calme et épuré pour qu'il puisse se concentrer et se mobiliser, ainsi qu'une stimulation verbale indispensable.

Je saisi alors l'importance que l'implication de Mr R dans la relation et sa prise en charge au SSR, malgré ses troubles et ses difficultés, soit valorisée pour construire une relation et valoriser l'implication de Mr R.

De plus, ayant saisi cet investissement en séance de psychomotricité de la part de ce patient, lui laisser l'espace de s'exprimer sa subjectivité a été une étape importante. En effet, cet espace lui est offert pour ses questionnements et ses représentations, lui laissant le temps et l'occasion de s'exprimer sur son état. Il s'est saisi de cela malgré ses difficultés et sa grande fatigue.

Lors de ces séances, nous avons mis un point d'honneur à ce qu'il puisse poser des questions, dans un cadre calme et attentif (dont il a besoin pour s'exprimer). De plus, Mr R. investit beaucoup la psychomotricité, il est troublé lorsqu'il ne peut pas venir et s'en excuse, même si il est difficile pour lui d'être disponible (à cause de sa grande fatigabilité). La relation en psychomotricité s'est très vite installée.

Lors de l'évaluation du schéma corporel, ce patient a montré une bonne connaissance des somatognosies (connaissance des parties du corps), et une bonne représentation de son corps et de l'espace.

Pendant le bilan, je lui propose le test de Piaget Head : ce patient ne situe pas son bras gauche, il cherche à le saisir avec sa main droite le long de son buste à gauche, alors que le bras est contre son torse dans l'écharpe. Sa main droite cherche donc dans le vide. Cette action se produit les yeux ouverts, dirigés vers le bas, vers la droite. Mr R. présente à ce moment-là une héli asomatognosie relié à l'anosognosie.

Sur consigne il recherche quand même son bras, cela souligne une bonne connaissance du corps (il sait qu'il a deux bras).

Cependant, il y a des troubles sensitifs et moteurs associés sur son héli corps gauche, et à part la douleur intense à la mobilisation, Mr R. ne sent pas cet hémicorps. De plus, il ne trouve pas son bras les yeux ouverts, cela nous montre que le regard ne compense pas l'absence de sensation, en lien avec son héli négligence et son héli anopsie latérale homonyme associée.

Ainsi, nous pouvons remarquer à travers ces différentes propositions que Mr R. semble avoir une bonne connaissance de son propre corps. De ce fait, nous observons que l'héli négligence chez ce Monsieur ne vient pas toucher le « corps connu » et « représenté ». Cependant, à travers ces comportements de « recherche dans le vide », Mr R. semble avoir des difficultés pour ressentir à la fois ses sensations corporelles (difficultés majorées par l'héli plégie flasque et une extinction sensitive) mais également pour percevoir/recevoir le feedback sensitif et proprioceptif lui permettant de savoir où se situe chaque partie de son corps, les unes par rapports aux autres, mais également où elle se situe dans l'espace du corps et dans l'espace en général.

Ici, l'héli négligence lui perturbe la tâche, il cherche son bras mais pas au bon endroit. Mais sa représentation du schéma corporel est efficace, comme nous avons pu le voir en outre avec le dessin du bonhomme. Il est en difficulté avec le côté gauche à cause de l'héli négligence, des troubles sensitifs et de l'anosognosie.

Nous pouvons voir chez ce patient que toutes les sphères du concept qu'est le schéma corporel ne sont pas touchées. Reste une représentation efficiente de son corps, ce qui est un appui solide pour la prise en charge psychomotrice. Nous avons pu par la suite nous appuyer sur ses compétences pour engager un travail, lui permettant de se placer comme acteur de la prise en charge et d'accéder à plus d'autonomie.

Mr R. se montre réceptif pendant les séances, mais son attention reste fragile. Il ne semble pas remarquer les décrochages attentionnels, encore une fois dus à l'anosognosie. En tant qu'interlocuteur, ces temps de latence sont très longs, ne sachant pas si Mr R. est encore présent dans la relation. Lors de ces décrochages, il revient à sa position initiale, le regard en bas à droite, appuyé sur sa main droite, et sans expression faciale indiquant qu'il est à l'écoute.

Quand il lui est possible de mobiliser cette attention malgré sa fatigue, il peut participer aux séances. Dans le cas où il arrive à maintenir l'attention, il arrive à compenser des choses : explorer plus sur sa gauche, rentrer dans la relation. Mais l'expression de l'héminégligence et des troubles associés pénalisent ce patient.

En parallèle, nous remarquons que tout le long du séjour, la compagne de Mr R. est très présente : elle a du mal à ne pas être là. Elle investit beaucoup la psychomotricité pendant le séjour de son compagnon et nous sollicite beaucoup. Elle a du mal à couper le lien et s'investit beaucoup dans la prise en charge de Mr R.

Il nous a cependant semblé important de laisser la compagne de Mr R. en dehors du cadre de psychomotricité, tout en maintenant le lien avec elle. La laisser en dehors a permis de laisser la place de sujet à Mr R. dans un espace à lui.

Elle parle souvent pour lui, mais ne comprend pas tout ce qu'il dit, elle projette du sens sur ses paroles. Elle peut par exemple anticiper ses réponses et répondre à sa place, alors qu'en laissant le temps à Mr R. il ne répond pas la même chose. Elle est en quelque sorte infantilisante.

En ce qui concerne le cadre avec Mr R., nous pouvons lui offrir un espace d'expression pendant les séances. C'est-à-dire que nous pouvons lui laisser le temps de s'exprimer, la possibilité d'être dans la relation et de verbaliser ses ressentis malgré ses difficultés de langage. En plus des axes pratiqués en séance, ces créneaux peuvent également lui offrir un espace à lui, qu'il soit physique ou psychique. Nous lui avons également offert la possibilité d'être dans une part active de la prise en charge, le replaçant comme sujet, et non comme un objet de soin et de rééducation.

Pour résumer, Mr R. est très atteint à la suite de son AVC. En effet, il présente une hémiparésie massive avec des troubles associés qui, au quotidien, impactent directement son autonomie. Il ne peut pas prendre de décision seul ou encore s'adapter à une situation. De plus, sa femme omniprésente prend souvent sa place, elle s'appuie sur ses propres représentations de lui « comme avant », sans en avoir conscience, ne lui laissant pas la place de sujet.

En séances de psychomotricité, nous irons vers une recherche de l'autonomie chez ce monsieur, en travaillant sur ses capacités. Dans ce cadre-là, nous nous plaçons dans le but de repérer ce que Mr R. peut s'approprier pour qu'il puisse par la suite transférer ses acquisitions dans d'autres circonstances. Le travail sur les transferts ne s'inscrit pas dans une recherche de résultats ou de performances mais bien d'appropriation.

4.2.4 Axes de travail

Au vu de ses nombreux troubles qui le mettent en difficulté dans sa vie de tous les jours et de son départ programmé, je me suis questionnée pour savoir où m'orienter dans la prise en charge de Mr R.

Quel axe dégager en psychomotricité avec Mr R. au vu de la complexité de ses troubles ?

Nous avons vu les troubles massifs et complexes de Mr R. Il est peu accessible, mais peut être mobilisable au niveau du tonus. Sa posture soutient son attention, et elle est modifiable dans l'action. La mobilisation de son axe montre un impact positif sur ce monsieur, le tonus étant en interaction avec son attention. Nous pouvons supposer que s'appuyer sur les capacités de ce patient, soit l'axe et le tonus, serait une approche psychomotrice judicieuse pour la mise au travail.

Après avoir observé les capacités de Mr R., nous nous sommes donc orientées vers une prise en soin qui vise à mobiliser l'axe corporel en lien avec le tonus. Nous avons pris cette direction pour plusieurs raisons : le fait de travailler activement permet à Mr R. de sortir de sa passivité, de **se placer en tant que sujet et de participer activement aux séances.**

De plus, se concentrer sur l'axe permet de prendre en compte les deux hémicorps y compris l'hémicorps gauche hémignégligent.

Ce travail s'est traduit dans les séances par des exercices d'auto-agrandissement : nous lui demandons de se redresser, de regarder droit devant lui, tout en faisant la même chose face à lui pour que l'imitation lui serve d'appui. De là, son attention est plus solide et il est plus facilement mobilisable. Nous avons donc pu travailler des transferts (fauteuil-lit) en jouant sur cet axe du corps redressé, et en s'appuyant sur sa bonne connaissance du corps et de son schéma corporel.

Lorsqu'il est redressé, nous nous apercevons qu'il est plus accessible au niveau de la communication et du regard qu'il investit plus. Et donc dans ces moments-là, il lui est plus facile de s'exprimer avec ses moyens, et de nous livrer ses difficultés et ses demandes.

Par la répétition (en psychomotricité et avec les autres professionnels) des transferts, et en s'appuyant sur ses capacités, il est plus facile pour ce patient de se mobiliser, et de se l'approprier.

De plus, le fait de remanier le rapport au corps en séances, en prenant en compte les déficits et les capacités, vient construire avec le patient les apprentissages. Ce passage par le corps est une des spécificités en psychomotricité.

De ce fait, nous allons au-delà des gestes techniques qu'il intègre avec d'autres professionnels (ergothérapeute, kinésithérapeute), nous nous plaçons dans une posture qui donne de la valeur à son dialogue tonico-émotionnel, et de la consistance à l'émergence de la conscience des troubles.

Cet aspect des séances est donc une porte d'entrée vers l'autonomie, que nous lui amenons tout en l'étayant, et en l'accompagnant.

Cette prise en soin s'est inscrite dans un travail **transdisciplinaire** sachant que Mr R. partirai du SSR et que ses troubles ne pouvaient pas tous être traités en même temps.

Ce travail sur l'axe a été orienté en rapport avec l'héminégligence de Mr R, et ses conséquences. En effet, elle entraîne un décalage de l'axe corporel sur la droite, et c'est un terrain d'exercice accessible au vue de ses capacités. De plus, il est possible de lui demander de mobiliser son tonus volontairement sans que le mouvement ne lui déclenche de douleur. Il est donc possible d'avancer dans les séances avec lui dans cette optique, en s'appuyant sur le tonus.

Dans ce cas-là, l'observation du **tonus** et de la **communication non verbale** de Mr R a été indispensable pendant les séances.

Nous nous sommes appuyées sur le tonus et la communication non verbale pour la suite de la prise en soin de Mr R. Elles ont été des indications précieuses de l'état de Mr R., traduisant les moments où il était disponible, d'autres où il était en difficulté.

J'ai par exemple remarqué les moments pendant lesquels il décrochait au niveau attentionnel, me donnant l'indication qu'il fallait l'aider à se remobiliser, et aussi les moments où il était trop fatigué pour continuer, mettant un terme à la séance.

L'extinction sensitive que présente Mr R, couplée à son héminégligence massive et son hémiplégie, entraîne un décalage de l'axe corporel sur la droite. Ce phénomène se manifeste par un désinvestissement de l'hémi-espace gauche dans sa globalité, un effondrement tonique sur la gauche que l'on constate, par exemple, dans la posture assise dans son fauteuil roulant et une posture particulière dans son fauteuil.

Du fait de cette extinction sensitive et de l'héminégligence, le passage par les sensations corporelles pour restructurer l'axe corporel n'était pas envisageable. Il est donc impossible de passer par la boucle sensation, perception, représentation pour la pratique avec ce Mr.

Cette particularité de la lésion cérébrale, nous montre que (par exemple chez Mr R.), nous ne pouvons pas nous appuyer sur une logique développementale. En effet, des fonctions élaborées sont maintenues (représentation du schéma corporel), alors que les fonctions plus élémentaires (boucle sensori-motrices) ne sont plus efficaces.

Nous nous sommes appuyées sur la bonne connaissance du corps de Mr R et ses représentations efficaces. Avec un exercice d'auto-agrandissement sur guidance verbale, nous pouvons observer que Mr R est capable de se redresser, de recentrer son axe et de le mobiliser pour avancer ou reculer dans son fauteuil par exemple.

Cependant, cet exercice lui demande beaucoup d'attention et de concentration, il ne peut donc pas le maintenir trop longtemps du fait de ses difficultés attentionnelles importantes. De ce fait, Mr R. ne peut pas maintenir l'exercice longtemps, et revient rapidement à un effondrement tonique.

Donc en prenant appuis sur sa bonne connaissance du schéma corporel, et ses représentations, nous pouvons mobiliser son axe et son tonus axial en conscience, et ce malgré ses troubles moteurs majeurs.

Cet exercice d'auto-agrandissement sur guidance verbale, qui permet d'être dans la relation, de mobiliser son attention, entraîne un redressement du tronc de Mr R. De plus, le fait de faire la même chose en face de lui, permet grâce au dialogue tonique de faciliter l'exercice pour ce patient. Cela lui permet de construire un axe corporel grâce à une posture active, de plus cette position lui permet une certaine prise de conscience de ses troubles pendant l'exercice, il peut par exemple mieux explorer son espace gauche. C'est une sorte d'approche de l'anosognosie, avec un phénomène de répétition pendant les séances, qui permet de faire une place à la prise de conscience des troubles.

Cette mobilisation de l'axe et du tonus est une aide à l'éveil et au travail actif de ce patient. Cela a également amené à un éveil au niveau du regard, et un redressement de celui-ci. Mr R regarde en face devant lui, dans l'axe, au lieu de regarder en bas à droite.

Ce travail de l'axe et du tonus a été appliqué en séance pour des exercices de transferts avec Mr R, ce qui lui permettait d'être plus actif et de plus participer au quotidien à ces transferts. C'est un **gain d'autonomie** auquel il n'avait pas accès à son arrivée au SSR.

Mr R. chemine pendant les 3 mois au SSR. En effet, il peut verbaliser certaines de ses difficultés : « si je ne le trouve pas c'est que c'est à gauche ».

De plus, il participe plus activement aux transferts en dehors des séances de psychomotricité. Ceci marque pour lui un accès à l'autonomie, que ce soit dans ces décisions de faire les transferts.

Avant ce travail, les transferts étaient effectués par nécessité (toilette, coucher, repas, etc.). Cependant, à l'aide de ses acquisitions il peut dorénavant participer au niveau moteur, ce qui soulage le personnel soignant et son entourage, mais surtout il peut de lui-même faire la démarche de demander à faire un transfert, pour être plus confortable, pour se déplacer, etc.

Il est toujours aussi impliqué dans la prise en charge et investi avant son départ du SSR.

4.2.5 Fin de la prise en soin

Dans le suivi de Mr R. dans l'établissement, la psychomotricité s'inscrit dans un contexte : le transfert dans un autre SSR, l'importance de la présence de sa femme, le travail transdisciplinaire. Dans l'accompagnement de ce patient, la psychomotricité a permis à Mr R. de s'engager dans sa rééducation de manière active. Grâce à sa participation, il a pu accéder à des compétences relationnelles et représentationnelles afin de mieux appréhender les transferts pour un accès à **plus d'autonomie**.

Ceci a permis au fur et à mesure des retours à son domicile le weekend, avec un soulagement de sa femme pour l'aider. En effet, il peut participer d'avantage dans les transferts, ce qui soulage sa femme et permet à Mr R. d'être plus autonome au quotidien.

Ainsi, lors de son séjour au SSR, l'approche spécifique de la psychomotricité a permis d'accompagner Mr R. dans un accès à une meilleure autonomie.

Cette approche se différencie des autres professions par ses spécificités relationnelles, théoriques, etc. Et permet une approche différente du patient, en le prenant en soin dans sa globalité, corps et esprit en interaction.

Pour Mr R., l'approche psychomotrice a permis, à travers les différentes méthodes utilisées dans les séances, d'accompagner ce patient vers une meilleure autonomie malgré son symptôme d'héminégligence et ses troubles associés.

CONCLUSION

Tout au long de ce mémoire, j'ai donc présenté le syndrome d'héminégligence sous tous ses aspects ainsi que sa complexité, que j'ai mis au premier plan de mon questionnement.

J'ai également démontré l'impact de l'héminégligence sur l'autonomie des patients ainsi que son expression psychomotrice. L'autonomie étant un enjeu majeur dans la rééducation que ce soit au niveau de la santé publique, du SSR, des soignants, ou du patient. Dans cet écrit j'ai abordé cette notion d'autonomie du point de vue des soignants et du patient.

Puis, j'ai étudié la place de la psychomotricité dans ses spécificités et sa singularité de prise en soin, avec les qualités du psychomotricien, les modalités de séances dont le cadre, l'alliance thérapeutique, la relation en psychomotricité, la communication, et la place du corps du patient.

J'ai illustré ma démonstration par l'étude du cas d'un patient rencontré lors de mon stage et qui présente une héminégligence majeure. Il a nourri ma réflexion ainsi que mon expérience de praticienne. Il est d'ailleurs à l'origine de la problématique de cet écrit, et a donné du sens à ma pensée.

Dans ma réflexion, j'ai donc tenté de répondre à la problématique suivante :
Comment avec ses spécificités, la prise en soin psychomotrice permet un accès à l'autonomie chez les patients héminégligents ?

En effet, j'ai pu montrer le rôle du psychomotricien dans la prise en soin de ces patients héminégligents et son rôle dans l'accès vers une meilleure autonomie. Je peux donc confirmer mon hypothèse, car grâce à son approche spécifique, et la rencontre singulière avec chaque patient, le psychomotricien est en capacité de s'adapter au polymorphisme de l'héminégligence, et de placer le patient comme sujet pensant et participant à sa rééducation, ce qui lui permet de regagner de l'autonomie pour les activités quotidiennes.

Malgré l'aspect parfois massif des troubles que peuvent présenter des patients, je me questionne sur l'importance d'aller constamment chercher le patient à sa place de sujet, comme un être pensant et au centre de ses soins.

C'est avec enthousiasme que j'ai pu m'adonner à ces investigations et réflexions, et l'intérêt que je porte à cette formation de psychomotricité a été renforcé au cours de l'année et de ce mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

Albaret, JM., Giromini, F., Scialom P. (2012). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Concepts fondamentaux*. Paris, France : De boeck solal. (p190-192)

Barrou, M. & Sarraf, T. (2014). Quels sont les impacts des déficiences motrices et psychomotrices après une lésion cérébrale ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118, (3), 59-68.

Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre thérapeutique. *Rupture et dépassement*. Dunod (p 225-285)

Boscaini, F. & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49,(4), 78-88.

Boukobza, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron*, n° 173,(2), 64-71.

Carota, A., Annoni J.M., Piccardi L., Bogouslavsky, J. (2005). Syndromes majeurs de l'hémisphère mineur. *EMC Neurologie*, volume 2, issue 4. (p 475-504)

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) : <http://www.cnrtl.fr/>

Chokron, S., Bartolomeo, P., Siéroff, E. (2008). La négligence spatiale unilatérale : trente ans de recherches, de découvertes, d'espoirs et (surtout) de questions. *Revue neurologique*, volume 164, supplément 3. (p 134-142)

Coiffard, S. (2004). *L'héminégligence vécue de l'intérieur, une comparaison avec la schizophrénie une réflexion sur la pratique psychomotrice*. Institut de Formation en Psychomotricité, Bordeaux.

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

Corraze, J. (1980). Les communications non verbales. *Le psychologue*. Paris universitaire de France. (p 159-161)

Deroidea, N. et al. (2010). Plasticité cérébrale : de la théorie à la pratique dans le traitement de l'accident vasculaire cérébral. *Revue de médecine interne* 31 (p486-492)

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Editions du Seuil. (p7-49).

Fédération Française de Psychomotricité (FFP) : <http://www.psychomotricite.com/ffp/>

Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) : <https://www.fhp.fr/>

Gatecel, A. (2012). Aspect relationnel et formation en psychomotricité. Dans *La psychomotricité relationnelle* (pp. 25-36). Les Ulis, France: EDK, Groupe EDP Sciences.

Gohet, P., Molinié, É., Briens, J., Piveteau, D., Desaulle, M., Bourquin, M. .. & Flahault, A. (2014). Table ronde conclusive Besoins et attentes du monde du handicap. Dans *Handicap et perte d'autonomie : des défis pour la recherche en sciences sociales* (pp. 121-164).

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>

Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, volume 2,(3) (p 185-194).

Lonjaigue, O. (2017). *Le réaménagement identitaire après un accident vasculaire cérébral : apport de la prise en soin en psychomotricité auprès du patient cérébro-lésé*. IFP, Bordeaux.

Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) : <http://www.mdpsh.fr/>

Martel-Cayeux, B. (2009). Au cœur de la relation thérapeutique, le désir.... *Gestalt*, 36,(2), 11-20.

Menager, M. (2004). *Négligence spatiale unilatérale : mise au point d'un protocole d'évaluation et études de cas*. IFP, Toulouse.

Morin, C. (2013). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire: Neurologie et psychanalyse*. Toulouse, France: ERES.

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

Oppenheim-Gluckman, H. (2014). *La pensée naufragée* (3^{ème} édition). Paris, France : Economica Anthropos.

Oppenheim-Gluckman, H. (2017). Lésion cérébrale acquise et identité. Dans *Handicap : une identité entre-deux* (pp. 127-140). Toulouse: ERES.

Paillard, J., Badan M., (1997). *A propos de l'héminégligence : bilan et perspectives*. Laboratoire neurologique et mouvement, CNRS. Marseille, France.

Potel Baranes, C. (2010). *Être psychomotricien*. Toulouse, France: ERES.

Potel-Masset, AM. (1993). *Passeport pour l'autonomie*. Paris, France : Lamarre.

Rode, G., Vallar, G., Jacquin-Courtois, S., Revol, P., Farne, A. & Rossetti, Y. (2010). Manipulations sensorielles et troubles de représentation du corps. *Revue de neuropsychologie*, volume 2,(3), 235-243.

Rogers, C. & Ducroux-Biass, F. (2009). L'essence de la psychothérapie: Les moments de mouvement. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 9,(1), 30-37.

Sacks, O. (1985). *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. New York, Etats-Unis : Summit Books.

Schiffmann, S. (2001). Le cerveau en constante reconstruction : le concept de plasticité cérébrale. *Cahiers de psychologie clinique*, 16,(1), (p11-23).

Tarnopolsky, D. (2000). Entre corps et parole. *Enfance & Psy*, n°12.(4) , 75-85.

Vacher, A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfances & Psy*, 61,(4), 20-31

Wiat, L. (1992). *Troubles psychoaffectifs de l'hémiplégique gauche : rôle de l'héminégligence*. Faculté de médecine, Bordeaux 2.

Schémas et images :

<http://www.embryology.ch/francais/vcns/vascularisation01.html>

http://www.santeromande.ch/TSR36_9/20140212_2.html

<https://ophtalmologie.pro/hemianopsie-laterale-homonyme/>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION.....2

1 Le syndrome d'héminégligence suite à une atteinte vasculaire cérébrale..... 4

1.1 L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL 4

1.1.1 Définition et généralités 4

1.1.2 Epidémiologie 5

1.1.3 Facteurs de risques..... 5

1.1.4 Sémiologie et troubles associés 6

1.2 L'HEMINEGLIGENCE 7

1.2.1 Définition 7

1.2.2 Prévalence 8

1.2.3 Polymorphisme de l'héminégligence 8

1.2.4 Un facteur de mauvais pronostic 8

1.2.5 Anatomie de l'héminégligence..... 9

1.2.6 Formes cliniques de l'héminégligence 12

1.2.7 Phénomènes liés à l'héminégligence et troubles associés..... 16

1.2.8 Théories neuropsychologiques de l'héminégligence 19

2 Autonomie..... 23

2.1 DEFINITIONS 23

2.1.1 Autonomie..... 24

2.1.2 Indépendance et dépendance..... 25

2.1.3 Dépendance et handicap..... 26

2.1.4 Handicap, incapacité et déficience..... 27

2.1.5 Autonomie et handicap 28

2.2 COMPOSANTES DE L'AUTONOMIE 28

2.3 PATIENT ACTEUR DES SOINS 29

2.3.1 Recommandations HAS 31

3 Lecture psychomotrice de l'héminégligence 33

3.1 CONTEXTE DE SOIN..... 33

3.1.1	Fonctionnement général d'un SSR	33
3.1.2	Prise en soin pluridisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire des patients en SSR	35
3.2	CONTEXTE DE LA PSYCHOMOTRICITE.....	37
3.2.1	Qu'est-ce que la psychomotricité ?.....	37
3.2.2	La psychomotricité au SSR.....	40
3.2.3	Le bilan psychomoteur en SSR	42
3.2.4	Place de stagiaire.....	45
3.3	CONSEQUENCES PSYCHOMOTRICES DE L'HEMINEGLIGENCE.....	45
3.3.1	Expression psychomotrice de l'héminégligence	46
3.3.2	Concept de schéma corporel.....	49
3.3.3	Concept de l'image du corps	50
3.4	CONSEQUENCES SUR L'AUTONOMIE	52
4	L'intervention en psychomotricité	53
4.1	RÔLE DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LE TRAVAIL VERS L'AUTONOMIE	53
4.1.1	Une relation de soin	54
4.1.2	La relation en psychomotricité.....	57
4.1.3	Entourage et autonomie	61
4.1.4	Subjectivité du patient	63
4.2	ETUDE DE CAS DE MR R.	64
4.2.1	Contexte d'hospitalisation.....	64
4.2.2	Présentation de Mr R.	64
4.2.3	Lecture psychomotrice des troubles de Mr R.	69
4.2.4	Axes de travail	74
4.2.5	Fin de la prise en soin	78
	CONCLUSION.....	80
	BIBLIOGRAPHIE.....	82