Les appuis : support de la prise en charge psychomotrice de patients cérébro-lésés

Célia Fabre

▶ **To cite this version:**

Célia Fabre. Les appuis : support de la prise en charge psychomotrice de patients cérébro-lésés. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274750

HAL Id: dumas-02274750

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274750

Submitted on 30 Aug 2019

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.

Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière

Médecine Sorbonne Université

91, Boulevard de l'Hôpital

75013 PARIS

LES APPUIS :

support de la prise en charge psychomotrice de patients cérébro-lésés

Mémoire présenté par Célia FABRE

en vue de l'obtention du Diplôme d'État de psychomotricien

Référent de mémoire

Claire Musitelli

Session Juin 2019

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes ces personnes qui m'ont permis d'aller jusqu'au bout de cette formation enrichissante :

À ma famille, mes parents, mon frère, qui m'ont soutenu pendant ces études malgré la distance.

À Claire, ma maître de mémoire qui a consacré de son temps pour m'orienter et m'aider à élaborer mon sujet. Merci pour les précieux conseils que tu m'as transmis.

À tous mes maîtres de stage qui m'ont beaucoup appris au cours de ma formation : Élisa, Eva, Christine, Marie-Paule, Cassandre, Brigitte, Hugo et Philippe.

À tous les patients que j'ai croisé pendant ces trois années de stages, de tous les horizons. Chaque rencontre m'a permis d'affiner mon regard de future psychomotricienne.

À mes professeurs pour leur savoir-être, leur savoir-faire et leurs connaissances.

À mes amis, bientôt collègues, de très belles rencontres au fil de la formation. Merci Lucien, Marie, Julie, Estelle, Sibylle, Charlotte et Ophélie, vous m'avez encouragé, soutenu à n'importe quel moment de la journée et de la nuit.

À Audrey et Anaïs, mes meilleures amies qui ont toujours été là dans les hauts et les bas malgré l'éloignement.

À Coralie, ma relectrice et mon amie depuis une dizaine d'année.

Un grand merci à vous tous.

Sommaire

INTRODUCTION....5
PARTIE I – THÉORIE....6
I. La prise en charge de deux patients cérébro-lésés....7
A) Définition....7
B) L'Accident Vasculaire Cérébral....7
1. Définitions et caractéristiques....7
2. Épidémiologie et prévalence....8
3. Facteurs de risques....9
4. Diagnostic et examens....10
5. Sémiologie psychomotrice....11
6. La prise de conscience....14
C) Le Traumatisme Crânien....15
1. Définitions et étiologies....15
2. Épidémiologie et prévalence....16
3. Les étapes de la prise en charge du traumatisme crânien....17
4. L'anoxie....18
5. Sémiologie psychomotrice....19
II. Le trépied Appuis – Support – Étayage....22
A) Définitions....22
B) La génèse des appuis : un équipement de base....24
1. Le squelette....24
a) L'os et le squelette....24
b) La colonne vertébrale....25
2. La construction de l'axe et des appuis posturaux....26
a) Une lutte contre les forces de gravité....26
b) Le développement tonico-postural....27
c) La régulation tonique....30
3. Des appuis relationnels : de la communication infra-verbale à la représentation....31
a) Une sécurité de base....31
b) De la notion de double feed-back au Moi-Peau....32
c) Des niveaux d'organisation à la théorie de l'étayage....33
C) Les appuis du psychomotricien....35
1. Les médiations....35
a) Les médiations thérapeutiques....35
b) La contenance corporelle et psychique....36
2. Le cadre....38
a) Les composants du cadre en psychomotricité....38
b) Les fonctions du cadre thérapeutique....39
3. Les pratiques psychocorporelles....39
a) L'eutonie....40
b) Les percussions corporelles....41
PARTIE II – CLINIQUE....43
III. L'institution....44
A) Présentation générale....44
1. Description des locaux....44
2. L'organisation de la journée....45
B) La psychomotricité....46
1. Le psychomotricien dans la structure....46
2. Les modalités de prise en charge....46
3. Le bilan psychomoteur....46
4. Le déroulement des prises en charge....47

5. Ma place de stagiaire....47
IV. Présentation des patients....48
A) Carole....48
1. Anamnèse – l'histoire d'un choc....48
2. Le parcours de soins inscrit dans une temporalité....48
3. Le bilan psychomoteur....51
4. Prises en charge et évolutions....52
a) Une rencontre pleine de contrastes….....52
b) Représentations corporelles et prémisse de la conscience corporelle....54
c) Les appuis plantaires....55
d) Vers de l'eutonie....56
e) Appuis et repoussé....57
B) Michel....59
1. Anamnèse – l'histoire d'une rupture hémorragique....59
2. Son parcours de soin....60
3. Le bilan psychomoteur....61
4. Évolutions et prises en charge....62
a) Une première rencontre....63
b) Les représentations corporelles de Moyano....63
c) L'impasse....63
d) Vers le début d'une prise de conscience corporelle....65
PARTIE III – DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE....67
V. Des supports malléables....68
A) Des contraintes….....68
1. Institutionnelles....68
2. Émotionnelles....70
B) … Qui deviennent des passages de liberté....71
1. Du corps subi au corps expressif....71
a) Le flux postural....71
b) Une structuration corporelle à reconstruire....72
c) Une absence d'expressivité....73
2. Réflexions autour de mes supports....75
a) Le rituel, une porte d'entrée à la séance....76
b) Le réveil sensoriel….....77
c) ...Vers une tentative de verbalisation….....79
d) … Et de repousser....80
C) Lésions cérébrales et identité....80
CONCLUSION....82
GLOSSAIRE....83
BIBLIOGRAPHIE....87
ANNEXES....91
Les représentations corporelles de O. MOYANO....92
Liste des émotions....94
RÉSUMÉ....95

INTRODUCTION

À l'aube de ma troisième année de formation en psychomotricité, je désirais effectuer un stage auprès d'adultes cérébro-lésés car cela m'intriguait. À un moment de leur vie, brusquement, leur continuité d'existence s'était rompue et je m'interrogeais sur tous les changements corporels et psychiques que cela pouvait engendrer.

Dès les premiers jours de mon stage, ma rencontre avec Carole dont j'évoquerai la situation en détail, m'a intéressée et questionnée. Un autre patient, Michel, m'a touché par sa sensibilité, si rare. J'ai appris progressivement à les connaître et à réfléchir à leur construction psychocorporelle. L'institution mettait au second plan la dimension émotionnelle et psychique qui me tenait à cœur. Elle s'inscrivait dans une continuité de prise en charge pour patients ayant des troubles neurologiques, un aspect souvent associé à la recherche d'une nouvelle fonctionnalité du corps. Or, ce n'est pas la priorité du psychomotricien. C'est ce que j'ai souhaité traiter à travers ce mémoire en mettant en avant toutes les potentialités psychomotrices des patients cérébro-lésés. Leur corps est contraint, il n'a plus sa fonction d'appui, de support à l'être, à la personne, ainsi, les pratiques psychocorporelles ont toute leur place. C'est toute la problématique de mon sujet, comment la psychomotricité vient-elle nourrir corporellement et psychiquement ces deux patients cérébro-lésés ?

Je vais d'abord présenter les bases théoriques de l'A.V.C et du traumatisme crânien, les deux pathologies respectives de Michel et Carole. Ensuite, je détaillerai les liens entre les appuis, les supports et l'étayage au cours du développement de l'enfant et leur importance dans la psychomotricité.

Je retracerai l'histoire de Carole et Michel, ainsi que le déroulement de leurs prises en charge en psychomotricité au sein de l'institution.

Enfin, dans une discussion théorico-clinique, je mettrai en lien l'utilité des différents supports face aux contraintes corporelles, émotionnelles et institutionnelles auxquelles j'ai dû m'adapter ; et je terminerai par une réflexion autour des supports que je leur ai proposés.

PARTIE I – THÉORIE

I. La prise en charge de deux patients cérébro-lésés

A) Définition

Le terme de cérébro-lésé[1] désigne un individu qui a subi des lésions cérébrales acquises dont l'étiologie peut être un Accident Vasculaire Cérébral ou un traumatisme crânien. Les séquelles sont multiples et variées et elles portent atteinte à l'intégrité des victimes. Elles bouleversent leur vie, leur environnement familial, social et professionnel. Ces ruptures cérébrales entraînent des séquelles d'ordre sensorielles, psychiques, physiques et cognitives selon leur localisation dans les lobes cérébraux.

Parfois, les séquelles chez un patient cérébro-lésé sont présentes mais non visibles. On parle alors de handicap invisible. Les patients parviennent difficilement à les comprendre et à les concevoir. Cela peut entraîner des jugements de valeur de la part de la société et de leur entourage ce qui leur renvoie à une image dévalorisante d'eux-mêmes. La survenue de lésions cérébrales chez un proche perturbe la vie quotidienne et familiale du patient mais aussi celle de son entourage. Ces séquelles perturbent tout le *continuum* d'être, l'équilibre se fracture, nécessitant alors toute une réorganisation, une adaptation et un réaménagement de l'environnement familial.

Dans le cadre de prises en charge de patients cérébro-lésés, j'ai sélectionné deux étiologies de lésions cérébrales acquises.

B) L'Accident Vasculaire Cérébral

1. Définitions et caractéristiques

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé[2] – O.M.S –, un A.V.C « 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 ».

1 Il existe aussi des lésions cérébrales congénitales comme dans l'infirmité motrice d'origine cérébrale et l'infirmité motrice cérébrale.

2 Organisation Mondiale de la Santé. (n.d). *Accident Vasculaire Cérébral* (A.V.C). Retrieved (Mars 3, 2019) from https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/

Selon le Collège des Enseignements de Neurologie, on distingue la zone centrale comme la zone où la nécrose s'installe immédiatement de la zone périphérique ou « zone de pénombre »[3]. Cette dernière caractérise les zones cérébrales où les dommages sont réversibles lorsque le débit sanguin cérébral est rétabli dans les premières heures car les cellules ne sont pas encore mortes.

Il existe deux types d'A.V.C : les A.V.C ischémiques ou infarctus cérébraux et les A.V.C hémorragiques – 15 % des A.V.C – dont 5 % sont des hémorragies méningées.

Un A.V.C ischémique – 80 à 85 % des A.V.C – est la conséquence de l'occlusion d'une artère cérébrale par thrombose ou embolie. La localisation des lésions cérébrales se fera en fonction de l'artère touchée. La cause principale de l'A.V.C par thrombose est l'athérosclérose, une accumulation de dépôts de cholestérol*[4] sur les parois des artères qui forment des plaques d'athérome rétrécissant les artères et favorisant la formation du caillot. Lorsqu'il y a obstruction d'un vaisseau par un caillot sanguin ou un fragment de plaque d'athérome qui parviennent au cerveau par la circulation sanguine, on parlera d'A.V.C par embolie.

Un Accident Ischémique Transitoire – A.I.T – correspond à une obstruction de l'artère cérébrale qui se résorbe d'elle-même. Les symptômes sont semblables à ceux des A.V.C mais ils ne durent que quelques minutes. Il constitue un signe précurseur d'un risque d'infarctus cérébral.

Un A.V.C hémorragique est lié à la rupture d'une artère cérébrale entraînant un saignement dans le cerveau, inondant et interrompant la circulation sanguine. L'artère est souvent de petit calibre et fragilisée. Cela peut être la cause d'une hypertension artérielle* ou d'une rupture d'anévrisme*.

2. Épidémiologie et prévalence

Dans les pays occidentaux, l'A.V.C représente la première cause de handicap moteur acquis chez l'adulte et la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer. Elle est la troisième cause de mortalité pour les hommes et la première

3 Collège des Enseignements de Neurologie. (n.d). *Accidents vasculaires cérébraux*. Retrieved (Mars 3, 2019) from https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20/accidents-vasculaires-cérébraux

4 Les termes suivis d'une astérisque (*) seront définis dans le glossaire.

pour les femmes. En France, l'incidence annuelle est de 100 000 à 145 000 A.V.C par an, soit 1 toutes les 4 minutes, avec 15 à 20 % de décès au terme du premier mois et 75 % de patients vivent avec des séquelles. L'âge moyen est de 71,4 ans pour les hommes et de 76,5 ans pour les femmes. Les statistiques montrent une augmentation des cas d'incidents d'A.V.C qui tend à s'accentuer dans les années à venir avec le vieillissement de la population. Il ne touche pas uniquement la population âgée : 25 % des patients ont moins de 65 ans (Haute Autorité de Santé [HAS], 2009)[5].

3. Facteurs de risques

Les facteurs de risques d'A.V.C sont multiples et peuvent être présents chez un même patient. La fréquence des A.V.C dépend de l'avancée de l'âge en raison d'un vieillissement du système nerveux et artériel. Le risque augmente en présence d'antécédents familiaux.

Selon M-G. Bousser (2016), au-delà de l'âge, l'hypertension artérielle*, le cholestérol*, le diabète* sont les trois principaux facteurs de risques médicaux. L'hypertension artérielle multiplie par quatre le risque d'A.V.C. Manger moins de sel et pratiquer une activité physique régulière permettent de baisser la pression artérielle.

Le diabète multiplie par trois le risque d'infarctus cérébral, il peut se déclarer plus tôt et les symptômes peuvent être plus sévères. Il favorise l'athérosclérose au niveau des grosses artères et altère la paroi des petites artères.

Tout comme le diabète, le cholestérol* favorise aussi l'athérosclérose et notamment le L.D.L – Low Density Lipoprotein[6] – appelé communément le « mauvais cholestérol ».

Les facteurs de risque liés au mode de vie ne sont pas à négliger. Le tabac doublerait le risque d'A.V.C et multiplierait par quatre le risque avant l'âge de 50 ans. Ce risque dépend de la durée de la consommation et de la quantité de cigarettes fumées. L'alcool est aussi considéré comme un facteur de risque.

5 Haute Autorité de Santé. (2009). *Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce*. Retrieved (Mars 3, 2019) from https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf

6 « *Lipoprotéine de basse densité* ».

La surcharge pondérale augmente le risque d'infarctus cérébral de 22 % en cas de surpoids et de 64 % en cas d'obésité. Une perte de poids entraîne une diminution du risque d'A.V.C et a un effet positif sur l'hypertension* et le diabète*. La sédentarité et donc l'absence d'activité physique favorise l'obésité et, par conséquent, les A.V.C.

Dans le cas de Michel, il présente une hypertension artérielle associée à une prise de poids importante. Son Indice de Masse Corporelle – I.M.C – est de 35 kg/m^2, à la limite entre l'obésité modérée et sévère. Ces deux facteurs ont donc multiplié le risque d'A.V.C. Il n'y a pas la présence d'antécédents familiaux dans son dossier.

4. Diagnostic et examens

Les troubles neurologiques apparaissent de manière soudaine. Il est important de noter l'heure, information essentielle pour les traitements ultérieurs. Le déficit est essentiellement focalisé c'est-à-dire qu'une perte de fonction témoigne d'une atteinte localisée aux zones cérébrales impliquées dans cette fonction.

Lors d'un A.V.C, selon la H.A.S, six signes d'alertes peuvent survenir :

- Une paralysie totale ou partielle d'une partie du corps ou d'un hémicorps comme une hémiplégie.
- Une hypoesthésie*, une paresthésie*, une astéréognosie* d'une partie du corps – bras, jambe, face – ou d'un hémicorps.
- Un trouble de la parole allant d'un mutisme total à une difficulté d'élocution ou de compréhension.
- Un trouble de l'équilibre et de la marche avec un risque de chute.
- Une hémianopsie*, une diplopie*, une baisse brutale de l'acuité visuelle, une sensation d'éblouissement, un défaut d'accommodation.
- Des céphalées intenses.

Si un de ces signes, voire plusieurs sont présents, il faut être vigilant et appeler les secours afin de prendre le plus rapidement en charge le sujet. Tout retard de prise en charge peut entraîner des séquelles graves pouvant aller jusqu'au décès.

Pour informer le grand public, d'après l'American Stroke Association, les anglo-saxons utilisent le message F.A.S.T[7] – Face Arm Speech Time –, un vecteur efficace pour diagnostiquer et informer autour du A.V.C. On va ainsi demander à la personne de sourire – Face –, de lever les deux bras – Arm –, de répéter une phrase simple – Speech. Si on observe un de ces trois symptômes, on appelle le 15, le Service d'Aide Médicale Urgente – Time.

L'A.V.C est une urgence vitale et doit être rapidement pris en charge dans les Unités Neuro-Vasculaires – U.N.V – afin d'effectuer les analyses et les évaluations nécessaires comme un électrocardiogramme, des prélèvements biologiques, la mesure de la pression artérielle. Seuls les signes cliniques ne peuvent pas poser un diagnostic. L'Imagerie par Résonance Magnétique – I.R.M – confirme ou infirme les signes d'ischémie cérébrale et d'hémorragie intracrânienne. Le scanner peut être aussi réalisé mais il est moins sensible que l'I.R.M.
Le pronostic vital est évalué en fonction des informations autour des données de l'examen neurologique, l'âge, l'état antérieur de la personne, le type d'A.V.C, la localisation et l'étendu des lésions… Les complications peuvent entraîner un décès.

5. Sémiologie psychomotrice

- Motricité

Dans le cadre de Michel, à la suite d'un A.V.C hémorragique temporal gauche, le médecin lui diagnostique une hémiplégie flasque droite. La spasticité apparaîtra plus tard, au niveau de son membre inférieur droit et de sa main droite. Son bras droit restera flasque.

Une hémiplégie est une atteinte du système nerveux central caractérisée par une paralysie totale ou partielle de l'hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale à la suite d'une atteinte de la voie pyramidale. On parlera d'hémiparésie dans le cas d'une atteinte partielle de la moitié du corps et de monoplégie lorsqu'un seul membre est paralysé.
Une hémiplégie est désignée comme flasque quand la mobilisation passive se fait sans résistance car les muscles sont atrophiés, ils ne se contractent plus. Il faut la

7 Message dérivé de l'échelle préhospitalière de Cincinnati.

différencier de la spasticité qui est une augmentation du tonus musculaire se traduisant par une raideur et une difficulté de mobiliser les articulations. Elle apparaît après une lésion au niveau des zones motrices cérébrales. Ainsi, elle est associée à une réduction de la force motrice et une incapacité à réaliser un mouvement précis.

Michel s'inscrit dans une démarche en fauchage, spécifique de l'hémiplégique, caractérisée par son membre inférieur droit en extension qui vient former un arc de cercle plus ou moins évident. À ce jour, son pied ne frotte plus le sol.

- Sensibilité

La sensibilité superficielle ou extéroceptive, grâce à des récepteurs, s'attache aux informations mécaniques, thermiques, chimiques et nociceptives alors que la sensibilité profonde, appelée aussi proprioception, fournit des informations sur la position du corps et des membres dans l'espace grâce aux afférences provenant des articulations, des tendons et des ligaments.

Je retrouve chez Michel des troubles de la sensibilité superficielle et profonde du côté droit.

- Langage et compréhension

Michel présente une aphasie de Broca. Il est conscient de son trouble – *insight* – et souhaite se faire comprendre. Chaque phrase lui demande un effort et cela se manifeste par un découragement face à ses difficultés. Son débit verbal est ralenti associé à un appauvrissement du vocabulaire, de la syntaxe, des stéréotypies et une désintégration phonétique. La lecture et l'écriture sont très perturbées. Cette aphasie est associée à une apraxie bucco-faciale.

L'aphasie de Broca est une difficulté à s'exprimer sans que la compréhension orale et écrite ne soient atteintes ou du moins beaucoup moins touchées que l'expression alors que l'apraxie bucco-faciale est une impossibilité à générer des mouvements à but non langagier alors que ces mouvements surviennent de manière automatique.

Au niveau du cortex cérébral, l'aire de Broca se situe au niveau de la partie inférieure de la troisième circonvolution frontale. Michel étant à l'origine droitier, l'aire de Broca

se situe dans l'hémisphère gauche, hémisphère du langage, des gnosies, des praxies et de l'organisation temporelle. Compte tenu de sa symptomatologie, je peux émettre l'hypothèse que le lobe frontal est aussi touché.
En effet, le lobe frontal regroupe les fonctions exécutives – raisonnement, inhibition, flexibilité mentale, initiation, planification – la réalisation et le contrôle de certaines actions motrices, la sélection et la catégorisation, une partie de la mémoire de travail et de l'attention ainsi que l'élaboration du langage écrit et oral.

- Mnésique

Le lobe temporal regroupe trois types de mémoires.
La mémoire épisodique est le système d'enregistrement, de stockage et de récupération des évènements personnels vécus situés dans leur contexte spatial et temporel d'acquisition. Les informations empruntent le circuit de Papez comprenant l'hippocampe. Ce dernier se situe dans la partie antérieur et profonde du lobe temporal, touché chez Michel.
La mémoire sémantique regroupe la mémoire des mots, des idées, des concepts, des connaissances sur le monde indépendamment du contexte spatial et temporel d'acquisition.
La mémoire procédurale est la mémoire des habilités motrices, correspondant aux règles, procédures et stratégies que l'on utilise sans en être conscient, on se trouve dans un processus d'automatisation.
Selon mes observations et les compte-rendus présents dans son dossier, ces trois types de mémoire semblent touchées.

Michel n'a pas bénéficié de bilans neuropsychologiques. Il ne présente pas de troubles visuels, ni de négligence.

- Troubles psychologiques

Au-delà des déficits neurologiques, il existe des troubles d'ordre psychologique, longtemps sous-estimés car ils sont moins évidents à diagnostiquer et il n'y a pas de relation établie avec la topographie de l'A.V.C. Ils vont impacter négativement la récupération fonctionnelle et le mode de vie du patient et de sa famille.

La fatigue est présente après un A.V.C sur le plan intellectuel et physique, elle s'exprime par un manque de concentration ou une grande fatigabilité dans les mouvements. Elle s'améliore avec le temps mais peut persister de manière variable.

Michel est rapidement fatiguable surtout lorsque les séances sont axées autour des changements posturaux à la fois physique – effort musculaire – et psychique – planification, attention.

L'apathie est une perte de motivation, d'initiatives, de curiosité et de manifestations émotionnelles. Elle serait présente chez un tiers des patients après un A.V.C. Cela va avoir des répercussions sur le déroulement des prises en charge et les progrès du patient.
La dépression peut être présente à la suite de l'Accident Vasculaire Cérébral et elle est en lien avec la gravité des séquelles. Par exemple, face à une perte d'autonomie, il y a un véritable travail de deuil à effectuer. La famille et les aidants du patient peuvent être également touchés par la dépression face aux troubles du comportement et aux atteintes cognitives.

D'autres symptômes peuvent être présents comme l'anxiété, l'irritabilité, l'instabilité…

6. La prise de conscience

« *L'AVC résonne comme une attaque, un séisme, souvent comme une véritable rupture avec l'état antérieur, comme si ce fil directeur [la continuité d'être] s'était rompu.* » (Commare & Michel, 2014, p. 108).

Au-delà d'une rupture neurologique, c'est tout le *continuum* d'être qui se fissure. Dès le départ, le pronostic vital est engagé, les projets sont mis de côté.
L'hospitalisation rompt la vie quotidienne ainsi que celle de l'entourage. Les lieux sont uniformisés et aseptisés accentuant la confusion chez le patient et le manque de repères. Le rythme hospitalier tourne autour des examens, prises de sang, surveillance continue, mauvaises nuits, prises des repas, en plus du choc psychique que crée la survenue de l'A.V.C.
Les patients ne se reconnaissent plus, ne reconnaissent plus leur corps. Ce dernier peut être défiguré, recousu, cicatrisé, transpercé par des tuyaux renvoyant une

image du corps violente à soi-même. Ce corps n'est plus source de plaisir mais de contrainte. Progressivement, les patients peuvent se rendre compte de leurs capacités restantes ou perdues : la moitié du corps ne veut plus bouger, l'hygiène intime ne peut plus être faite seule. Ils se sentent alors incompris, désespérés, impuissants et frustrés. La réanimation et l'immobilité évoquent l'image de la mort mais aussi celle de la dépendance infantile. À cela s'ajoute des angoisses permanentes, accentuées la nuit, autour de la mort et de l'avenir.
Le patient et sa famille s'interrogent continuellement sur la reprise de la marche et de la parole principalement. Le médecin, au début, est souvent dans l'incapacité de répondre de manière précise.
Face à une prise de conscience d'une perte d'autonomie partielle ou totale, les patients peuvent s'enfermer dans une inhibition psychique et motrice et dans des troubles affectifs.

À la suite d'un alitement prolongé, il y a une sous-utilisation du corps entraînant une réduction de stimulations sensorielles et de mise en mouvement et donc un appauvrissement du schéma corporel.
L'hémiplégie porte atteinte à l'unité corporelle du sujet. Les capacités motrices d'un hémicorps sont altérées provoquant une asymétrie, une désaxialisation. L'investissement corporel est donc bouleversé, ce qui peut être associé à une négligence ou un désinvestissement corporel de la partie du corps hémiplégique. L'image du corps va donc être altérée.

C) Le Traumatisme Crânien

1. Définitions et étiologies

Le Traumatisme Crânien – T.C – est consécutif à un choc violent entre le cerveau et la boîte crânienne, ce qui conduit à une destruction ou à un dysfonctionnement de certaines cellules nerveuses : ce sont ainsi des lésions cérébrales acquises. L'agression externe peut survenir à la suite d'un Accident de la Voie Publique – A.V.P –, d'un accident de sport, d'une chute, d'une agression, d'une bagarre etc. Les séquelles entraînent une altération du fonctionnement cérébral et

seront un handicap. Les conséquences sont multiples en fonction des zones cérébrales lésées.

Il y a plusieurs degrés de gravité dans les traumatismes, en fonction du score de l'Échelle de Coma de Glasgow* – G.S.C – et de la durée de l'Amnésie Post Traumatique* – A.P.T.
Un Score de Glasgow de 3 à 8 correspond à un traumatisme crânien grave ; un score entre 9 et 12 à un traumatisme crânien modéré alors qu'un score entre 13 et 15 est un traumatisme crânien bénin. Lorsque l'A.P.T dure entre 5 minutes et 1 heure, le T.C est considéré comme léger ; entre 1 heure et 24 heures, c'est un T.C modéré et au-delà de 24 heures, c'est un T.C grave comme ce fut le cas pour Carole.

Le T.C peut être fermé c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'atteinte visible de la boîte crânienne. Au contraire, un T.C est ouvert lorsqu'il y a une communication entre le cerveau et le milieu extérieur. Le risque d'infection est alors important.

Les T.C diffèrent en fonction du type de lésions cérébrales. Les lésions dites primaires regroupent les lésions de contusion[8] et les lésions axonales diffuses[9] tandis que les lésions cérébrales secondaires sont dues à une aggravation des lésions primaires ou à un second traumatisme crânien.

2. Épidémiologie et prévalence

Il y a très peu de données épidémiologiques publiées sur le traumatisme crânien en France. Soit elles sont anciennes soit elles proviennent de l'étranger. Il est estimé entre 120 000 et 150 000 cas par an, en France dont 80 % de T.C légers, 10 % de T.C modérés et 10 % de T.C sévères. Grâce à la prévention routière, son nombre diminuerait en France. Le pic d'incidence se situe entre 15 et 25 ans pour les deux sexes, mais de façon plus marquée chez l'homme : le sex-ratio est supérieur chez l'homme variant entre 2/1 et 3/1. Deux autres pics sont retrouvés, un chez le jeune enfant entre 0 et 5 ans et l'autre chez la personne âgée de plus de 65 ans.

8 Les lésions cérébrales et leurs localisations sont multiples après un mécanisme de coup et de contre-coup.
9 Le mouvement d'accélération et de décélération de la boîte crânienne provoque des étirements de la substance blanche (axones).

3. Les étapes de la prise en charge du traumatisme crânien

La prise en charge du traumatisme crânien se divise généralement en quatre étapes.

- Le coma

Après la commotion ou la contusion cérébrale, le patient est dans le coma* pendant une durée variable. L'objectif est de le maintenir en vie et d'éviter l'aggravation de ses lésions. Les médecins préviennent et traitent les complications liées à l'alitement prolongé comme les escarres*, les complications orthopédiques, neurologiques comme l'épilepsie*. Il est possible d'évaluer le fonctionnement de l'encéphale par un électroencéphalogramme* et les potentiels évoqués* – somesthésiques, auditifs, visuels – afin de suivre l'évolution et de proposer un pronostic d'éveil en fonction des causes du coma*.

Dans le dossier de Carole, je n'ai pas d'informations sur cette période de coma.

- L'éveil

À la suite de la période de coma pouvant s'étendre de quelques heures à des années, le patient va ouvrir progressivement ses yeux et reprendre conscience de lui-même et de l'environnement. L'éveil peut être calme et progressif avec des réponses motrices et verbales adaptées, ou agité avec un état confusionnel et une agitation psychomotrice.

- La rééducation

Carole est transférée dans un C.M.P.R – Centre de Médecine Physique et de Réadaptation.

Les centres de réadaptation permettent d'effectuer une rééducation pluridisciplinaire et une réadaptation, en compensant les incapacités du patient tout en l'adaptant à l'environnement. Elle est à la fois physique et cognitive. Pour cela, le patient se doit d'être acteur et l'investir au maximum. La limite est donc l'anosognosie c'est-à-dire la non prise de conscience des troubles due à une atteinte cérébrale et donc le désinvestissement des prises en charge.

En arrivant à quelques semaines de l'accident, le taux de récupération est à son maximum. Il est pourtant difficile de se projeter. Les patients espèrent récupérer un maximum de leurs fonctions mais la rééducation est souvent longue avec des progrès qui tendent à se minimiser avec le temps. Ils sont dans une attente perpétuelle afin de récupérer leurs fonctionnalités. Pourtant, c'est la méthode la plus efficace pour stimuler la plasticité cérébrale* et donc favoriser la récupération fonctionnelle.

- La réinsertion

La fin de la prise en charge s'articulera autour de la réinsertion sociale et professionnelle. Ces trois périodes : phase aiguë, phase de rééducation et phase de réadaptation et de réinsertion socio-professionnelle sont définies selon la Circulaire du 18 juin 2004[10].

Concernant l'accident de Carole, elle est atteinte d'une encéphalopathie anoxique associée à un traumatisme crânien grave à la suite d'un arrêt cardio-respiratoire – A.C.R.

L'A.C.R s'accompagne d'un arrêt ventilatoire* et d'une perte de connaissance*. La réanimation précoce va permettre d'éviter ou non le décès du patient. L'étiologie de l'A.C.R est vaste : infarctus du myocarde*, embolie pulmonaire*, hypoxie, hémorragie, A.V.C, traumatismes graves, intoxication, noyade, médicaments…

4. L'anoxie

L'anoxie est « la privation d'oxygène du tissu cérébral, elle résulte soit d'une défaillance circulatoire (anoxie ischémique), soit d'une défaillance respiratoire (anoxie anoxique), soit d'une défaillance sanguine (anoxie anémique)» (Enjalbert, Thery, Benyahya & Layre, 2010, p 39).

Le cas le plus typique est l'arrêt cardio-respiratoire, ce qui est le cas chez Carole. Comme dans les traumatismes crâniens, elle touche une population relativement jeune avec un sex-ratio plus élevé chez les hommes.

10 Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2004). *Circulaire du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires*. (Mars 6, 2019) from http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_16188.pdf

Sous la violence du choc, l'arrêt brutal de la circulation sanguine dans son corps entraîne une diminution de l'oxygénation de l'encéphale*, le cerveau n'est donc plus vascularisé. Or, il a besoin d'oxygène en permanence : après trois minutes sans oxygène, les neurones commencent à se détruire.

Chez Carole, des lésions cérébrales diffuses sont apparues, elles vont déterminer sa symptomatologie polymorphe en fonction de l'intensité et de la gravité de la privation d'oxygène. Les conséquences sont variables entre l'état végétatif chronique et l'absence de séquelles.

Les causes de l'anoxie sont souvent des complications cardiaques lors d'un infarctus ou d'une intoxication, un traumatisme thoracique, un polytraumatisme, un A.V.C et un traumatisme crânien.
Dans l'anoxie cérébrale, il est retrouvé fréquemment des troubles de la mémoire, des troubles du comportement et des myoclonies dues à ce manque d'oxygénation. Les examens complémentaires de type scanner et I.R.M montrent peu d'éléments.

5. Sémiologie psychomotrice

Par la spécificité du traumatisme crânien, certains troubles s'expliquent par des lésions cérébrales mais aussi par le traumatisme psychique lié au coma* ce qui peut entraîner un choc émotionnel intense.

Les principales conséquences neurologiques sont des troubles cognitifs et comportementaux, psychoaffectifs, moteurs et sensoriels. Elles peuvent être classées en fonction de l'atteinte lobaire – frontale, temporale, pariétale, occipitale – ou en fonction des hémisphères cérébraux droit et gauche. Le tableau clinique est complexe en raison des atteintes multiples. La prise en charge se doit d'être pluridisciplinaire entre les différents acteurs du soin et du secteur médico-social : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, assistants sociaux et bien-sûr les psychomotriciens.

- Régulation tonique

Les troubles de la régulation tonique se manifestent par une spasticité, une hypertonie*, des dystonies* ou encore des syncinésies* à diffusion tonique.

Carole présente des troubles toniques de type myoclonies d'origine indéterminée c'est-à-dire des contractions musculaires brutales et involontaires. Elle ne peut donc pas les contrôler ; son corps semble lui échapper, il semble hors de contrôle.

- Motricité

Selon la localisation et le type de lésions cérébrales, la paralysie peut être totale ou partielle, transitoire ou définitive.

Dans le cas de Carole, une tétraparésie a été diagnostiquée, une atteinte partielle des quatre membres due à une diminution des possibilités de contraction des muscles. Cette tétraparésie ne se manifeste plus mais son équilibre reste toujours altéré. La mise en mouvement du corps n'est donc pas libérée, il y a toujours un risque de chute.

- Sensoriel

Les médecins notaient une hyperacousie, un trouble de l'audition se traduisant par une hypersensibilité de l'ouïe, et une intolérance à certains bruits du quotidien. Elle réagit à chaque bruit par un sursaut, une mise en tension du corps importante entraînant des mouvements d'hyper-extensions et une désorganisation corporelle.

Chez des traumatisés crâniens, des agnosies aperceptives*, des agnosies associatives*, une akinetopsie*, une prosopagnosie* et des agnosies visuo-spatiales peuvent être retrouvées.

- Image du corps

L'image du corps[11] est bouleversée et devient celle d'un corps blessé à l'intérieur comme à l'extérieur. Les ressentis et les perceptions corporelles sont modifiés tout comme l'apparence corporelle pour certains patients.

Carole présente des stigmates sur son corps qu'elle cache notamment au niveau de son épaule droite pour laquelle elle a bénéficié d'une greffe de peau.

Ces changements s'accompagnent alors d'une dévalorisation et d'une mésestime de soi. L'investissement de ce corps, de ses capacités et de ses limites est un point important à prendre en compte.

11 Cf. *Infra* p. 81

- Troubles du langage

Les troubles du langage peuvent être vastes touchant l'expression et/ou la compréhension orale et verbale comme une dysphonie*, une dysarthrie* mais rarement une aphasie. Ils constituent un véritable handicap social dans les interactions sociales et l'intégration dans la société.

Dans le cas de Carole, elle ne présente pas de trouble du langage mais elle éprouve de grandes difficultés de verbalisation c'est-à-dire d'expression de ses émotions et de ses ressentis. Son discours est pauvre et répétitif.

- Troubles de la mémoire

À la suite du traumatisme crânien, les processus mnésiques s'interrompent et entraînent une amnésie post-traumatique. Le patient est alors confus, désorienté, souffrant d'une amnésie rétrograde associée à une incapacité à enregistrer et à se rappeler de nouvelles informations. L'amnésie rétrograde et l'amnésie antérograde se réfèrent à une incapacité à se souvenir ou à reconnaître de nouvelles informations ou de nouveaux évènements survenus respectivement avant et après l'accident. Plus d'un tiers des traumatisés crâniens graves conserve des troubles de la mémoire et notamment au niveau de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique car la récupération des informations est déficitaire.

- Troubles attentionnels

Les difficultés attentionnelles chez les T.C sont fréquentes. Elles touchent à des degrés divers l'attention soutenue correspondant au maintien de l'attention sur une tâche pendant une longue période. Il leur est difficile de se concentrer sur deux tâches simultanées, on parle alors d'attention divisée. La capacité à ignorer les stimuli non pertinents est perturbée – attention sélective – car les patients se laissent facilement distraire. Le niveau de vigilance est alors bas tandis que la fatigabilité est fréquente.

- Troubles du comportement et de la personnalité

Les troubles du comportement retrouvés, en majorité, sont un syndrome dépressif, une désinhibition, une perte d'empathie, une apathie*, une labilité

émotionnelle* etc. Ces troubles sont invalidants pour le patient et son entourage, créant une barrière pour sa réinsertion sociale et professionnelle.

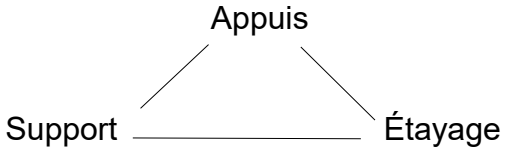
L'apragmatisme, une incapacité à entreprendre des actions, ainsi que l'anxiété réduisent l'initiation motrice de Carole.

L'accident crée un remaniement global du corps et de l'identité, les repères antérieurs disparaissent. Le patient est confronté à la perte d'une partie de lui-même, de sa personnalité et de son identité – physique, psychique, familial, sociale.
L'enveloppe corporelle n'est plus contenante ni protectrice alimentant les angoisses archaïques comme l'angoisse de liquéfaction. Pour lutter contre l'insécurité, les manifestations sont diverses : déni, difficultés relationnelles et de communication, mise à distance des émotions, agressivité etc.

II. Le trépied Appuis – Support – Étayage

A) Définitions

Pour commencer, je vais m'intéresser à la définition de chaque terme de ce triangle afin de percevoir toutes leurs spécificités et leurs relations.



D'après le Larousse (2009, p. 58), un appui est « ce qui sert à maintenir la stabilité de quelque chose ; soutien, support » mais aussi c'est une « aide matérielle ou morale apportée à quelqu'un ; protection ».
À la suite d'un A.V.C ou d'un traumatisme crânien, le *continuum* d'être s'est fissuré. Les appuis vont ainsi avoir un rôle de maintien, de solidité, de stabilité et de protection. Cette définition introduit également la notion relationnelle, notion essentielle en psychomotricité. L'appui ne peut se faire seul ; l'environnement, le milieu humain et le psychomotricien vont pouvoir apporter leur aide à la personne en la soutenant.

La richesse de cette définition met aussi en lumière deux approches : une plutôt physique et l'autre d'ordre psychique en lien avec l'étayage.

Je me permets de distinguer la notion d'appui et d'ancrage. L'ancrage est l'« action, manière d'ancrer quelque chose [...] fait d'être implanté ; enracinement » selon le Larousse (2009, p. 40). D'après cette définition, il y a dans l'idée d'ancrage une posture statique et solide comme si les pieds étaient pris dans du béton contrairement aux appuis où il y a une dynamique entre s'appuyer et se repousser.

Un support est « ce qui supporte ; appui ou soutien de quelque chose ». Il désigne aussi « tout milieu matériel susceptible de recevoir une information, de la véhiculer ou de la conserver, puis de la restituer à la demande » selon le Larousse (2009, p. 976). Cette définition me paraît succincte, je cherche alors la définition du verbe soutenir avec l'espoir d'y trouver des éléments intéressants.

Soutenir se définit comme « maintenir dans une position grâce à un support ; servir de support, d'appui à » ou encore « maintenir quelqu'un debout, l'empêcher de tomber, de s'affaisser » (Larousse, 2009, p. 957). Cette définition fait le lien entre supports et appuis. Elle fait également référence à l'idée de soutien qui permet de maintenir une globalité corporelle face aux ruptures neurologiques.

Au-delà de la théorie sur l'étayage psychomoteur de S. Robert-Ouvray[12], étayer c'est « soutenir un élément, une partie de construction au moyen d'étais » ou « soutenir quelque chose par des arguments, des preuves, le fonder, l'établir ou en être la base, la preuve »[13]. L'étayage renvoie donc à l'idée de soutien, de soutenir.

Ces termes d'appuis, de support, soutenir et étayer semblent imbriqués entre-eux. Je m'interroge alors sur les liens qui se tissent entre-eux tout au long de la vie.

12 Cf. *Infra* p. 34

13 Dictionnaire et synonyme (n.d). *Étayer*. Retrieved Mars, 9 2019 from https://www.dictionnaire-synonyme.com/antonyme-etayer

B) La génèse des appuis : un équipement de base

1. Le squelette

Le squelette interne apparaît dans l'évolution phylogénétique avec la survenue des vertébrés. Le corps est constitué de 206 os minéralisés qui assurent une protection interne. Pour cela, je vais me référer aux savoirs de F. Germain (2016).

a) L'os et le squelette

Comme les articulations et les muscles, les os sont impliqués dans l'appareil locomoteur. Ce dernier se définit comme un système responsable de la mise en mouvement du corps, ou de son maintien dans une posture.
Le squelette est solide et forme une véritable charpente osseuse à partir de laquelle le corps est maintenu. Il assure la structure et donne forme au corps humain. C'est une matière dure, palpable au toucher. Cette solidité permet alors une sécurité corporelle et donc une ouverture, une mise en mouvement du corps et une mise en confiance. L'os, matière du corps, est donc un véritable support interne stable contrairement aux muscles, siège de modulations toniques liées à la sphère émotionnelle.

Cependant, l'os est en perpétuel remaniement, il est vivant. Grâce aux cellules présentes à l'intérieur et à la proportion d'eau dans les tissus, il peut se modifier, se réparer en permanence pour s'adapter aux contraintes. Les tubérosités sont la preuve de ses réorganisations car l'os s'épaissit pour résister à la traction au niveau de l'insertion musculaire. Cette plasticité osseuse est très importante dans l'enfance car c'est une période de croissance importante. Chez le sujet plus âgé, il y a une déperdition progressive en eau et une ostéoporose*, les os supportent donc moins les contraintes qui s'exercent. Les fractures sont alors plus fréquentes.

Les os sont reliés entre-eux par des articulations permettant de former le squelette humain, un système ostéo-musculo-articulaire, et participant à la mise en mouvement du corps et à sa cohésion. D'ailleurs, de nombreux capteurs proprioceptifs y sont présents. Les articulations donnent une liberté au mouvement et

de la stabilité. Pourtant, ces zones articulaires de liaisons peuvent être un espace de conflits entre deux os si elles n'arrivent pas à s'ajuster.

L'os est l'élément solide du corps, il forme une charpente osseuse où la rigidité ne varie pas en fonction de l'aspect affectif et émotionnel. Il conduit les vibrations à l'ensemble du corps et est un lieu sans ambiguïté. Par sa solidité, il est une zone de sécurité contre les angoisses archaïques. Le travail sur les os peut être une amorce au travail des appuis où le psychomotricien peut amener ses patients à porter leur attention sur la perception de leurs appuis, lorsque le squelette rencontre le sol ou un partenaire. Dans la continuité, les jeux autour du poids et, plus particulièrement la dialectique entre appui, soutien et repoussé peuvent être des explorations complémentaires à expérimenter à partir de la matière osseuse du corps.

b) La colonne vertébrale

Selon F. Germain (2016), la colonne vertébrale ou rachis est une structure formée par la juxtaposition d'unités osseuses élémentaires et mobiles, appelées vertèbres. Il y a 24 vertèbres indépendantes qui relient les parties inférieures et supérieures du corps. Ces vertèbres forment des courbures physiologiques appelées courbure lombaire en lordose de L1 à L5, courbure thoracique en cyphose de T1 à T12 et courbure cervicale en lordose de C1 à C7.

La colonne vertébrale a trois grands rôles :

- Un rôle de support, de soutien des charges et des pressions venant s'appuyer sur la partie supérieure du corps. Les charges proviennent du poids des membres, de charges additionnelles etc.
- Un rôle de mobilité grâce aux vertèbres. Elles permettent des incurvations dans les plans de l'espace : flexions et extensions dans le plan sagittal, inclinaisons latérales dans le plan frontal et des rotations dans le plan transversal.
- Un rôle de protection du système nerveux car elle contient le canal rachidien où se trouve la moelle épinière.

2. La construction de l'axe et des appuis posturaux

Au cours du développement psychomoteur, le bébé va avoir besoin d'appuis pour se construire, se stabiliser, grandir et faire face aux monde qui l'entoure.

a) Une lutte contre les forces de gravité

La gravité ou force d'attraction entraîne le corps vers le sol alors que le développement postural tend à ériger le sujet vers le haut. Un jeu va alors s'établir entre gravité et activité posturale.

Le bébé dans le ventre de sa mère

Selon A. Servant Laval (2017), *in-utéro*, à partir de la huitième semaine, les premiers mouvements d'enroulements et de déroulements de la colonne vertébrale apparaissent. Ils sont de faibles amplitudes mais initient un début de mouvement. Les mouvements d'enroulements permettent la relation main – bouche.

Le bébé, lorsqu'il est dans le ventre de sa mère, baigne dans le liquide amniotique. Selon A. Bullinger (2004, p .40), « la présence du liquide amniotique diminue l'impact du flux gravitaire : l'organisme est porté par le liquide, le flux gravitaire restant perçu par le système vestibulaire. L'enceinte utérine impose au fœtus une mise en forme particulière en flexion, la position fœtale. »
La paroi utérine et le liquide amniotique favorisent le mouvement d'enroulement nécessaire à son développement car le bébé s'inscrit dans une position d'extension, son dos contre la cavité utérine. L'espace est contenant, extensible mais limité, le bébé est donc freiné dans ses mouvements.
Selon J. Ajuriaguerra (2010), l'enveloppe utérine transmet, d'un côté, les mouvements de la mère, l'enfant ressent ainsi les mécanismes de détente et de tension de la mère tout en conservant sa propre activité et, de l'autre, la mère sent quand son bébé bouge. Cette enveloppe est ainsi perméable aux sensations.

Au-delà de flux gravitaires, lorsque le bébé naît, il est soumis à une multitudes de flux sensoriels* : lumière vive, fréquence sonore importante, changement de température… Tout cela le désorganise grandement et crée des réactions toniques, il

va alors avoir éprouver le besoin de retrouver de nouveaux appuis, une contenance et un retour à l'enroulement.

Les deux pôles toniques

À sa naissance, le nourrisson s'inscrit dans une immaturité neurologique où son corps est morcelé : chaque partie du corps est organisé par des réponses réflexes. Au niveau postural, il possède une organisation tonique particulière anti-gravitaire : une hypertonicité, une hyperflexion des membres et une hypotonicité axiale lui conférant une attitude repliée. Ces deux pôles opposés empêchent toute organisation posturale stable, le bébé est écrasé par le flux gravitaire antagoniste, il ne retrouve plus sa posture d'enroulement seul.

Le bébé va suivre la loi de succession c'est-à-dire que le développement moteur de l'enfant va s'effectuer du haut vers le bas, de la tête vers le coccyx. On parle de loi céphalo-caudale descendante. Elle permet d'abord le maintien de la tête, les mouvements volontaires des membres supérieurs puis la station assise, le contrôle des membres inférieurs et la marche. Le contrôle musculaire s'inscrit donc dans une loi descendante et permet la mise en place de coordinations statiques.

Parmi la loi de succession, la loi proximo-distale décrit la progression du contrôle des parties du corps proximales, les muscles du tronc, vers les parties du corps distales, les pieds et les mains. Cette loi permet donc la mise en place des coordinations fines.

Apparaît également la loi de différenciation, permettant le passage d'une motricité involontaire et globale à une motricité volontaire et élaborée, ainsi que la loi de variabilité qui démontre que les progrès ne sont pas uniformes et continus, il peut y avoir des stagnations, des progressions rapides, des arrêts, des régressions. Le rythme d'évolution motrice est donc variable d'un enfant à l'autre.

b) Le développement tonico-postural

À la naissance, le bébé présente des postures de base. Je détaillerai seulement les postures symétriques et les postures asymétriques.

Posture et tonus

La posture est la position relative des différentes parties du corps dans l'espace et leur maintien dans une organisation corporelle.

C'est une « manière de se tenir », une « manière d'être » mais aussi une manière de se comporter dans son corps et dans son psychisme. Elle est en lien avec le mouvement : elle est la respiration, une pause entre deux mouvements et la matrice du mouvement. La posture est donc à la fois « poser » et dynamique : elle s'organise autour des points d'appuis qu'elle met en jeu dans son organisation interne liée aux variations toniques.

La posture est en lien avec le tonus comme l'a fait remarquer H. Wallon (1949). Chaque posture est singulière de part une répartition tonique particulière c'est-à-dire un degré et une distribution spécifique à un moment donné sous-tendu par l'émotion.

« Essentiellement fonction d'expression, fonction plastique, les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire » (Wallon, 1949, p. 174). Le tonus est donc la base du mouvement et le support des émotions.

Le tonus musculaire, d'origine neuromusculaire, est la toile de fond indispensable à toutes les activités motrices, du maintien de la posture aux schèmes moteurs les plus élaborés comme les coordinations, de la position statique au mouvement. Il est à la fois support des émotions et de la communication infra-verbale.

Au sein de son répertoire de base, le bébé, à la naissance, dispose principalement de deux types de postures : les postures symétriques et les postures asymétriques.

Les postures symétriques et asymétriques

Au niveau des postures symétriques, dont la zone orale est l'espace privilégié de regroupement, des oscillations de la tête avant-arrière sont présentes grâce aux mouvements respiratoires et à l'ébauche d'un redressement précaire par une extension des muscles dorsaux. À cette étape, les muscles et la respiration luttent contre la pesanteur. La respiration est alors qualifiée de pneumatique car elle se substitue au manque d'équilibre.

Grâce à la maturation du système nerveux, les deux pôles toniques hypertonie et hypotonie s'équilibrent. La musculature, la respiration et la pesanteur vont dans le même sens, ils s'ajustent. Les oscillations entre l'avant et l'arrière s'effectuent alors grâce aux flexions et extensions libérant « progressivement la respiration de sa fonction tonique pneumatique » *(*Bullinger, 2004, p. 139).

Il existe cependant un autre type de postures à la naissance dites « d'escrimeur » ou A.T.N.P – *Assymetric Tonic Neck Posture*[14] – décrites par P. Casaer (1979) pour lutter contre la gravité. Comme son nom l'indique, la répartition tonique est différente entre l'hémicorps gauche et l'hémicorps droit : l'hémicorps le plus tonique est celui du côté où la tête est tournée.

« Le contrôle de la tête est meilleur qu'en position symétrique, la courbure de la colonne assure un appui sur l'ischion opposé au côté où la tête est tournée » *(*Bullinger, 2004, p. 140).

Grâce au redressement du buste, le changement de posture d'un côté à l'autre est maintenant possible par une bascule latérale, créant des oscillations latérales qui permettent une inversion des appuis du bassin et des courbures de la colonne vertébrale. La zone orale est un lieu intermédiaire entre l'espace gauche et l'espace droit.

À partir de ce moment là, le bébé va petit à petit développer ses capacités de rotation et de torsion permettant d'une part, une dissociation entre les ceintures pelviennes et scapulaires, et d'autre part, la création d'un espace de préhension homogène. Apparaît alors un haubanage latéral qui vient compléter le haubanage avant-arrière tandis que le tonus pneumatique disparaît.

Le bébé va donc petit à petit acquérir la position assise, la marche et donc l'érection du corps dans l'espace. L'axe corporel est donc construit, il sera le point d'appui des fonctions instrumentales et il permettra le contrôle des échanges avec le milieu environnant car « en édifiant son axe, l'enfant s'ouvre » (Lesage, 2006, p. 20).

De l'enroulement à l'ouverture vers le monde

À partir du décubitus dorsal, retrouver l'enroulement de la cavité utérine est primordial. Lorsque la sécurité corporelle et psychique est suffisante, l'ouverture vers l'extérieur est possible.

14 Posture asymétrique tonique du cou.

Le bébé entre alors dans cette dynamique d'enroulement et d'extension par l'activation de la chaîne musculaire antéro-médiane et postéro-médiane décrite par G. Struyf-Denys entre recentrage, rassemblement, ressourcement, intériorisation et extériorisation, ouverture. « C'est une étape fondamentale que l'enfant doit vivre selon son propre rythme dans un environnement affectif suffisamment stable afin que soit assurée la base du narcissique primaire » (Robert-Ouvray, 2010, p. 46).
Il va pouvoir explorer son environnement et expérimenter afin de nourrir son répertoire sensoriel. Les flux sensoriels* modulent ainsi l'état tonique et postural de l'organisme. Il faut proposer au bébé des supports sur lesquels il va pouvoir se repousser pour s'ériger et changer de niveaux d'espace à partir de la chaîne musculaire antéro-postérieure de G. Struyf-Denys, chaîne du rebond. D'ailleurs, selon B. Lesage (2012, p. 136), « les lordoses apparaissent lorsque le bébé commence à prendre appui : lordose cervicale à partir du repoussé des bras lorsque le bébé soulève la tête, lordose lombaire quand il commence à s'asseoir. » L'apparition des courbures lombaires est donc corrélée à la construction de l'axe vertical du bébé.

Ce développement tonico-postural ne peut se faire en l'absence de sécurité, de dialogue tonique, de portage, de la mère. Toutes les étapes sont primordiales car elles s'inscrivent dans un processus de verticalisation. C'est grâce au squelette osseux et aux extenseurs que le corps lutte contre la gravité. Le premier garantit une forme et une structure au corps, le second permet le repoussé, la verticalité, l'allongement de la colonne vertébrale. Être à la verticale, cela signifie posséder des appuis stables, un axe solide, une possibilité de mouvements et une ouverture vers le monde extérieur.

c) La régulation tonique

Le développement postural s'appuie sur un état tonique dont le niveau de vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain et les représentations participent à sa régulation.

Les niveaux de vigilance

Le professeur H.F.R Prechtl (1974) a décrit cinq stades concernant les états de vigilance du nouveau-né : le sommeil calme – stade I –, le sommeil agité – stade II –, l'état de veille calme – stade III –, et les états de veille agités – stade IV et V. Le passage d'un stade à un autre est soudain, ce qui permet d'identifier le passage d'un état à un autre chez le bébé.

Les flux sensoriels

Le bébé est confronté à une multitude de stimulations sensorielles pouvant créer une grande désorganisation et un recrutement tonique. Cela peut s'exprimer, par une perte de contrôle, sous la forme d'une décharge émotionnelle avec des pleurs ou une agitation motrice pour évacuer l'excès de tensions. L'épuisement ramènera le nouveau-né à un état convenable, supportable. Les flux sensoriels font partie des sources de la régulation tonique mais, heureusement, ce n'est pas le principal moyen.

3. Des appuis relationnels : de la communication infra-verbale à la représentation

a) Une sécurité de base

Face à l'afflux de stimulations sensorielles, le bébé a alors besoin, par l'intermédiaire de la mère, de trouver de nouveaux appuis pour retrouver sa posture d'enroulement et donc une sécurité de base qu'il a connu dans la cavité utérine. Pour cela, selon D.W Winnicott (2015), le bébé a besoin d'un soutien parental par un portage physique et psychique, le *Holding*, et des soins corporels prodigués par la mère, le *Handling*. Mère et bébé vont être en interaction et ajuster leurs états tonico-affectifs en permanence par des petits mouvements dans le portage. Par l'engagement corporel de la mère, le bébé va être tenu et porté ce qui va lui permettre de nourrir son sentiment d'unité corporelle, se reconnaître en autrui tout en se différenciant. La rythmicité du dialogue tonique entre le bébé et le milieu humain est le moyen privilégié pour réguler son état tonique, de mise en forme de son corps et d'intégration. L'ajustement peut s'accommoder directement entre la mère et son enfant, mais souvent des adaptations sont nécessaires. J. Ajuriaguerra définit le dialogue tonique comme le « processus assimilation, et surtout d'accommodation,

entre le corps de la mère et le corps de l'enfant » (2010, p. 314). Progressivement, le bébé va envoyer des signaux intentionnels corporels ou verbaux auxquels il attend une réponse de sa mère.
Un des exemples les plus illustrateur est l'allaitement qui est le « résultat [de] l'harmonie des postures aboutissant à un plaisir mutuel : la mère sent ce corps comme donnant et l'enfant vit le corps accueillant de sa mère comme un lieu dans lequel le contenu et le contenant sont indissociés » (Ajuriaguerra, 2010, p 125).

Lorsque le portage est défaillant, dans les épisodes de stress récurrents, l'hyper-extension peut former un arrière fond pathologique où les chaînes postérieures sont à défaut investis et la mère mise à distance. Le bébé ne peut donc plus continuer ses jeux autour des repoussés. Par manque de sollicitations, le bébé perd peu à peu sa capacité d'initiation et de réponses sensori-motrices ce qui se traduit par des postures de retrait, d'indifférence. Cela peut devenir pathologique si ce manque persiste.

b) De la notion de double feed-back au Moi-Peau

T.B. Brazelton (1973), puis repris par D. Anzieu, introduit la notion de « double feed-back » (1995, p. 78) au sein de la dyade mère – bébé : du bébé vers la mère et un *feed-back* retour de la mère vers l'enfant. Cette boucle fonctionne donc dans les deux sens. Mère et bébé s'inscrivent ainsi dans un processus de sollicitations réciproques et d'autorégulation où les deux acteurs sont actifs et liés dans leurs échanges. D. Anzieu prend l'exemple de l'identification du bébé à la mélodie de la voix de la mère qui va l'apaiser.

La notion de double feed-back débouche sur « une interface, figurée sous la forme d'une peau commune à la mère et à l'enfant […] la peau commune les tient attachés ensemble mais selon une symétrie qui ébauche leur séparation à venir » (Anzieu, 1995, p. 85). Leur relation est ainsi non médiatisée, elle est directe et interdépendante. Cette enveloppe tend à disparaître progressivement entraînant douleurs et résistances. Chacun possède alors sa propre peau et son propre Moi.

c) Des niveaux d'organisation à la théorie de l'étayage

S. Robert-Ouvray (2010) théorise les quatre niveaux d'organisations qui sont étayés les uns sur les autres au sein desquels des pôles opposés sont en relation.

Le niveau tonique est le premier niveau d'organisation qui met en jeu des pôles opposés. Lorsqu'il a des besoins, le bébé passe par la sphère motrice en se mettant en mouvement, en pleurant. Il s'inscrit alors dans une hypertonicité en l'absence de la mère qui s'estompera par la présence de la mère et la satisfaction des besoins du bébé. Il retrouve ainsi une hypotonicité et s'inscrit dans cette dialectique entre ces deux pôles toniques ce qui lui permettra d'intégrer le rythme relationnel.

Le second niveau sensoriel, s'étayant sur le niveau tonique, va associer l'hypertonicité au dur et au désagréable car les muscles se contractent, et l'hypotonicié au mou et à l'agréable. Cette hypertonicité et cette hypotonicité sont ainsi en lien avec les besoins de l'enfant.

Le niveau affectif, s'étayant sur les deux niveaux précédents, introduit la notion de satisfaction et d'insatisfaction, de plaisir et de déplaisir. Grâce à ses propres ressentis, la mère va évoquer à voix haute l'état affectif de son bébé. Le bébé va s'appuyer sur les vibrations sonores émises par sa mère, pour intégrer la réponse. Cela introduit ainsi la notion de communication en lien avec la sphère affective. La mère doit ainsi être disponible physiquement et psychiquement dans la relation.

Le quatrième niveau, s'étayant sur le niveau affectif, est le niveau des pré-représentations[15] de soi et des autres. À sa naissance, ses pré-représentations sont confuses mais elles vont rapidement se séparer en deux pôles opposés, une bonne partie et une mauvaise partie. À partir de là, se forment des positions intermédiaires et progressivement l'objet en entier. Les expériences de déplaisir amèneront ainsi à des représentations dures, noires et mauvaises pour le Moi et l'objet ; les expériences de plaisir entraîneront des représentations douces, agréables et bonnes pour le Moi et l'objet. La mère absente est alors un mauvais objet car elle entraîne une hypertonicité tandis que la mère présente et satisfaisante est un bon objet.

15 S. Robert-Ouvray ne parle pas de représentation car on ne connaît pas la qualité des représentations d'un bébé.

Le nouveau-né a donc besoin d'expérimenter et de vivre la polarité de chaque niveau auxquels il va avoir la possibilité de s'identifier. Le bébé intègre ainsi chaque stimulation selon ces niveaux d'organisation qui s'étayent entre-eux.

Vaste sont les théories autour de l'étayage[16] : S. Freud (1905)[17], P. Aulagnier (1975)[18], D. Anzieu (1985)[19], E. Bick (1968)[20]etc.

Selon S. Robert-Ouvray (2010, p. 222), « l'étayage est un système organisateur de la psyché à plusieurs niveaux d'organisation. Il existe l'universalité des structures psychiques primaires issues des structures motrices primaires » ou « processus de base du développement psychique du bébé – il s'appuie sur des systèmes d'intégrations de données opposées à différents niveaux d'organisation » (*Ibid.* p. 261). L'organisation psychique s'étaye ainsi sur l'organisation motrice. Les niveaux d'organisation sont ainsi un exemple d'étayage dans l'organisation du bébé. Plus généralement, le corps se construit sur un ensemble de systèmes d'intégration qui se lient et s'étayent entre-eux.

« La théorie de l'étayage devient une théorie de la psychomotricité basée sur la cohérence et la cohésion entre les niveaux corporels et psychiques » (*Ibid.* p. 250). L'être humain est ainsi pensé comme un être global.

Par le dialogue tonique, le regard et la pensée, la mère va donner du sens, réguler, différencier, interpréter, organiser et contenir les états émotionnels et les signaux sensori-moteurs de son bébé sur un mode infra-verbal : elle devient un système de pare-excitation* dans sa préoccupation maternelle primaire*. Elle interprète ce que ressent son enfant tandis que le bébé va intégrer les informations qu'il reçoit. La mère se doit donc d'être disponible psychiquement et physiquement.

16 Cité S. Robert-Ouvray (2010, p. 221).
17 Dans le choix de l'objet, l'étayage serait une relation primitive des pulsions sexuelles aux pulsions d'auto-conservation.
18 Ce serait « sur le vecteur sensoriel que s'étaye le pulsionnel ».
19 La peau étaye la construction de l'enveloppe psychique qui sera introjectée et étayera la fonction contenante de la peau corporelle d'après la théorie du Moi-Peau.
20 La peau psychique apparaît par l'introjection d'un objet externe contenant les parties du self. Le bébé acquière alors le sentiment d'être porté physiquement et psychiquement. Cela permettra l'identification de la peau corporelle à la peau psychique. Les espaces externes et internes s'identifient, le premier clivage self - objet s'opère.

C) Les appuis du psychomotricien

Dans la thérapie psychomotrice, le corps et le lien thérapeutique sont les supports du travail psychocorporel. Patient et thérapeute partagent des expériences en lien avec le projet thérapeutique. « Plus qu'une prise en charge, c'est donc un dialogue qui doit s'instaurer, ce qui suppose une implication corporelle du thérapeute, et les troubles psychomoteurs qui motivent cette rencontre nous font viser un travail d'instauration, parfois de restauration, des structures psychocorporelles » (Lesage, 2015, p. 22). Cette relation thérapeutique est une relation de confiance où le psychomotricien va proposer des dispositifs adaptés.

1. Les médiations

Selon le Larousse (2009, p. 632), une médiation est le « fait de servir d'intermédiaire » ou une « procédure de règlement des conflits qui consiste dans l'interposition d'une tierce personne – le médiateur – chargée de proposer une solution de conciliation aux parties en litige ». Le terme de médiation sous-entend donc qu'un tiers ou qu'un objet c'est-à-dire le médiateur, va intervenir pour résoudre un conflit.

« Tous les dispositifs cliniques, c'est-à-dire centrés sur le travail de symbolisation et d'appropriation subjective de l'expérience vécue du sujet rencontré, utilisent une médiation qui est le vecteur du langage grâce auquel le travail de symbolisation va pouvoir se développer. » (Roussillon, 2013, p. 41)

a) Les médiations thérapeutiques

La notion de médiation est reprise depuis les années 1990 dans le milieu du soin. Le thérapeute va emprunter des outils aux domaines sportif, artistique comme intermédiaire entre lui et le psychomotricien – un « objet transitionnel »[21] (Winnicott, 2015, p. 27) : la danse, les arts martiaux, la relaxation, l'eutonie. La médiation organise la relation car un lien s'établit entre le thérapeute et le patient à travers cet objet médiateur.

21 Rôle de substitut maternel pour apaiser et aider l'enfant l'enfant en l'absence de la mère.

La médiation peut faire intervenir un objet – un ballon par exemple –, une matière – la terre –, un art – le cirque – ou bien elle peut se centrer sur le corps comme la relaxation ou les pratiques psychocorporelles. Il existe une multitude de médiations auxquelles le psychomotricien peut recourir dans ses prises en charge. De part les choix de médiations par le psychomotricien, il donne une part de lui-même, de sa personnalité, de ses intérêts personnels. Une médiation peut être utilisée en première intention comme introduction au toucher ou comme support de jeu et d'expressivité.

Les médiations psychocorporelles mettent au centre de la prise en charge le corps, celui du patient et celui du psychomotricien. Le corps s'exprime par un langage corporel, une voie d'expression, quand le langage oral fait défaut. R. Roussillon (2013, p. 264), à partir de la « fonction miroir »* de D.W Winnicott (2015, p. 203), émet l'hypothèse que « c'est dans ce jeu de réponse par le visage […] que constituent les premières formes d'un « langage du corps » ». Cet espace où la médiation est reine est une alternative aux espaces de parole où les patients peuvent s'exprimer lorsqu'ils ont des difficultés à verbaliser et à symboliser leurs souffrances et leurs incapacités.
Au delà de l'approche corporelle, un véritable dialogue entre le patient et le thérapeute se crée ce qui suppose que ce dernier soit impliqué lui-aussi corporellement.

b) La contenance corporelle et psychique

Le psychomotricien, à partir du corps du patient, de sa tonicité, de sa motricité, de ses appuis, de son engagement corporel et temporo-spatial, va intégrer son propre corps, son expressivité corporelle, ses éprouvés et ses ressentis au service de la séance. Pour y parvenir, le psychomotricien doit faire un travail corporel sur lui-même afin de développer ses connaissances corporelles et sa sensibilité personnelle. Cette qualité de présence corporelle est une particularité de la psychomotricité. En tant que thérapeute, notre corps se doit d'être « sensible pour s'accorder avec nos partenaires, ce qui signifie qu'il doit être réajusté en permanence, réaccordé ; d'autre part assez solide et structuré pour résister au désordre parfois envahissant des patients » (Lesage, 2012, p. 239).

Le psychomotricien accueille ainsi les symbolisations primaires, les expressions corporelles archaïques projetées sur les médiations par le sujet, comme le fait une mère avec son enfant. Selon W. Bion (1962), le bébé va projeter sur sa mère ses expériences angoissantes – éléments Beta – qui va les recevoir, les intégrer, les transformer dans son processus de symbolisation afin de les lui rendre sous une forme assimilable pour son psychisme – éléments alpha – par la « fonction Alpha »[22]. La mère prête ainsi à son bébé son « appareil à penser les pensées ». W. Bion met en lumière un second modèle théorique autour de la relation de « contenant »[23] – la mère – et de « contenu »[24] – les angoisses et les émotions insupportables du bébé. La mère reçoit ainsi le contenu projeté par le bébé, elle le désintoxique pour le rendre plus supportable.

Le psychomotricien possède ainsi la fonction de symbolisation et de tiers. Il va venir contenir l'autre, l'accueillir à partir de sa propre capacité personnelle et professionnelle et permettre une transformation des symbolisations primaires en symbolisation plus secondaires. La mère vient aussi calmer et solliciter des excitations de plaisir en fonction de la capacité de son bébé à les recevoir et à les intégrer. Le psychomotricien stimule, lui aussi, le bébé par des jeux tout en veillant à leur intégration psychique. La contenance est donc psychique et corporelle.

Le corps du thérapeute est alors un *médium* malléable, notion introduite par M. Milner (1952) puis reprise par R. Roussillon (2013), un objet externe et objet transitionnel du processus de représentation. « La manière dont un sujet « utilise » le médium qui lui est proposé, la manière dont il peut faire jouer les diverses caractéristiques sensorielles du médium, sont riches d'enseignements sur son fonctionnement psychique associatif, elles sont essentielles pour les pratiques cliniques à médiation. » (Roussillon, 2013, p. 61).

22 Cité par F. Lévy (2014, p. 85).
23 Cité par C. Potel (2010, p. 328).
24 *Ibid*. p. 328.

2. Le cadre

Selon le Larousse (2009, p. 146), le cadre est à la fois « ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose » et l' « entourage, milieu dans lequel on vit ».

Le cadre thérapeutique est alors ce qui « contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (Potel, 2010, p. 321). Il est ajusté en fonction du patient et a une valeur importante en psychomotricité car beaucoup de chose se jouent au cours des séances.

a) Les composants du cadre en psychomotricité

La salle de psychomotricité est un espace qui accueille les excitations et les frustrations. Elle est le support de toutes les expériences et explorations sensorimotrices[25]. Ainsi, le psychomotricien va proposer du matériel, des objets, des médiateurs en fonction de sa sensibilité et de son attrait pour les jeux. Ils vont être le support de l'imaginaire.

Les explorations sensorielles et motrices se déroulent donc dans un lieu défini et repérable, avec des médiateurs ou des médiations dans une temporalité établie. Les séances durent en moyenne, selon les institutions, entre 45 minutes et 1 heure, durée nécessaire aux explorations et à l'engagement corporel. Le psychomotricien est alors le maître du temps de la séance.

Le cadre thérapeutique de la séance de psychomotricité s'intègre au cadre institutionnel. En effet, pour le bon déroulement des prises en charge, les séances doivent être en lien avec l'ensemble du projet thérapeutique du patient et avec les équipes pour une cohérence du suivi. Le psychomotricien fait partie d'une équipe pluridisciplinaire.

Les rituels sont des repères qui permettent au sujet de se repérer dans le temps de la séance et de s'y sentir en sécurité. Ils sont repris fréquemment et de manière régulière et répétitive. Ils sont le point commun à toutes les séances et peuvent ainsi pallier aux troubles de la mémoire. Le patient va pouvoir progressivement les investir à chaque séance, il sait ce qu'il va se passer et donc il

25 Le terme sensorimotrice n'est pas séparé par un tiret car sensorialité et motricité ne sont plus deux fonctions distinctes : la motricité, le mouvement s'étaye sur l'intégration sensorielle.

peut anticiper. Pourtant, même si le rituel a toujours la même forme, ce qu'il s'y passe est différent car il dépend de l'état émotionnel du patient et du psychomotricien ce jour-là. Progressivement, la forme ou le contenu peuvent évoluer avec l'accord du patient. Le rituel peut être imposé par le psychomotricien – rituel de se saluer par exemple, proposé au patient ou construit ensemble dans la relation.
Les rituels sociaux comme la politesse, accrocher son manteau sur le porte manteau font partie des règles sociales et des limites qui permettent de préserver le cadre thérapeutique établi. L'apprentissage de ces rituels pourront ainsi être transposés dans la vie quotidienne, à l'école ou à la maison.

b) Les fonctions du cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique présente la fonction de contenance car le patient va pouvoir y déposer ses angoisses et ses excitations telle une seconde peau pour suppléer à celle du patient. La salle est un espace externe et protecteur, sur lequel le patient va pouvoir s'appuyer et il va aussi pouvoir le tester. Le cadre est ainsi limitant avec des règles qui sont mises en place : durée de la séance, ne pas se moquer par exemple. Il participe aussi au processus de symbolisation par l'intermédiaire du psychomotricien qui va permettre aux patients d'accéder aux représentations.
À l'intérieur de ce cadre, des explorations particulières propres à la psychomotricité vont avoir lieu comme des pratiques psychocorporelles.

3. Les pratiques psychocorporelles

C'est au XX^{ème} siècle que les pratiques psychocorporelles ont émergé. Pourtant, en Orient, elles sont utilisées depuis très longtemps. Elles ont l'avantage de prendre conscience des douleurs corporelles ou plus exactement de trouver une autre organisation corporelle où les tensions musculaires sont régulées. Pour cela, le psychomotricien doit amener le patient à décrypter son état corporel, à prendre conscience des conséquences de ses troubles au niveau de son corps et leurs répercussions dans la relation afin d'améliorer son état de disponibilité à autrui. Les pratiques psychocorporelles s'articulent entre « éprouvé corporel, mouvement et langage » (Lesage, 2015, p. 33). G. Alexander, à travers l'eutonie, a travaillé autour de cette question mais de nombreuses méthodes visent à une meilleure conscience

corporelle comme celles de Feldenkrais[26], Matthias Alexander[27]. Il ne s'agit pas de prendre conscience de ses propres tensions mais d'explorer un mode d'être où les tensions musculaires sont régulées.

a) L'eutonie

G. Alexander, une allemande installée au Danemark a fondé l'eutonie, « une méthode de connaissance et de prise de conscience du corps qui a pour but de libérer les muscles et l'esprit des crispations et des entraves de toutes sortes, pour avoir une sensation de bien-être et pour obtenir facilement la détente dans le repos et l'aisance du corps dans l'action » (Duliège, 2002, p. 11). La définition met ainsi en lumière la dimension psychocorporelle relative à l'eutonie.

L'eutonie vient du grecque *eu* signifiant bon et de *tonos*, le tonus. Ses fonctions principales sont d'évacuer l'excès de tensions, de se détendre, de mieux ressentir son corps pour mieux l'utiliser. Elle peut servir ainsi à décontracter des zones douloureuses afin de leur redonner du mouvement. Avec la disparition des douleurs résiduelles, l'eutonie va redonner une circulation interne au corps et libérer la respiration.

L'eutonie va amener le patient à percevoir la forme extérieure du corps, l'espace intérieur, le sol et le poids du corps, et à se recentrer, prémisse à un travail de conscience corporelle, des appuis et de la relation. Cette pratique est accessible car elle est malléable et adaptable aux troubles fonctionnels, comme la perte de sensibilité, et aux troubles de l'équilibre. Avec l'eutonie, le patient va pouvoir se recentrer et porter attention à son propre corps et ses ressentis.

Il existe plusieurs types d'exercices d'eutonie. Les inventaires permettent de passer des sensations à des perceptions*. C'est à travers les consignes du thérapeute que les sensations captées par les récepteurs sensoriels entrent dans le champ de la conscience pour devenir des perceptions. Au préalable, les patients

26 Méthode de prise de conscience des habitudes gestuelles par le mouvement et l'intégration fonctionnelle afin d'améliorer les dysfonctionnements et révéler les potentialités.

27 Technique visant à s'utiliser avec le moins de tensions, le moins d'effort et consistant à s'observer dans les mouvements quotidiens.

sont centrés sur leurs sensations. Il existe plusieurs types d'inventaires à partir de la conscience du toucher, de la masse du corps et de la forme du corps.

La conscience du toucher c'est « prendre conscience à la fois de ce qui est touché et des parties du corps qui touchent » (Meunier-Froment, 1997, p. 36). Cette démarche permet de situer l'être en tant que personne mais aussi en tant qu'individu en interaction permanente avec son environnement. Les consignes portent sur la prise de conscience des surfaces du corps touchant le sol ainsi que sur les qualités du sol, soutien terrestre horizontal. Le travail peut être approfondi en observant les parties du corps qui quittent le sol et celles qui y restent en contact lors des changements de posture. Cela amène vers un travail de mise en mouvement tout en gardant l'idée de la recherche de sensations.

L'eutonie propose des exercices autour du repoussé c'est-à-dire « exercer sa force contre un appui stable pour se redresser ou soulever quelque chose, se déplacer ou pousser quelque chose, sauter ou lancer quelque chose » (Duliège, 2002, p. 45). Cet exercice repose ainsi sur la base de mouvements s'opposant à une résistance ce qui nécessite de la force. Pour cela, il est nécessaire d'avoir conscience de la direction de la poussée, d'équilibrer le poids sur ses appuis et sur sa charpente osseuse, dans le but que le recrutement énergétique soit minime pour un maximum de résultats. Par exemple, s'allonger sur le dos, les pieds contre le mur, les jambes fléchies à 90 degrés, et exercer une force au niveau des pieds contre le mur, les jambes se déplient, le corps glisse sur le sol. C'est un exercice que j'ai pu expérimenter avec Carole lors d'une séance.

Cette approche s'articule donc entre éprouvés corporels, mouvements et langage.

b) Les percussions corporelles

Selon le Larousse (2009, p. 760), les percussions désignent un « choc résultant de l'action brusque d'un corps sur un autre » ou encore un « choc rapide et brutal qui résulte du mouvement d'un corps qui vient frapper un autre, et en particulier, choc donné avec une partie du corps ou avec un instrument. »
Selon A. Pijulet (2019), elles mettent en jeu le toucher par la sensation, la sensibilité, le tactile ; l'aspect relationnel par la mise en contact, la rencontre ; et l'émotionnel par

le ressenti, les émotions et l'affect. Les percussions corporelles favorisent une prise de conscience du corps au cours de l'action répétée de percuter, mais aussi, par l'aspect relationnel entre celui qui émet les sons et celui qui les reçoit. Ces trois composantes – toucher, relationnel et émotions – sont les axes de ma prise en charge avec Carole et Michel.

Le corps est au centre de cette médiation et introduit la notion de rythme. À travers les percussions corporelles, le patient prend conscience de son corps, du dur, du mou, des os et des muscles. Le squelette peut être ressenti par des percussions osseuses, des pressions ou par l'intermédiaire d'objets comme un diapason, une balle de tennis, des bambous. L'os a l'avantage d'être stable et non soumis aux modulations toniques en lien avec les émotions. C'est un contact qui me semble pertinent pour une première approche relationnelle. Les patients peuvent réaliser des percussions et des pressions sur eux-mêmes – auto-percussions – mais aussi à deux, entre deux patients ou entre patient et psychomotricien, à travers mon propre squelette. Les vibrations, par les os, ont l'avantage de se propager dans l'ensemble du corps. « Le squelette est le support d'une perception de soi unifiée » (Lesage, 2006, p. 34).

Outre les percussions osseuses, elles peuvent s'effectuer contre un support instrumental en bois, en métal ou à peau. L'instrument sera alors un médiateur.

PARTIE II – CLINIQUE

III. L'institution

A) Présentation générale

J'effectue mon stage long les jeudis en Foyer d'Accueil Médicalisé – F.A.M – , un établissement médico-social en externat géré par une association. Il s'agit aussi d'un Centre d'Insertion pour Cérébro-Lésés – C.I.C.L – qui accueille 21 adultes porteurs de lésions cérébrales acquises à la suite d'un accident de la voie publique, d'un Accident Vasculaire Cérébral, d'un traumatisme crânien… Les usagers sont présents à temps plein ou à temps partiel et cela peut être aménageable selon les besoins et la fatigabilité de chacun. Ils vivent soit en foyer, soit à leur propre domicile ou chez un membre de leur famille.
C'est un centre de rééducation, de réadaptation et de réinsertion pour les patients en période post-hospitalière qui cherchent une réinsertion sociale et pré-professionnelle. L'établissement s'inscrit dans la suite d'un projet de soin après un séjour en service de rééducation à l'hôpital. À la fin de la prise en charge, la majorité des usagers est orientée en Unité d'Évaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle – U.E.R.O.S – où l'objectif est de favoriser l'insertion des personnes cérébro-lésées.

1. Description des locaux

Le F.A.M se situe au premier étage dans un bâtiment récent avec ascenseur, au-dessous d'une entreprise de vidéo-surveillance et au-dessus de la Maison d'Accueil Spécialisée – M.A.S – qui fait partie de la même association que le F.A.M. Il n'y a qu'une seule direction, un médecin psychiatre et un chef de service pour les deux établissements. La cuisine thérapeutique et le réfectoire sont au rez-de-jardin et sont partagés entre les deux établissements.

À l'étage du F.A.M, il y a :

- une salle d'attente avec des fauteuils, des magazines, une radio et des casiers
- une salle de repos composée d'une grande table, d'un lavabo, d'un plan de travail et d'une machine à café
- des salles polyvalentes pour les activités

- un bureau commun pour l'éducatrice spécialisée et les Aides Médico-Psychologiques – A.M.P.
- les bureaux de l'ergothérapeute, de l'orthophoniste, du neuro-psychologue, du chef de service – poste vacant tout le long de mon stage – et du psychomotricien
- une salle informatique
- un atelier bois pour le bricolage

La salle de psychomotricité se trouve au fond du couloir, avec vue sur un grand parc. Elle est de forme rectangulaire avec au fond, le bureau. Ce lieu est lumineux grâce à un pan de mur entièrement vitré. Le reste de la salle se compose de murs blancs tandis que le sol est bleu turquoise. On y trouve des modules en mousse, des balles et des ballons, des cordes, des plots, des cerceaux, des tapis, un physio-ball, des sacs lestés, un banc, une cible et des fléchettes, des raquettes, des pinces à linge, des jeux – Lego®, Télégram®, Tangram®, labyrinthe, Equilibrio®, Architecto®, Tactilo®, Puissance 4® –, des frisbee… De nombreux supports déclinables pour une multitude de dispositifs.

2. L'organisation de la journée

Les usagers arrivent à l'institution à partir de 9 heures 15 avec une société de transport adaptée ou par leurs propres moyens pour les plus autonomes – à pieds, en transport en commun. En attendant, ils peuvent se restaurer dans la salle de repos.

Les prises en charge individuelles et groupales débutent à 10 heures et durent respectivement 45 minutes et 1 heure. Elles s'enchaînent jusqu'à 12 heures 15 avec une pause de 15 minutes à 10 heures.

Les usagers et les professionnels descendent au réfectoire du rez-de-jardin à 12 heures 45 où ils déjeunent ensemble. Ils peuvent apporter leur propre repas ou bien se restaurer avec le repas préparé et servi à table par l'Établissement et Services d'Aide par le Travail – E.S.A.T – jusqu'à 13 heures 30.

Les prises en charge reprennent et s'enchaînent jusqu'à 16 heures 15 avec une pause de 15 minutes à 15 heures. À la fin de la journée, les usagers quittent l'établissement de la même façon qu'ils sont arrivés.

B) La psychomotricité

1. Le psychomotricien dans la structure

Mon maître de stage est présent à mi-temps au sein de la structure, le lundi, le jeudi et le vendredi matin depuis 2002. Il est le seul psychomotricien de la structure. Une autre psychomotricienne à mi-temps est présente à la Maison d'Accueil Spécialisée – M.A.S. Au-delà de la prise en charge en co-thérapie avec la psychomotricienne de la M.A.S en balnéothérapie, il ne fait que des prises en charge individuelles et n'est référent d'aucun usager.
Ses prises en charge ont lieu dans la salle de psychomotricité mais il peut être amené à sortir de l'établissement.

2. Les modalités de prise en charge

Les prises en charge sont décidées à la suite d'un bilan psychomoteur et sur discussion en équipe lors de la réunion de synthèse. Les indications thérapeutiques sont alors posées par le médecin psychiatre de la structure. Il convient ensuite au psychomotricien de déterminer, après le bilan, si un suivi en psychomotricité est pertinent ou non. La synthèse institutionnelle, qui a lieu les jeudis soirs, permet aussi de faire le point sur l'état de chaque patient et sur leur évolution afin d'ajuster si besoin les groupes, les prises en charge et le projet thérapeutique.

3. Le bilan psychomoteur

L'évaluation psychomotrice est réalisée, à chaque nouvelle arrivée, sur trois séances de 45 minutes après un entretien préalablement réalisé. Cette première approche de la rencontre permet de faire connaissance avec le patient, de recueillir des informations d'anamnèse et de connaître la manière dont le patient décrit et vit avec ses troubles. C'est un moment important car il renseigne le psychomotricien sur des éléments qui ne sont pas présents dans le dossier médical et cela va pouvoir enrichir son analyse. C'est un temps aussi où l'on se présente et où l'on présente notre profession en lui expliquant notre rôle, nos spécificités et en nous distinguant des autres professionnels de santé et paramédicaux.

Les tests psychomoteurs standardisés et côtés sont adaptés car il y a très peu de tests spécifiques aux pathologies neurologiques adultes. Le bilan s'appuie ainsi essentiellement sur des tests étalonnés pour des enfants et sur des observations qualitatives fines comme les réactions tonico-émotionnelles, la posture, la verbalisation du patient…

Le compte-rendu de bilan contient les compétences, les potentialités et les limites du patient dans chaque item psychomoteur. Cela permet de définir un profil psychomoteur global de l'individu et de donner son avis sur la pertinence ou non d'un suivi en psychomotricité.

4. Le déroulement des prises en charge

Les séances sont ritualisées avec un moment d'accueil au bureau où l'on se salue et où l'on discute des changements potentiels, des évolutions, des rendez-vous. On propose ensuite des activités spécifiques en lien avec les troubles du patient pour finir sur un exercice global. Un moment est accordé pour échanger sur la séance, les ressentis sont évoqués et on demande au patient de conclure. Nous le raccompagnons ensuite jusqu'à la salle de repos.

5. Ma place de stagiaire

Lors de mon premier jour de stage, en septembre 2018, mon maître de stage était absent. J'ai donc passé la matinée avec l'orthophoniste et l'après-midi, les thérapeutes m'ont intégré à des groupes. Les usagers distinguaient difficilement ma place au sein de l'équipe, je me présentais comme stagiaire en psychomotricité alors que le psychomotricien n'était pas présent. Ma venue avait été signalée aux professionnels et seulement aux patients que nous devions prendre en charge dans la journée.

Petit à petit avec la venue de mon maître de stage, j'ai trouvé ma place au sein de l'équipe et des usagers. Je participe aux réunions de synthèse et à celles des rééducateurs – ergothérapeute, neuro-psychologue, orthophoniste et psychomotricien.

Lorsque le psychomotricien était absent, j'en profitais pour observer les prises en charge individuelles et groupales et ainsi connaître les usagers, que je ne suivais pas, dans un autre contexte que dans les moments informels.

Avant que je n'intègre l'établissement, le psychomotricien a demandé à chaque patient qu'il suivait si ma présence ne les gênait pas et a renouvelé la question lors de mon arrivée. Personne n'a refusé ma présence.
J'ai d'abord observé les séances menées par mon maître de stage et, progressivement, j'ai proposé des idées de prises en charge. Il m'a encouragé à les mettre en œuvre et, petit à petit, j'ai pu mener les séances à terme sous son œil avisé. À la fin, nous échangions sur ma prise en charge, mes doutes et mes interrogations.

IV. Présentation des patients

A) Carole

1. Anamnèse – l'histoire d'un choc

Carole était pacsée avec son compagnon et sans enfant. Elle était notaire de profession dans un grand cabinet notarial. Elle ne présentait aucun antécédent médical et personnel connu. Par contre, son père, sa sœur et un oncle paternel ont développé une cardiopathie hypertrophique familiale, une maladie autosomale dominante. Elle présente ainsi un risque de 50 % de développer, elle aussi, cette maladie au cours de sa vie.

À l'âge de 27 ans, en août 2013, elle est victime d'un Accident de la Voie Publique – A.V.P –, elle a été percutée par une voiture. Sous la violence du choc, elle fait un arrêt cardio-respiratoire.

2. Le parcours de soins inscrit dans une temporalité

Elle est alors transférée aux urgences en service de réanimation où elle est placée sous gastrostomie et bénéficie d'une greffe de peau.

Le service de réanimation est un service intra-hospitalier spécialisé accueillant des patients entre la vie et la mort. De nombreux moyens techniques permettent de rétablir et de maintenir les fonctions vitales temporellement préservées par des machines qui remplacent un ou plusieurs organes.
Carole a été ainsi transférée dans ce service à la suite de son arrêt cardio-respiratoire. Sous la violence du choc, son activité cardiovasculaire et respiratoire s'est interrompue c'est-à-dire que la circulation sanguin s'est arrêtée. Cela s'accompagne d'un arrêt ventilatoire* et d'une perte de connaissance – absence de réponse verbale, motrice et d'une ouverture des yeux volontaire.
À la suite de son coma, les médecins lui diagnostiquent une encéphalopathie anoxique associée à un traumatisme crânien grave. Carole présentait des séquelles de tétraparésie, des myoclonies d'origine indéterminée, des troubles cognitifs et mnésiques, des troubles de l'équilibre, un apragmatisme*, une hyperacousie, des difficultés d'expression orale et de l'anxiété.

Lorsque son état s'est stabilisé, elle intègre un C.M.P.R en internat où les objectifs principaux sont la récupération des capacités fonctionnelles et l'amélioration du quotidien des patients atteints d'un handicap congénital ou acquis. Les professionnels recherchent ainsi à limiter au maximum les séquelles et à réduire les incapacités.
Lorsque son séjour au C.M.P.R s'est terminé, elle intègre un Hôpital de Jour – H.D.J –, une structure rattachée à un hôpital, qui permet d'être accueilli pour quelques heures ou la journée, avec un retour à domicile chaque soir. Cela permet d'effectuer des bilans, d'être suivi par le neurologue de l'établissement et d'ajuster les traitements.

En octobre 2015, soit deux ans après son accident, elle est orientée auprès du F.A.M après une période de découverte de six semaines où elle a pu participer aux différentes activités proposées dans le but de savoir si les prestations étaient adaptées ou non à son accompagnement. Les professionnels évaluent aussi les besoins du patient grâce aux bilans. L'accompagnement au F.A.M est ainsi individualisé et s'articule autour de trois axes :

- La rééducation et les différentes thérapies qui favorisent la récupération et le réinvestissement cognitifs, sensoriels, moteurs et corporels – ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, neuropsychologie.
- La réadaptation et la réinsertion par l'ouverture sur l'environnement extérieur, une meilleure autonomie par une remise en condition sociale et professionnelle – groupes et ateliers éducatifs, réadaptation écologique, ateliers professionnels, activités d'épanouissement personnel.
- La psychothérapie individuelle et/ou familiale selon les besoins et les demandes qui permet au sujet de retrouver ses repères identitaires et d'améliorer sa vie affective et relationnelle.

À la suite de sa période d'essai, il a été décidé, avec l'accord de la direction, des professionnels et de l'usager, qu'elle serait présente trois jours par semaine – lundi, mardi et jeudi – avec une reprise d'activité professionnelle durant une demi-journée, le vendredi. Elle arrive entre 9h30 et 10h et repart à 16h avec une société de transport.
Son emploi du temps a été pensé selon son projet thérapeutique et sa demi-journée de travail. Il est écrit dans son Projet d'Accompagnement Individualisé et Personnalisé – P.A.I.P – et sera réactualisé tous les ans avec la possibilité de le réviser à n'importe quel moment grâce à un avenant. Chaque patient doit donner son accord en le signant.
Sur décision commune, elle participe aux groupes « activités manuelles, logique, photographie, mémoire, réflexion, organisation et théâtre ». Sa prise en charge est complétée par une prise en charge individuelle hebdomadaire en orthophonie et en psychomotricité.
En dehors de l'institution, elle a une séance en kinésithérapie et en orthophonie une fois par semaine, en libéral, dans un centre médical situé dans son immeuble doté d'un ascenseur.

Actuellement, à l'âge de 34 ans, elle vit toujours avec son compagnon dans un appartement en région parisienne et bénéficie d'une auxiliaire de vie deux heures par jour. Elle est placée sous Tégrétol®, un thymorégulateur, et sous Modafinil®, un psychostimulant.

Carole est une femme soignée, les cheveux longs blonds, coiffée, maquillée avec les ongles toujours vernis. L'apparence physique semble importante pour elle et elle semble aimer prendre soin d'elle.
Au sein de l'institution, elle présente peu d'expressions verbales spontanées, elle n'est jamais en désaccord. Elle a une personnalité plutôt introvertie, discrète avec peu d'envies et de besoins exprimés. Elle s'isole aux moments des pauses et n'initie pas la conversation avec les autres usagers de l'institution. Elle utilise beaucoup son portable, un moyen peut-être pour s'extraire psychiquement de l'institution.

3. Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur a été effectué par le psychomotricien en novembre 2015, à l'arrivée de Carole dans l'établissement. Il a été réalisé sur trois séances de 45 minutes à partir de tests standardisés et complétés par des observations cliniques.
Elle se montrait coopérative et disponible mais faisait preuve d'une appréhension marquée. Elle avait une bonne compréhension des consignes et parvenait à être claire et brève dans ses réponses.
Au niveau de la motricité fine, le déliement digital ainsi que le graphisme mettaient Carole en difficulté tout comme les épreuves de motricité globale dans les jeux de lancers – réceptions. Le psychomotricien ne notait pas de troubles praxiques.
L'équilibre statique et l'équilibre dynamique restaient très précaires avec des conduites locomotrices peu sécurisées et peu confiantes. Des chutes fréquentes étaient évoquées avec une marche autonome hésitante. Elle se déplace sans appareillage. Les changements de posture de base – passage du sol à la station debout - étaient limités et peu fluides avec une gestion partielle du vide. Les sauts, l'utilisation des escaliers et l'équilibre unipodal n'étaient pas possibles. L'engagement corporel était peu confiant et peu investi.
Elle ne présentait aucune difficulté visuo-spatiale et visuo-constructive.

À la suite du bilan psychomoteur, une prise en charge en psychomotricité est favorable. Elle bénéficie ainsi :

- d’une prise en charge groupale hebdomadaire en balnéothérapie avec une autre patiente de la M.A.S menée par le psychomotricien du F.A.M et la psychomotricienne de la M.A.S.
- d’une prise en charge individuelle hebdomadaire.

Son projet thérapeutique s’articule autour d’un travail d’autonomisation dans les changements de posture et le renforcement de la locomotion.
À la suite de travaux, la prise en charge groupale en balnéothérapie a été remplacée par une séance groupale en salle, au sein de l’établissement, depuis septembre. La balnéothérapie a repris ponctuellement à la fin du mois de février.

4. Prises en charge et évolutions

À ce jour, avec le psychomotricien, nous observons des progrès au niveau de son équilibre. La marche est sécure, rapide et gérée mais peut être entravée par des chutes occasionnelles. Elle ne se déplace pas à l’extérieur et n’utilise pas les escaliers sans la présence d’un tiers. La fonction parachute – capacité à tendre les bras pour amortir une chute – reste très précaire. Elle gagne en motricité fine mais on note la présence massive de dystonies* qui se diffusent dans le corps. Son engagement corporel et la verbalisation des ressentis restent difficiles du fait d’une hypersensibilité acoustique.

a) Une rencontre pleine de contrastes…

Je rencontre Carole pour la première fois, en septembre 2018, lors d’une prise en charge groupale avec une patiente de la M.A.S, Blanche, et sa psychomotricienne. Au premier contact, je trouvais Carole introvertie, réservée, voire effacée alors que Blanche était extravertie, elle rigolait beaucoup et très fort. Elle répondait aux questions adressées à Carole, sans lui laisser le temps et l’espace pour qu’elle réponde elle-même. Les deux patientes n’arrivaient pas à trouver un accordage relationnel. Cette discordance s’observait aussi à d’autres niveaux : Carole analysait les situations, elle prenait du temps pour réfléchir avant de jouer tandis que Blanche était dans la précipitation. Les psychomotriciens m’ont fait part de leurs difficultés à attribuer une place à chacune.

Carole m'apparaissait comme un bloc, sans aucune dissociation entre sa ceinture scapulaire et pelvienne. Elle se déplaçait rapidement dans le couloir, ses jambes étaient en mouvement tandis que la partie haute de son corps était figée, sans aucun ballant des bras, ses doigts écartés en hyperextension. Son regard faisait des aller-retours incessants entre le sol et l'espace devant elle. Chaque bruit soudain et imprévu la déstabilisait, lui provoquant une perte d'équilibre et l'obligeant à s'arrêter. Cette hypersensibilité auditive est à l'origine de nombreuses chutes chez Carole, qui ne sont pas amorties à cause d'une fonction parachute non efficiente. Il lui est impossible de dialoguer et de marcher en même temps. Sa marche semble automatisée mais elle a besoin d'une grande attention pour faire face aux obstacles et aux imprévus. Elle s'inscrit dans une organisation corporelle constamment en alerte et sur un versant très hypertonique. Elle semble coincée dans son corps avec des amplitudes articulaires faibles.
Cette image de bloc m'a interpellée et ma première réaction a été cette constatation : Carole marchait sans vraiment marcher c'est-à-dire qu'elle n'investissait pas la marche. Elle avance mais ne semble pas prendre de plaisir. Ma réflexion va plus loin, et s'étend au-delà du déplacement. Elle semblait détachée de son corps, comme si une fissure séparait la personne de son corps. En tant que future psychomotricienne, j'ai ainsi un rôle à jouer pour essayer de restaurer ce lien et redonner du sens à ses mouvements.

Au cours des séances suivantes, mon maître de stage menait les prises en charge autour de la sécurisation de la locomotion et la gestion de ses dystonies* dans les manipulations fines. J'observais ainsi les réactions, la présence, la verbalisation de Carole. Son expression verbale était très brève, elle répondait simplement aux questions posées. En fin de séance, au moment de la verbalisation, elle répondait à chaque fois de manière prévisible « *ça s'est bien passé, c'était bien* ». Au bout de quelques séances et à l'écoute de cette verbalisation vide de sens, j'ai ressenti le besoin de la secouer comme pour la réveiller. Est-ce pour elle, une difficulté de mise en mots, une fermeture aux stimulations sensorielles, une mise à distance du corps, une carapace protectrice ? Toutes ces questions se bousculaient dans ma tête. J'ai commencé à réfléchir au projet thérapeutique que je souhaitais mener dans le cadre de mon stage.

b) Représentations corporelles et prémisse de la conscience corporelle

Un matin de début décembre, je me suis lancée pour mener ma première séance avec Carole. J'ai commencé par lui présenter le questionnaire des représentations corporelles[28] crée par O. Moyano, un psychomotricien. Celui-ci est orienté autour des représentations corporelles des patients selon leur vision et leurs ressentis. Il permet de m'informer sur :

- la question du dedans / dehors, des limites corporelles, la différenciation entre soi et autrui
- la connaissance fonctionnelle du corps.
- l'investissement narcissique du corps.

Les réponses font référence à leur propre histoire et à leur organisation corporelle, elles sont donc subjectives. Je n'attends pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

La seconde partie de la séance s'articule autour d'une prise de conscience corporelle en chaussette sur un fond musical.
Nous commençons par nous déplacer ensemble dans la salle. Je lui propose de marcher dans des directions différentes mais elle continue à tourner en rond.
Je continue par un échauffement afin de réveiller doucement toutes nos articulations, des pieds jusqu'à la tête. L'amplitude de ses mouvements est faible d'autant plus au niveau de ses épaules. Elle m'observe et fait, par mimétisme, exactement les mêmes mouvements que moi. Je retrouve l'absence de dissociation entre sa ceinture pelvienne et scapulaire. Carole ne dit pas un mot. J'ai l'impression qu'elle n'adhère pas à mes propositions.
Je l'invite ensuite à marcher à nouveau dans la salle afin qu'elle observe si elle a des ressentis différents par rapport au début de la séance. Elle me dit que non et va s'asseoir sur un module en bois. Je lui laisse quelques secondes de repos. J'en profite alors pour lui proposer un inventaire des appuis : les pieds au sol, le bassin et le dos contre le module en bois.
Je dispose différents supports dans la pièce et lui propose de recommencer l'exercice précédent. Elle s'assoit en tailleur sur un tapis et je lui demande, à son tour, de faire l'inventaire des parties de son corps qui sont en contact avec le tapis.

28 Cf. Annexe.

Elle me parle alors de son bassin et de ses pieds. Elle me dit qu'elle ne perçoit pas une différence par rapport au module en bois, elle se rétracte ensuite et me dit qu'elle préfère le tapis mais qu'elle ressent plus ses appuis sur le bois.
Je lui propose une marche de fin pour clôturer la séance en lui montrant le déroulé des pieds au contact du sol. Elle me signifie qu'elle a les pieds plats et donc que son pied ne se déroule pas.
La séance se termine. Elle ne ressent pas de changement par rapport au début. En cherchant, elle ajoutera qu'elle a mal au bas du dos. Ses derniers mots seront « *c'était bien, ça s'est bien passé* ». Pourtant, je ne l'ai pas sentie rassurée ni apprécier particulièrement la séance.
Face à cette verbalisation pauvre, je lui propose une liste d'émotions sur feuille[29], comme support supplémentaire en fin de chaque séance.

c) Les appuis plantaires

En ce début janvier, en lien avec la séance précédente, je lui propose d'enlever ses chaussettes cette fois-ci. Elle est réticente, elle a peur d'avoir froid. J'insiste.
Je lui suggère de commencer par notre rituel de marche qui va permettre de réveiller progressivement notre corps.
Ensuite, je prends un temps, assises au sol, avec elle, pour observer et toucher nos pieds : les talons, les creux, les orteils, le dur et le mou. Elle me dit qu'elle est rarement pieds nus, même chez elle. Je me questionne alors sur ses ressentis plantaires.
Pour continuer l'expérience, je lui demande d'explorer les différentes manières de déplacements en jouant avec ses pieds : sur les talons, les orteils, l'intérieur du pied, l'extérieur du pied etc. Je me positionne non loin d'elle en cas de pertes d'équilibre. Elle expérimente sans vraiment prendre plaisir à ce jeu.

La seconde partie de la séance s'articule autour des os. Je lui propose, au sol, en position assise, de ressentir ses ischions*, os qui supporte le poids du corps, grâce à des petites oscillations du tronc. Avec une balle de tennis, je lui propose ensuite des percussions corporelles pour stimuler le squelette osseux et donner du

29 Cf. Annexe.

volume à son corps. Les rebonds de la balle sur ses os créent des vibrations et des échos à l'intérieur de son corps. Elle me dit d'aller doucement au niveau de l'épaule droite car elle a une cicatrice due à une greffe de peau.
Dans la continuité de l'exercice précédent, je lui propose de ressentir les vibrations dans son corps en se déplaçant en tapant des pieds contre le sol. Je l'invite à diminuer progressivement l'intensité des pas en faisant le moins de bruit possible.
Après ces explorations, la séance se termine par une marche simple pour prendre conscience des changements ou pas par rapport à la marche du début.

Au moment de la verbalisation, elle dira : « *j'ai trouvé la séance bien* ». Je lui propose la liste des émotions. Elle la lit attentivement et choisit le mot « concentré ». Je l'ai trouvée en effet concentrée, à l'écoute, mais toujours dans son organisation corporelle à tendance hypertonique. Elle sait qu'il faut qu'elle travaille l'équilibre mais elle ne semble pas se rendre compte qu'elle le travaille à travers ces exercices.

d) Vers de l'eutonie

Le 14 février, nous commençons par notre rituel de marche. Carole continue à marcher en cercle ou en suivant mes trajectoires.
Je lui propose, en continuité avec notre travail, de l'eutonie sur la conscience du toucher en décubitus dorsal. Je l'incite à commencer par une observation des qualités du sol sur lequel elle repose : la consistance, la température… J'avais envisagé de faire la séance directement au sol mais Carole exprime son appréhension d'avoir mal au dos. Je lui propose un tapis de sol et un oreiller qu'elle accepte.
Je poursuis la séance par un inventaire des parties du corps afin de prendre conscience des surfaces en contact avec le sol. Je commence par les pieds, les mollets, les cuisses, le bassin, la colonne vertébrale, les épaules, les bras, les coudes, les poignets, les mains, et je termine par la tête. Je distingue au fur et à mesure les parties dures – os – et les parties molles – muscles – constituant notre corps et nous échangeons ensemble, côtes à côtes, allongées au sol. Je lui propose quelques mouvements pour ressentir les os et les muscles contre le tapis quand elle n'y parvient pas. Lorsque certaines parties du corps ne touchent pas le sol comme les lombaires, j'essaie de l'amener à ressentir l'air qui passe entre son dos et le sol

ainsi que l'air qui effleure la peau. Elle me fait part de ses douleurs dorsales. Je lui propose de plier ses jambes et de relever ses genoux. Au même moment, elle me signifie que dans cette position, ses lombaires touchent le sol. J'en profite pour faire un court inventaire des parties du corps en contact avec le sol dans cette nouvelle position.

Je la convie, pour terminer, à sentir précisément ses ischions* par des petits mouvements de bassin. Ses mouvements prennent de l'amplitude et je l'invite à essayer de décrire ce qui se joue dans son corps lorsque son bassin se met en mouvement. Par exemple, lorsque le bassin bascule vers la droite, l'épaule gauche se lève, la fesse gauche et la moitié du dos ne touchent plus le sol alors qu'on sent davantage le côté droit du bassin. Cela permet d'amorcer un travail sur le mouvement tout en conservant ce travail autour de la conscience corporelle.

La fin de la séance approche, je lui propose de s'étirer, de bailler pour se préparer à se lever. Je n'avais pas terminé ma phrase que Carole était déjà debout. Nous reprenons notre rituel de marche afin de ressentir ou non des changements par rapport au début de la séance.

Lorsque nous sommes amenées à discuter de la séance, Carole me signifie qu'elle n'a pas senti de différence entre l'avant et l'après de la séance. Je lui rappelle mon projet de travail avec elle, les objectifs tout en le mettant en lien avec son projet thérapeutique et ses demandes, sans réactions de sa part. Elle finira par dire que « *c'était une bonne séance* ». Parmi la liste des émotions, elle choisit le mot « décontracté ». Deux questions me viennent alors à l'esprit : a-t-elle choisi ce mot parce qu'elle l'a associé au moment de l'eutonie ou s'est-elle vraiment sentie décontractée ?

e) Appuis et repoussé

Le 14 mars, je décide de lui proposer une séance autour des appuis et du repoussé. Nous commençons par notre rituel de marche, Carole a une démarche linéaire, dès qu'elle arrive au bout de la salle, elle fait demi-tour et reprend la même trajectoire.

Je l'invite ensuite à se mettre debout, dos contre le mur. J'introduis ce nouveau support, le mur, pour continuer à prendre conscience des surfaces du corps qui y sont en contact. Je commence par les talons et elle intervient aussitôt pour me dire que ses épaules sont en contact avec le mur mais pas le bas de son dos. En effet, je lui explique brièvement l'anatomie et la physiologie de la colonne vertébrale afin qu'elle comprenne pourquoi ses lombaires ne touchent pas le mur.

À la fin de l'inventaire, je lui demande de tapoter doucement les parties osseuses de son corps, en particulier le coude car il est saillant, contre le mur pour créer quelques vibrations dans l'ensemble du corps.

Grâce à ce support mural, support de la séance mais aussi support institutionnel, je lui montre comment elle peut l'utiliser aussi pour se repousser. Debout, face au mur, je lui propose de positionner ses mains en prenant appui pour pouvoir se projeter en arrière. Ce qui m'intéresse dans cet exercice est de voir si Carole est capable de donner du poids de son corps contre le mur dans un premier temps pour ensuite se repousser. Elle fait de même, sur le côté, en essayant de prendre appui au niveau de l'épaule et du bassin afin de se repousser. Carole ne se laisse pas aller suffisamment contre le mur et donc son repoussé reste minime mais adapté compte tenu de ses troubles de l'équilibre.

Dans la continuité de ce dispositif, je lui propose de s'allonger et de positionner ses pieds contre le mur, les jambes fléchies. Elle doit pousser ses pieds contre le mur afin de glisser sur le sol et aller le plus loin possible. Après plusieurs essais, elle met plus de force dans ses jambes et ses pieds, ce qui l'a fait glisser contre le sol, loin du mur. Elle semble apprécier ce moment.

Je poursuis la séance autour d'un jeu qui s'articule entre déposer le poids de son corps sur l'autre et dialogue tonique. L'exploration débute par un contact épaule contre épaule, puis nous déposons progressivement et ensemble le poids de notre corps, l'une contre l'autre en nous ajustant en permanence. Nous continuons notre exploration dos contre dos, puis mains contre mains. Le poids déposé par Carole reste minime, c'était la première fois qu'elle le faisait.

Dans la suite de mon dispositif, j'introduis de l'imaginaire en prenant le cas d'un arbre qui lutte contre le vent. Carole va venir déposer du poids contre moi et je dois

ajuster ma posture. Elle reste quelques secondes dubitative, puis vient s'appuyer contre moi et j'observe les parties du corps qu'elle vient déposer spontanément. Elle choisit les crêtes iliaques, les épaules et le dos. La gestion du poids est adaptée, elle ne se laisse pas tomber complètement contre moi. J'ai ajusté en permanence ma position et ma répartition tonique pour faire face au vent qui me déstabilisait.

Nous échangeons les rôles, Carole devient l'arbre, elle est droite et ses pieds sont ancrés dans le sol. Je dépose mon poids progressivement, Carole ne bouge pas, rien ne semble la déstabiliser. Elle semble lutter contre mes pressions tout en essayant de se rééquilibrer. Elle ajuste en permanence sa posture en fonction du poids et de la localisation de mes pressions. Par contre, sa respiration semble coupée, elle s'inscrit dans une hypertonie globale bien que l'idée de l'exercice ne soit pas de verrouiller son corps mais de trouver un chemin pour s'ajuster. Elle me dira, par la suite, qu'elle donnait du poids de son corps contre le mien pour équilibrer nos forces : j'ai trouvé sa remarque pertinente car elle avait fait le lien avec l'exercice précédent. Notre dynamique relationnelle se construit petit à petit, je sens qu'elle me fait confiance, elle rebondit peu à peu à mes remarques mais n'arrive pas encore à verbaliser ses ressentis.

Après un temps de verbalisation où elle me dit que c'est une bonne séance, elle choisit le mot « fatiguée » dans la liste des émotions. Elle n'en dira pas plus.

B) Michel

1. Anamnèse – l'histoire d'une rupture hémorragique

À l'âge de 17 ans, à la suite d'un A.V.P, Michel a été dans le coma pendant un mois. Les médecins constatent une fracture associée à un affaissement du plancher orbitaire gauche. Son dossier médical ne relate pas plus d'informations à ce sujet mais Michel n'a pas eu de troubles visuels à la suite de cet accident.
Il a pu suivre des études en informatique, a monté sa propre société informatique dont il était le dirigeant. Il se marie et a deux enfants. Il développe une hypertension artérielle* associée à une prise de poids importante. Son Indice de Masse corporelle* – I.M.C – est de 35, à la limite entre l'obésité modérée et sévère.

2. Son parcours de soin

À la suite de son Accident Vasculaire Cérébral – A.V.C – hémorragique temporal gauche en avril 2016, à l'âge de 52 ans, il est accueilli dans une Unité Neurovasculaire, une unité spécialisée de neurologie dédiée à la prise en charge multidisciplinaire des A.V.C. L'objectif est d'établir un diagnostic rapide, de mettre en place un traitement adapté et une rééducation précoce.
Le médecin lui diagnostique alors une hémiplégie flasque droite. Les troubles associés à cette hémiplégie sont la sensibilité superficielle et profonde du côté droit, une aphasie de Broca et une apraxie bucco-faciale. Il éprouve des difficultés d'accès au lexique oral et écrit. La spasticité est présente au niveau du membre inférieur droit et de la main droite. Pour information, il était droitier avant son accident. On ne note pas d'atteinte visuelle, de négligence ni d'épilepsie*.

Ensuite, il est transféré en Soins de Suite et de Réadaptation – S.S.R. Les trois missions principales de ce lieu post-hospitalisation sont, selon le Ministère des Solidarités et de la Santé publié en novembre 2016[30], la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale ; la réadaptation du patient à sa vie quotidienne face à ses limites ; et la réinsertion pour aller au-delà des soins médicaux et garantir une réelle autonomie du patient dans sa vie familiale et professionnelle afin qu'il retrouve au maximum les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier.

En Juin 2017, soit plus d'un an après son A.V.C, Michel fait son entrée au F.A.M avec son bâton de marche où il vient quatre jours par semaine – lundi, mardi, jeudi et vendredi. Il arrive entre 9h30 et 10h et repart à 16h avec une société de transport.
Son emploi du temps a été pensé selon son projet thérapeutique. Il participe aux groupes petit bricolage, logique, activités manuelle, quiz, communication, arts plastiques, jeux de société, revue de presse, traitement numérique et théâtre.
Il bénéficie aussi d'une prise en charge pluridisciplinaire avec des séances individuelles en orthophonie, en ergothérapie et en neuropsychologie.

30 Ministère des Solidarités et de la Santé. (2016). *Soins de suite et de réadaptation : une prise en charge globale de la personne après l'hospitalisation*. Retrieved (Mars 4, 2019) from https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr

Au delà du F.A.M, il est suivit en kinésithérapie en libéral trois fois par semaine. Il reçoit régulièrement des injections de toxine botulique[31] pour sa spasticité.

Actuellement, à l'âge de 55 ans, il vit dans une maison avec sa femme, leurs deux enfants étant partis du domicile familial. Son épouse a repris la direction de l'entreprise et travaille au domicile avec quelques rendez-vous extérieurs ponctuels. Le logement a été réaménagé afin que Michel puisse se déplacer aisément au sein de l'habitation. Il ne cuisine pas mais aide à mettre la table. Lorsqu'il se sent fatigué, il utilise un fauteuil roulant électrique récent pour se déplacer, pour aller faire les courses ou pour de longs trajets.

Michel est un homme souriant, blagueur et taquin avec qui la relation a pu se construire aisément. Il est bien intégré au sein de l'institution tant du côté des professionnels que celui des patients. Malgré son aphasie, il arrive à communiquer dans les temps informels. Il apprécie particulièrement la marche et la nage.

3. Le bilan psychomoteur

En avril 2016, à l'arrivée de Michel dans l'établissement, un bilan psychomoteur a été effectué. Il a été réalisé sur trois séances à partir de tests standardisés et complétés par des observations cliniques.

Il s'était montré disponible, coopératif, souriant et communiquait spontanément malgré l'aphasie. Le psychomotricien notait une bonne compréhension générale.

Au niveau du schéma corporel, lors de l'épreuve des *Somatognosies de Bergès*, la nomination de quelques parties du corps était possible malgré l'aphasie, sur soi et autrui. La désignation était beaucoup plus complète. Il semblait subsister la conscience et le repérage de la droite et de la gauche sur soi et sur autrui.

Michel verbalisait le fait de ne pas avoir de problèmes d'orientation spatiale et que le passage de l'espace réel à l'espace graphique, et inversement, était possible. Au niveau des repères temporaux, il était capable de retrouver le jour de la semaine malgré ses troubles mnésiques.

Une absence totale de motricité volontaire au niveau du bras et de la main droite était notée. Les coordinations bi-manuelles étaient donc impossibles.

31 La toxine bloque la libération de l'acétylcholine, un neurotransmetteur, et donc la transmission neuromusculaire ne peut pas s'effectuer. Les fibres musculaires se relâchent ce qui entraîne une paralysie et une baisse de la spasticité des muscles injectés.

Les Niveaux d'Évolution Motrice – N.E.M – étaient précaires avec des difficultés posturales très importantes. Les changements de posture au sol et le passage à la station debout étaient impossibles.
La locomotion avec canne était autonome, prudente, lente mais asymétrique. Son pied droit était en abduction et frottait largement le sol quand la jambe droite était ramenée vers l'avant. La marche sans canne était possible, plus hésitante, moins sécure, relativement endurante. Il notait quelques pertes d'équilibres rattrapées. Dans les escaliers, il arrivait à descendre sans pertes d'équilibre en alternant ses pieds et en se tenant à la rampe avec sa main gauche. La montée était plus délicate, elle s'effectuait de manière « tractée » par le membre supérieur gauche avec l'alternance des pieds.

À la suite d'un bilan psychomoteur, une prise en charge en psychomotricité était préconisée. Depuis, il bénéficie d'une prise en charge individuelle hebdomadaire les jeudis après-midi de 14h15 à 15h.
Son projet thérapeutique s'articule autour d'un travail de sécurisation, d'autonomisation et de renforcement posturo-locomoteur.

4. Évolutions et prises en charge

À ce jour, son projet thérapeutique en psychomotricité s'est affiné autour d'un travail de renforcement locomoteur et d'une autonomisation posturale dans les changements de transferts. Il n'a plus une démarche en fauchage et arrive ainsi à soulever son pied droit sans qu'il ne traîne. Elle est sécure et efficiente. Il peut se mouvoir sans aide technique mais la locomotion est moins rapide, éprouvante et hésitante. L'utilisation des escaliers nécessite la présence d'un accompagnateur.
Le travail des changements de postures progresse dans les transferts de la position assise à la station debout et inversement mais ils ne sont pas possibles du passage au sol à la station debout et réciproquement.
Malgré l'aphasie et les difficultés d'expression, Michel a de bonnes capacités de compréhension et communique. Il investit la prise en charge et fait preuve d'humour.

a) Une première rencontre

Je rencontre pour la première fois Michel fin septembre lors de sa prise en charge. Mon maître de stage avait axé la séance autour des changements de position sur le banc. À son arrivée dans la salle, il était tout souriant et blagueur. Il était même enjoué par ma venue. Au cours de la séance, je me souviens que Michel était en difficulté pour mobiliser volontairement sa jambe et son pied droit sans utiliser l'aide de la main gauche. Face à cette situation, je l'ai senti déçu. Sa réaction et sa sensibilité m'ont touchées et je me suis sentie démunie. Nous l'avons alors rassuré et encouragé. Lorsque nous l'avons quitté, son visage était renfermé.

b) Les représentations corporelles de Moyano

En ce début février, je lui fais passer le questionnaire des représentations corporelles de O. Moyano afin d'élaborer sur ses ressentis. Dès le début, je suis confrontée à ses difficultés d'expression verbale : il ne retrouve pas le nom de certaines parties du corps. Il semble tout de même intrigué et surpris par mes questions. Je sens que ce test l'interroge et le fait réfléchir. La suite de la séance sera menée par mon maître de stage.

c) L'impasse

Mi-février, par une journée ensoleillée, je décide, en accord avec mon maître de stage, de mener la séance avec Michel. Lorsque je m'avance vers lui, il me dit spontanément qu'il fait grand soleil dehors, un appel pour aller à l'extérieur. Je suis embarrassée, j'avais prévu ma séance à l'intérieur et je ne voyais pas comment l'adapter à l'extérieur. Je lui explique. Il souhaite me faire plaisir et accepte de faire la séance à l'intérieur. Je le sens tout de même contrarié. Je lui explique que le but n'est pas de me faire plaisir mais qu'il s'y retrouve. Je ressens aussi l'envie de mon maître de stage de sortir. Après quelques hésitations entre l'intérieur et l'extérieur des murs de l'institution, je commence ma séance, à l'intérieur.

Souhaitant mettre Michel pieds nus pour commencer un travail sensoriel, je suis confrontée à un releveur d'orteils. Impossible pour moi de l'enlever. Je modifie en vitesse mes plans et je décide de travailler autour des changements de posture et

des N.E.M avec l'idée de passer un temps au sol. Je lui demande de se mettre en position assise sur le banc, ce qu'il fait sans difficulté. À partir de cet intermédiaire, il essaye d'aller vers le sol. Impossible. Il me dit qu'il peut aller au sol en partant de la position debout avec l'appui d'une chaise. Il se relève du banc et je lui propose une chaise. Il prend appui sur elle avec sa main gauche, descend le genou gauche au sol et se positionne en chevalier servant. Il a besoin de mon aide pour mettre à terre son genou droit. Il est maintenant à genoux, au sol. Il positionne ses fesses sur le côté en se tenant avec sa main gauche au sol. Ne pouvant pas dégager ses jambes, il s'effondre en décubitus ventral. Je l'aide alors à passer en décubitus dorsal.
Ce travail postural impliquant un changement de niveaux dans l'espace est énergivore pour Michel. Chaque changement de posture implique la création d'un projet moteur et nécessite de la force musculaire du fait de son hémiplégie flasque. Je lui laisse alors un temps de répit. Je profite de ce moment au sol, pour initier quelques percussions corporelles sur ses membres grâce aux rebonds d'une balle de tennis. Il sent la balle rebondir sur son bras et sa jambe hémiplégique mais ajoute qu'il la sent moins au niveau de son bras. Je commence ensuite à le préparer à reprendre la position verticale en lui proposant de passer d'abord par la position assise. Pour cela, il attrape avec sa main gauche la manche de son bras droit afin d'initier un mouvement d'enroulement sur le côté gauche. Dans cette dynamique, il positionne sa main gauche au sol, y prend appui et arrive à la position assise. Il parvient même à lâcher sa main gauche du sol mais il ne se sent pas stable. Par contre, il n'est pas possible pour lui de passer par la position à genoux ni de se relever. Avec mon maître de stage, nous positionnons nos mains sous ses aisselles pour l'aider à se relever. Ce changement d'espace donne des vertiges à Michel, je l'invite à s'asseoir sur une chaise quelques minutes.
Je termine la séance par un temps de verbalisation. Il semble fatigué, ses joues sont rosées. Il me dit qu'il a mal à sa jambe droite, est-ce des courbatures ? Avant de partir, il dit en plaisantant qu'il aurait préféré sortir. Sur ces éclats de rires, je clôture la séance. Le psychomotricien me dira, par la suite, qu'il s'est fait mal au dos en relevant Michel et me fait comprendre gentiment de m'abstenir la prochaine fois.

Cette séance charnière m'a interrogée car j'étais déconcertée. Je devais revoir toutes mes propositions de prise en charge car je ne pouvais ni le mettre pieds nus ni au sol. De plus, un travail sur la verbalisation des ressentis me semblait alors

impossible face à un patient hémiplégique et aphasique qui n'avait plus accès au vocabulaire lié aux ressentis. Et enfin, avec le printemps qui pointait le bout de son nez et l'envie grandissante de Michel d'aller dehors, je ne savais que faire.

d) Vers le début d'une prise de conscience corporelle

Quand j'accueille Michel, un après-midi de mars, il me semble ailleurs. Lorsque je le salue et lui demande comment il va, il me répond qu'il n'a pas le moral, il trouve le temps long. Sa femme a beaucoup de travail et cela va faire bientôt trois ans qu'il a eu son A.V.C. Je prends un temps pour en discuter. J'essaye de lui remonter le moral avec le soutien de mon maître de stage. Michel nous fait part du fait qu'il trouve que son évolution est lente et qu'il manque d'objectifs. On lui rappelle tous les progrès qu'il a fait depuis son arrivée et qu'il continue à faire encore à ce jour. Je décide de mener la séance doucement, je vais m'adapter à son état psychique.

Je commence par un échauffement sur la chaise afin d'observer attentivement ses possibilités et l'amplitude de ses mouvements avec des mobilisations actives du cou, des épaules, des coudes, des poignets, des hanches, des genoux et des chevilles. L'amplitude des mouvements du côté gauche est correcte.

Par contre, il n'y a aucune motricité volontaire dans son bras et sa main droite. Au niveau de ses membres inférieurs, il a besoin d'avancer son pied droit pour ensuite lever son genou droit. Il trouve des adaptations posturales pour y parvenir. La motricité volontaire au niveau de sa jambe droite est présente mais réduite.

Pour introduire la notion d'enroulement, je lui demande s'il arrive à toucher ses pieds avec ses mains, il reste perplexe. Il essaie et à sa grande surprise, il y parvient grâce à une flexion plantaire de la cheville. Satisfait, il répète ce mouvement plusieurs fois pour se le remémorer et l'inscrire corporellement.

À la suite de cette mise en corps, je prends un temps pour me consacrer à la respiration. Je lui explique le mécanisme d'inspiration et d'expiration de l'air ainsi que les mouvements internes que cela procure. Je m'attarde sur les sensations de l'air dans la gorge et les changements de volume de l'abdomen. Il me dit que l'air qui entre à l'intérieur de sa gorge est frais tandis que l'air qui en sort est chaud. Les yeux

fermés, je l'invite à positionner ses mains sur son abdomen afin de ressentir les mouvements internes. Nous restons en silence quelques instants. Je lui demande ensuite s'il ressent la présence de tensions résiduelles à l'intérieur de son corps, il me répond que non.

À la suite de ce dispositif, je lui propose un inventaire des appuis, assis sur une chaise avec des accoudoirs. Il me dit que le bas de son dos et l'arrière de ses cuisses sont en appuis sur la chaise. Il évoque ses pieds, il me fait comprendre qu'ils touchent le sol mais qu'il n'exerce pas de force dessus et que donc ils ne prennent pas appuis. En effet, dans le terme d'appuis, il y a la notion d'appuyer et donc de mettre du poids. Sa remarque est pertinente. Au delà des pieds, des cuisses et du bas du dos, je lui précise que son bassin et en particulier ses ischions* sont en appuis contre la chaise et je lui propose de les sentir. La chaise étant un peu matelassée, je lui montre qu'à travers quelques oscillations du tronc avant / arrière, cela crée des mouvements du bassin – antéversions et rétroversions – et que, par conséquent, il peut ressentir ses ischions*. Cette mise en mouvement permet à Michel de se tenir droit, le poids de son corps sur ses ischions et non plus affaissé dans sa chaise. Dans cette nouvelle position, je lui demande s'il a observé des changements entre les deux postures. Il me fait remarquer seulement que le bas de son dos n'est plus en appui contre la chaise. Pourtant, il a avancé son pied gauche. Il me dit ensuite qu'il préfère être au fond de sa chaise car c'est plus confortable. Le dossier de la chaise est-il contenant ? Crée t-il un début d'enroulement ?

Je recueille ensuite ses impressions. Il me fait part que c'était, pour lui, une bonne séance, il n'en dira pas plus. Je décide alors de lui donner la liste des émotions. Il la parcourt doucement et choisit le mot « joyeux ». Cela me laisse perplexe, selon moi, le terme joyeux représente sa personnalité car il est souvent taquin et blagueur, cependant, en arrivant, il m'a semblé dans un autre état d'esprit. Je suppose que cette séance a été bénéfique pour lui.

PARTIE III – DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

V. Des supports malléables

A) Des contraintes…

1. Institutionnelles

L'institution doit « accompagner les soignants autant que les patients et être garante de son cadre et d'un bon appui qui rend possible l'élaboration nécessitée par l'exposition à ce vaste champ de la souffrance psychique et physique » (Adeline & Scialom, 2015, p. 160).

Le F.A.M s'inscrit en continuité dans la prise en charge de personnes cérébro-lésées. Je le rappelle, les axes de l'établissement s'articulent autour de la rééducation favorisant la récupération et le réinvestissement cognitifs, sensoriels et corporels dont fait partie la psychomotricité ; la réadaptation et la réinsertion des patients ; et la psychothérapie individuelle et/ou familiale.

L'établissement et les thérapeutes, dont le psychomotricien, s'inscrivent dans une dynamique, celle de retrouver une fonctionnalité. Pour rappel, selon mon maître de stage, le projet thérapeutique en psychomotricité pour Michel est un travail de sécurisation, d'autonomisation et de renforcement posturo-locomoteur et celui de Carole s'articule autour d'un travail d'autonomisation dans les changements de posture et le renforcement de la locomotion. Je retrouve ce côté fonctionnel et rééducatif dans les réponses de Carole au questionnaire de Moyano[32] : avec son corps, elle peut faire des étirements, des massages et travailler l'équilibre. Elle me dira ensuite qu'elle ne tient pas sur ses jambes et qu'elle a des douleurs dans le bas du dos. Elle a une représentation très mécanique de son corps. Il n'est pas associé au plaisir et elle n'a pas une partie qu'elle préfère plus qu'une autre. Michel ne sait pas ce que l'on peut faire avec son corps, il me dira que le cœur, les artères et la tête sont des parties fragiles tandis que son bras et sa jambe droite sont solides. En effet, Michel s'appuie essentiellement sur son hémicorps droit fonctionnel pour suppléer à son hémicorps gauche. Il me dit que dans l'ensemble de son corps, il préfère son cerveau, réponse surprenante. Ce questionnaire a été enrichissant car auparavant, ils ne s'étaient jamais posés de questions sur leur représentation du corps, preuve que l'image du corps et l'affectivité ont été mis de côté dans leurs prises en charge.

32 Cf. Annexe.

L'objectif principal me semble être l'acceptation de leur handicap. En effet, les patients arrivent deux ou trois ans après leur lésion neurologique, la récupération est lente et les progrès sont minimes. À ce sujet, au sein de l'institution, le psychomotricien fait partie des rééducateurs. Rééduquer, c'est « reprendre la manière de penser de quelqu'un pour la réformer lorsqu'elle a pris une mauvaise orientation » ou « soumettre quelqu'un à un traitement, afin de rétablir chez lui l'usage normal d'un membre ou d'une fonction »[33]. Je pense que le psychomotricien s'intéresse davantage à l'investissement du corps plutôt qu'à la fonction afin de l'appréhender différemment.

L'établissement qui m'accueille en stage n'a donc pas la même approche que moi. Par exemple, la dimension psychologique ne me semble pas assez présente alors qu'elle fait partie d'un des objectifs de l'établissement. Pourtant l'A.V.C ou le traumatisme crânien ont bouleversé le quotidien et l'identité de Michel et de Carole. Michel était émotif au mois de mars, la date d'anniversaire de son A.V.C approchait. Il n'a pas trouvé le soutien institutionnel espéré car il n'y a pas de psychologue. Cependant, le psychiatre peut rencontrer les patients s'ils le souhaitent ou ils peuvent suivre une psychothérapie à l'extérieur.

L'absence de nombreux professionnels durant le mois de mars a déstabilisé l'institution. Ceux qui étaient présents étaient débordés, les groupes étaient saturés, des conflits émergeaient. Les patients ont ressenti cet état : tout le monde était sur le qui-vive. « Les conflits institutionnels [...] engendrent chronicisation ou sclérose, paralysant tout travail d'élaboration ou de symbolisation » (Adeline & Scialom, 2015, p. 162). Comme le corps, l'établissement peut dysfonctionner, les patients et les professionnels souffrent. Pourtant, l'institution doit continuer à avancer. Sur quoi les patients et les thérapeutes prennent-ils appui quand le support institutionnel est mis à mal ? Les professionnels doivent prendre du recul afin d'analyser et comprendre ce qu'il se passe, comme peut le faire le psychomotricien dans ses séances, à travers les difficultés du patient, il va identifier ses troubles psychomoteurs. « Son attention à ses vécus corporels et émotionnels, et à ce qu'il [le psychomotricien] perçoit des

33 Larousse. (n.d). *Rééduquer*. Retrieved Avril 12, 2019 from https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rééduquer/67386

vécus des autres membres, lui permet d'être réceptif à la qualité des relations institutionnelles » (Loridan, 2018, p. 76).

2. Émotionnelles

Les émotions semblent avoir peu leur place et leur espace au sein de l'institution mais aussi dans les prises en charges de mon maître de stage. Étymologiquement, le terme émotion vient du latin *e-movere* signifiant, se mouvoir, mettre en mouvement. Une notion importante en psychomotricité car c'est un mouvement psychique, physique et relationnel. « L'expérience émotionnelle relie nos sensations issues de l'extérieur, nos perceptions internes, nos représentations et nos actions, et nous ouvre à la connaissance de l'autre » (Boscaini, Saint Cast, 2010, p. 21). L'émotion s'inscrit donc dans le processus sensation – perception – représentation – relation.

J'ai souhaité mettre en avant cette dimension émotionnelle dans mes prises en charge. Carole ne présente pas de difficultés langagières mais des difficultés de prise de conscience de ses ressentis. Michel, à cause de son aphasie de Broca, peut difficilement mettre des mots mais il a accès à ses ressentis corporels. J'ai ainsi utilisé un nouveau support, une feuille sur laquelle des émotions sont notées[34]. À chaque fin de séance, je leur propose de choisir une émotion caractérisant leur état émotionnel du jour, ou en lien avec la séance. Si aucun des mots ne leur correspond, ils peuvent en trouver d'autres. Ce support sert de rebond quand la verbalisation des ressentis est neutre, sans affectivité. Comme la dimension émotionnelle est relayée au second plan, il est difficile pour les patients et pour moi-même de la prendre en compte ; sans le soutien institutionnel et celui du psychomotricien, ce travail me semble difficile. Il y a eu des hauts, avec de nombreuses idées dans ma tête, et des bas, car j'ai été confrontée à beaucoup de contraintes.

À la fin de la séance de mi-février avec Michel[35], j'étais déstabilisée car toutes les idées de dispositifs que je souhaitais mettre en place ne pouvaient se réaliser. Il était impossible pour lui d'enlever ses chaussures pour faire un travail autour des

34 Cf. Annexe.
35 Cf. *Supra.* p. 64.

sensations plantaires à cause de son releveur d'orteils, de lui proposer d'aller explorer l'espace du sol car je ne pouvais le relever seule et mon maître de stage était dans l'incapacité physique de m'aider. Avec les beaux jours, Michel désirait aller à l'extérieur et je ne voyais pas comment prendre en compte son souhait dans mes dispositifs. Ma maître de mémoire a été alors un véritable soutien et m'a aidé à trouver des pistes de prises en charge adaptées à Michel en lien avec un travail de prise de conscience autour des appuis. La recherche de nouveaux dispositifs m'a permis de me mettre au travail, de réfléchir, de trouver de nouvelles idées, d'adapter les supports…

Les médiations corporelles ont l'avantage de pallier aux difficultés de mises en mots et de symbolisation. Cela pourrait être une alternative pour Carole et Michel. Elles nécessitent une adhésion du patient, une alliance thérapeutique car elles engagent l'individu à part entière. Carole semblait ne pas comprendre les objectifs de mes prises en charge. Tout cela était nouveau pour elle, peut-être même effrayant. J'ai tenté, par ma verbalisation, de l'amener à comprendre ce qu'il se joue dans la séance et quel en est le bénéfice, car l'alliance avec le patient est nécessaire pour le bon déroulement des prises en charge.

B) … Qui deviennent des passages de liberté

1. Du corps subi au corps expressif

a) Le flux postural

Le flux postural, c'est-à-dire « l'aisance avec laquelle une personne passe d'une posture à l'autre » (Lesage, 2006, p. 21) est pauvre. Le corps est étriqué, la capacité de mise en forme du corps, nommée *shaping* par I. Bartenieff[36] (1980), est restreinte. Les tensions musculaires ainsi qu'une répartition tonique singulière sont en lien avec la pauvreté du flux postural. Pourtant, la forme du corps adoptée conditionne le mouvement, les coordinations, et est reliée à des affinités spatiales. Cela peut expliquer pourquoi la mise en mouvement de Michel et Carole est difficile.

36 Cité par B. Lesage (2006, p. 22).

Ils possèdent un corps qui n'est plus le leur, du fait de leurs déficits neurologiques, il est restreint ce qui limite aussi leurs mouvements et donc leur intégration corporelle. L'observation des modulations tonico-posturales et des schèmes de mouvement sont des indicateurs « du mode de fonctionnement de la personne et colorent sa relation à autrui » (Lesage, 2015, p. 35).

b) Une structuration corporelle à reconstruire

J'ai été touchée par la structuration corporelle de Carole à cause de son attitude posturale très droite et hypertonique comme un bloc, un mur, comme si la reconstruction corporelle avait été manquée. La fonctionnalité locomotrice était en place, elle marchait, elle pouvait se déplacer dans l'espace, mais sans véritablement investir son déplacement, et plus largement son corps. Comme si le retour de la fonctionnalité avait pris le pas sur le reste c'est-à-dire sur la sensorialité et l'être. Cela m'a touché, je ne pouvais imaginer que cela soit possible. Au cours de ma formation, les professeurs mettaient les sensations et les ressentis au premier plan, et je comprends maintenant leur importance. Comment ne pas en tenir compte ? J'avais l'impression que l'extérieur, l'apparence avait pris le dessus sur ce qui se passait à l'intérieur. Le corps de Carole ne parlait pas, il était fermé, l'expressivité était absente telle une coquille vide. En apparence, elle marchait même très vite dans la rue, elle devait passer inaperçue – le handicap invisible – comme de nombreux cérébro-lésés.

L'instauration des structures corporelles dans les premières années de vie est essentielle mais elle n'est pas innée, elle s'inscrit dans un processus d'intégration complexe. S'il y a eu une désorganisation dans la construction corporelle, cela va créer un *gestalt* tonico-postural déséquilibré, à l'origine d'un désordre gestuel. Dans le cas d'un accident qu'il soit de la voie publique ou vasculaire, toute la construction corporelle est mise à mal. La difficulté est alors de la reconstruire, de la restaurer, travail difficile et long : ce ne sont plus des bébés, mais des adultes qui ne peuvent plus véritablement repasser par toutes les étapes : *Handling*, *Holding*, maternage… Souvent, leur anamnèse pré-accident est réduite, il est difficile de connaître leur organisation tonico-posturale. Est-ce que la construction corporelle avait été intégrée

de manière optimale ou déjà y avait-il une désorganisation sous-jacente invisible ? C'est un élément important dans les prises en charge mais qui reste difficile avec des patients ayant des lésions cérébrales acquises à l'âge adulte. Lorsque les lésions sont innées comme dans l'infirmité motrice cérébrale, le développement de l'enfant sera atteint à des degrés différents. Le psychomotricien aura alors connaissance de ses difficultés de construction corporelle et pourra les prendre en compte dans ses prises en charge, tout comme lorsque les lésions cérébrales sont acquises au cours de l'enfance. La progression du développement psychomoteur sera mis entre parenthèse au moment de l'accident mais le psychomotricien aura déjà une idée de son développement.

c) Une absence d'expressivité

Dans l'expressivité, « il s'agit de mettre en forme, de mettre au jour, de donner existence à quelque chose qui n'est pas un simple reflet de l'état du sujet » (Lesage, 2015, p. 35).

Dans le cas de Carole, son corps semble être le reflet de son être. Ses mouvements sont restreints, elle est soucieuse et a besoin que son quotidien soit ritualisé en évitant la nouveauté, elle se fond dans la vie du F.A.M sans rien bousculer comme si elle souhaitait devenir transparente – « mêmeté[37] » selon Paul Ricoeur (1990). Elle s'inscrit dans une corporéité centripète pourtant « avoir un corps, c'est entre autres pouvoir quelque chose : pouvoir être là, se manifester, engager, rencontrer, provoquer, bousculer, imprimer » (Lesage, 2015, p. 38). Carole et Michel n'ont jamais eu l'espace approprié pour explorer toute cette dimension. L'institution peut ne pas favoriser ce travail corporel par des espaces impersonnels qui empêchent toute expression corporelle, ce qui est le cas au F.A.M où la dimension fonctionnelle et rééducative prend le dessus. « C'est alors l'enfermement dans le banal, où tout semble neutre, ou plutôt neutralisé, l'impossibilité de déployer sa présence, assujettie au temps ou à l'espace d'un autre, confinement qui contrarie l'affirmation créative de soi » (*Ibid.* p. 39). L'espace est ainsi un support essentiel à l'expressivité du corps.

37 Absence de dépassement, de questionnement de l'ordre des choses.

Dans une dynamique de travail autour de l'expressivité du corps, j'ai essayé de créer un espace favorable à cette mise en mouvement afin de venir bousculer Carole dans sa monotonie de réponses, d'être. Elle a accueilli mes propositions de manière passive, elle se posait quelques questions et ne semblait pas comprendre le but final. Les appuis, l'accordage, le repoussé qu'elle a pu expérimenter sont les prémices d'un travail d'expressivité du corps. Je souhaitais la libérer de son expression passive, neutre, pathologique pour qu'elle devienne expressive, c'est-à-dire active dans son expressivité tonico-posturale et gestuelle. Dans un second temps, j'ai initié un travail autour de la mise en forme et le partage des éprouvés. Carole reste dans une verbalisation stérile ou répétitive. Est-ce qu'elle n'arrive pas à ressentir ce qu'il se passe dans son corps ou est-ce qu'elle n'arrive pas à l'exprimer ? Est-ce trop difficile pour elle ? Est-elle noyée dans ses éprouvés ? N'a t-elle pas accès au vocabulaire corporel ? S'est-elle mise des barrières, des résistances, ou s'est-elle forgée une carapace ? S'interdit-elle de vivre et d'être ? « Le langage ne s'est pas articulé au vécu sensorimoteur, ce qui confère au discours un aspect artificiel et déconnecté » (*Ibid.* p. 42).

Selon J. Piaget, l'individu accède à sa subjectivité à partir des expériences motrices et des perceptions qu'elles engendrent pour la construction du réel. À partir de ses schèmes moteurs teintés de sensori-motricité – ajustement entre l'aspect sensoriel et tonique du mouvement qui s'inscrit dans un cadre temporo-spatial de référence –, l'enfant va les intérioriser, les relier, les ordonner de manière consciente et intentionnelle. L'action est ainsi au premier plan dans cette construction du réel. L'enfant pourra, par la suite, en l'absence d'objets, les faire vivre dans son psychisme et rejouer avec. Ce sont les gestes abstraits, nés des expériences motrices, qui vont venir ensuite soutenir et faire émerger l'expression de la pensée. Cette dernière prend appui sur les schèmes qui s'étayent sur la sensori-motricité, l'ajustement tonique.

Une des grilles d'observation qualitative de mise en mouvement est celle de R. Laban avec sa grille de l'*Effort* qui s'articule autour de quatre facteurs – le flux, le poids, l'espace et le temps – qui forment des qualités de mouvement associées à des aspects émotionnels : flux libre, flux condensé, poids léger, poids fort, espace indirect, espace direct, temps soutenu et temps soudain. Chaque individu développe

ses propres affinités dans ses polarités de mouvements, cette grille va servir de support d'exploration des différentes manières de bouger. Carole semble s'inscrire dans une combinaison de flux condensés, de poids léger, d'espace indirect et de temps soudain. La mise en mouvement du corps peut donc informer le psychomotricien sur l'organisation corporelle et la motivation, l'intention de son patient. « L'effort constitue un lien entre les composants physiques et psychiques du mouvement » (Loureiro, 2015, p. 542). Elle permet ainsi de faire un travail personnel afin d'explorer chaque qualité de mouvement.

Selon les chaînes musculaires de G. Struyf, Carole semble présenter une typologie projetée en avant, associée à des tensions au sein des chaînes postéro-médianes qui concernent normalement les personnes actives. Elle n'est pourtant pas hyperactive, mais elle est dans cette organisation tonico-posturale pour lutter contre l'effondrement. Il me semble donc important de préciser que chaque chaîne musculaire ne correspond pas forcément à un type de personnalité, l'histoire antérieure a toute son importance.

Mais, en quoi l'expressivité du corps s'inscrit-elle dans une dynamique relationnelle ? Mes propositions autour des appuis, des ressentis, des percussions corporelles, de l'enroulement et de la respiration impliquent une dimension relationnelle inter-personnelle : les appuis, comme souvenir du portage maternel, la conscience corporelle comme première exploration du corps. « Il ne s'agit pas de réécrire l'histoire, mais d'en inventer une autre, d'inventer la suite d'une histoire qui s'est enlisée ou bloquée, d'envisager d'autres possibles en conduisant la situation autrement » (Lesage, 2015, p. 51). Les expérimentations que j'ai pu proposer ont eu lieu en prise en charge individuelle, entre le patient et moi. Cette relation duelle est particulière, j'imagine que les explorations et les ressentis auraient été différents en groupe.

2. Réflexions autour de mes supports

Prendre conscience de son corps, c'est à la fois apprendre à le connaître, le reconnaître, l'apprivoiser, l'investir ; mais c'est aussi se représenter ce qu'il se passe

à l'intérieur. Carole et Michel ont des difficultés pour investir leur corps. C'est d'autant plus difficile car cela provient de sensations internes que l'on ne perçoit pas. Cela nécessite donc de se concentrer sur soi, sur ses sensations.

Le travail sensorimoteur que j'ai mené dans mes prises en charge tend à essayer de restaurer un sens de soi et donc un sens à l'autre, c'est-à-dire donner un sens à leurs mouvements, à leurs ressentis en les mettent en forme par des mots ou par le corps. Rien de mieux que les pratiques psychocorporelles qui permettent de s'éprouver autrement, de restaurer un dialogue avec leur propre corps accidenté, altéré. Mais, au-delà d'une prise de conscience corporelle active de la part des patients, je me dois de m'interroger sur mes propositions, sur mes supports qui vont leur permettre de prendre appui afin de gagner en liberté et en forme.

a) Le rituel, une porte d'entrée à la séance

Les rituels sont souvent utilisés en séance de psychomotricité comme un repère temporel, pour que le patient se situe dans la séance : rituel de début, rituel de présentation, rituel de fin… J'ai instauré un rituel avec Carole en début de chaque séance. Comme mise en corps, je lui demandais de se déplacer dans la salle pour se rendre disponible à la séance et aux sensations. C'était un moment libre, elle pouvait se déplacer comme elle le souhaitait, à la vitesse qui lui convenait, elle pouvait s'étirer, bailler, répondre à ses besoins du moment. À chaque séance, elle se déplaçait d'un bout à l'autre de la salle en faisant des allers-retours sans investir l'espace ni s'y déployer. Comment investir l'espace quand le corps n'est pas lui-même investi ? Et d'autant plus quand le lieu, la salle, l'institution ne s'y prêtent pas ? La construction de l'espace naît de l'engagement corporel.

Je pense que ce rituel était trop précoce pour Carole car trop libre, trop abstrait pour elle. Elle préfère se fondre dans l'institution, ne rien bousculer. Elle est sérieuse et ordonnée, elle évite toutes les situations nouvelles qui pourraient la déstabiliser[38]. Ainsi, d'après K. Goldstein[39] (1951), il y a une distinction entre les explorations abstraites – le mouvement désigne l'action et il est son propre support –

38 Cf. *Supra.* p. 74.
39 Cité par B. Lesage (2015, p. 37).

et les explorations concrètes où l'environnement est le support à l'action du sujet. Pour Carole, les explorations abstraites sont difficiles à mettre en œuvre, elle a une préférence pour les explorations concrètes, fonctionnelles, étayées par des supports. Tout comme les patients cérébro-lésés, elle a besoin de comprendre, elle recherche l'utilité de mes propositions, c'est un procédé de résistance, de protection car son corps garde en mémoire son accident. Je dois respecter ses résistances et lui proposer des appuis pour pouvoir les contourner.

Malgré mon étayage verbal, elle se déplaçait dans la salle comme dans la vie quotidienne. Elle ne prêtait pas attention à quoi que ce soit hormis son équilibre. Malgré la répétition de ce même rituel à chaque début de séance, je n'ai pas observé d'évolution. Ce type de rituel n'a pas fonctionné avec Carole, elle n'y a pas adhéré. Il faudrait peut-être que je le remplace par un échauffement guidé en début de séance comme préparation au travail sensoriel.

b) Le réveil sensoriel…

La respiration est un flux d'échange d'air entre le dedans et le dehors du corps mais elle peut être entravée par des tensions musculaires et donc par la sphère émotionnelle. Ce flux dynamique favorise l'apaisement, le rassemblement et le nourrissage. Il engage toute une dynamique musculaire et notamment le diaphragme. Un travail sur la respiration me semble important afin de redonner de la dynamique interne à l'ensemble des corps où la circulation est entravée, bloquée. Je pense qu'amener ce flux d'air dans des parties du corps où résident des tensions musculaires profondes permet de les inclure dans une dynamique corporelle globale et de les apaiser. La respiration est donc une des clés de la modulation tonique tout comme le poids du corps, les flux sensoriels, les images et le dialogue tonico-émotionnel qui viennent nourrir la vie psychique, selon B. Lesage (2012). Avec Michel, j'ai pris un temps pour qu'il se concentre sur les sensations internes lors de l'inspiration et l'expiration : la température de l'air, son trajet, les changements de forme de l'abdomen…

La respiration a été associée au schème de l'enroulement dans mes prises en charge avec Michel. Il s'agit donc de retrouver un sentiment de rassemblement et d'ancrage à travers la sollicitation de la chaîne antéro-médiane. Par ce schème, je

souhaitais que Michel se nourrisse de ses sensations afin de retrouver une intériorité corporelle, un noyau et sa propre identité. L'enroulement est lié « au remplissage, qui confère une sensation, une certitude d'exister, d'être là, indépendamment de l'action, et que l'on peut donc associer à un narcissisme fondamental » (Lesage, 2006, p. 49). L'enroulement est présent au cours de la vie : dans la cavité utérine, dans le portage du bébé, au moment de l'allaitement et lorsqu'il exprimera le besoin de se retrouver avec lui-même. Dans cette posture, le tonus s'abaisse et la dimension sensorielle est au premier plan.

Les percussions corporelles sont actives dans la prise de conscience et l'investissement corporel. Par des frappés et donc des schèmes moteurs, elles participent à l'intégration du schéma corporel et à une prise de conscience proprioceptive du corps à travers l'éveil sensoriel. Elles sont également la source de régulation tonico-émotionnelle. Elles peuvent s'effectuer peau contre peau, os contre os ou par l'intermédiaire d'un objet comme une balle de tennis. Cela crée des vibrations osseuses qui donnent cette sensation de volume et de globalité au corps.

À travers ces percussions corporelles, je souhaitais que Carole prenne un temps pour se concentrer autour de son corps sans le lier aux risques de chutes et aux troubles de l'équilibre. J'ai opté pour plusieurs expériences sensorielles, avec une balle de tennis ou bien en tapant des pieds contre le sol. Dans cette dernière, je souhaitais ajouter la dimension de stabilité, ses pieds étaient solides et ils la portaient malgré ses chutes à répétition. Avec Michel, lorsqu'il était allongé au sol, les rebonds de la balle de tennis sur son corps m'ont permis de prendre conscience de l'ampleur de ses troubles sensoriels.

La proprioception et l'extéroception sont « la base sensorielle du sentiment de continuité de vivre, et c'est sur eux que s'étaye les activités de représentation et de l'image » (Robert-Ouvray, 2010, p. 98). Ils sont le premier maillon de la chaîne de toutes les représentations mais aussi du mouvement, des déplacements, de l'investissement spatial et donc de l'investissement psychocorporel. Comment pallier aux déficits ou permettre l'intégration de toutes les sensations ?

c) ...Vers une tentative de verbalisation…

La verbalisation va permettre de symboliser le processus sensorimoteur vécu au cours de la séance et elle est le point final de l'intégration corporelle. Lorsqu'elle est entravée, d'autres médiateurs d'expression peuvent être utilisés : la peinture, la musique ou bien ma propre verbalisation.

Cette dernière a une place importante dans mes séances avec Carole et Michel car elle se base sur mes propres sensations, sur mes perceptions et donc sur mon corps, pour aider le patient à ressentir par lui-même ses propres sensations. Je ne leur impose pas mes propres ressentis, car ils sont subjectifs et personnels en fonction de mon histoire personnelle, mais je leur propose verbalement ce qu'ils peuvent ou non ressentir en leur présentant des alternatives auxquelles ils peuvent se raccrocher. J'essaye d'affiner pour les comprendre mais aussi pour qu'ils expriment leurs éprouvés. Il est évident que je ne peux pas me mettre à leur place et connaître leurs ressentis mais j'utilise mon corps, mes sensations et mes perceptions comme appuis pour essayer d'élaborer les leurs : mon corps comme soutien à l'élaboration.

Selon C. Potel (2015, p. 33), « en cas de vécus traumatiques, d'évènements traumatiques, c'est l'équilibre tout entier du sujet qui est chamboulé. La fonction pare-excitante qui a été introjectée à partir de la contenance maternelle est alors insuffisante pour calmer, organiser, structurer, protéger ».

Je retrouve cette faille chez Carole qui possède, d'un côté, des difficultés à verbaliser, et de l'autre, une grande désorganisation corporelle lors de stimulations auditives soudaines. J'essaye de pallier à ce défaut de fonction pare-excitante par ma verbalisation et par mon corps afin qu'elle se nourrisse de chaque sensation pour les transformer en perceptions et représentations. Par son engagement corporel et psychique, le psychomotricien est ainsi un appui et un miroir pour ses patients. Il trouve ses appuis dans son corps, ses émotions, ses connaissances, ses savoir-faire et ses savoir-être face aux difficultés qu'il peut rencontrer.

Contrairement à la mère qui est dans une préoccupation maternelle primaire, le thérapeute n'est pas dans une relation fusionnelle. Il est donc nécessaire de différencier ces deux positionnements.

Je propose ainsi l'eutonie non pas dans une démarche de détente mais de recherche de sensations, d'élaborations autour des ressentis, de conscience corporelle. Cependant, la détente peut être obtenue. L'avantage de cette technique est qu'elle est pragmatique en cherchant l'adaptation du tonus à l'environnement. Je trouve qu'elle s'inscrit bien dans la dynamique institutionnelle « fonctionnelle » tout en préservant cette écoute corporelle. Elle est donc un pont entre l'orientation de l'institution et ce que je souhaite amener, l'écoute du corps. Le psychomotricien semble adhérer à cette pratique. Va-t-il continuer dans cette dynamique en mon absence ?

d) … Et de repousser

Lorsque les appuis ont été expérimentés, un travail autour du repoussé me semble pertinent. Donner son poids à l'autre implique de la confiance dans la relation, mais aussi dans le corps grâce au support osseux. Cela peut évoquer chez le patient des souvenirs de ses premiers mois de vie avec le *Holding* et par conséquent développer des angoisses. J'ai proposé à Carole ce dispositif autour du poids contre le mur puis sur mon propre corps. Cela nous a engagé dans un travail de régulation tonique autour du support et d'être supporté.

Le repoussé, en réponse au poids, aux appuis et aux supports pour trouver une dynamique interne, un mouvement intérieur, vers un retour à la verticalité, à la subjectivité, à l'identité.

Dans le cadre de la psychomotricité, les approches corporelles mettent en jeu la motricité, la sensorialité, la symbolisation, l'expression, la conscience et la relation. Elles s'inscrivent dans un projet thérapeutique global où l'engagement corporel et psychique du patient et du thérapeute est au centre.

C) Lésions cérébrales et identité

J'ai évoqué à de nombreuses reprises l'atteinte de l'être de Carole et Michel. En effet, leur identité est bousculée à la suite de lésions cérébrales.

L'identité peut désigner à la fois, la similitude, la spécificité, mais aussi le « caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe » selon le Larousse (2009, p. 517). C'est cet aspect qui m'intéresse, la notion de processus dynamique régulé par

les échanges. Il existe une multitude de théories autour de l'identité que je n'évoquerai pas dans ce mémoire.
À cause de leurs troubles cognitifs, les sentiments d'identité et d'existence de Carole et Michel ont été atteints. Le rapport à soi est entravé tout comme le rapport aux autres. Est-ce que cela fait resurgir des fragilités narcissiques antérieures ? L'atteinte du sentiment d'identité est en lien avec la crainte de l'effondrement de D.W Winnicott (2002, p. 7) qui est « l'écho d'une effondrement du self unitaire vécu – éprouvé dans le passé ». Cela laisserait une trace, un vide psychique qui créerait des angoisses primitives.

Lorsque le sentiment d'identité et d'être est stable, les patients cérébro-lésés vont s'interroger sur leur rapport aux autres et à la société. Ils perdent leurs statuts professionnels et familiaux et se rattachent à l'identité des handicapés ou des cérébro-lésés. Je l'observe lorsque j'échange avec d'autres patients de l'institution. Beaucoup se définissent comme cérébro-lésés ou traumatisés crâniens. Ils disent qu'ils ne sont plus « comme avant », qu'ils ne se reconnaissent plus. Leurs visions d'eux-même est une entrave à leur projection dans le futur et cela peut participer à l'absence ou, du moins, à la perte d'initiative.
Cette perte de conscience de soi comme une personne à part entière, un sujet, un citoyen est à différencier de la dépression et de l'image du corps. En raison de l'anoxie et de l'Accident Vasculaire Cérébral de Carole et Michel, l'image du corps – image que chacun a de soi qui se construit et évolue dans la relation et les expériences psychocorporelles tout le long de la vie – est atteinte. Elle est « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles » (Dolto, 1984, p. 22) et « le support au narcissisme » (*Ibid.* p. 23).

Leur traumatisme neurologique a ainsi bousculé leur corps, leurs éprouvés, leur perception corporelle mais aussi leur vie affective. Ils se sentent démunis, seuls, incompris. Ce corps continue à les maintenir mais il les trahit. Ils n'ont plus confiance en lui alors, quand je leur propose des stimulations sensorielles, ils peuvent se demander s'ils ressentent bien ce qui est attendu. Effectivement, Carole recherche la bonne réponse quand je la questionne sur ses ressentis. Cela lui permet de confirmer si ce qu'elle ressent est conforme à ce qu'elle doit ressentir, comme si elle repartait à la conquête de son corps pour retrouver une certaine confiance.

CONCLUSION

L'utilisation de supports participe à l'étayage psychocorporel des patients, mais c'est aussi par le psychomotricien que cet étayage peut naître. Il est donc important de se construire en permanence, en tant que thérapeute, pour accueillir tout ce qui se joue dans les séances, et notamment les ressentis corporels et psychiques. Par sa posture, son empathie et sa bienveillance, le psychomotricien va participer à la reconstruction psychocorporelle des cérébro-lésés en rétablissant le lien entre le corps et la psyché. Leur corps serait alors vivant, pensé, prêt à recevoir et à intégrer des informations sensorielles, prêt à être réinvesti. La psychomotricité participe ainsi à la reconquête du narcissisme, de l'individualité et de l'identité des patients.

La notion d'étayage est au cœur du développement du bébé et du travail d'expressivité : la sensori-motricité, la perception des supports, le sentiment de contenance et de sécurité permettent l'émergence des schèmes moteurs et de la psyché qui vont pouvoir être partagés dans la relation et nourrit par l'aspect émotionnel.

Plus généralement, c'est la notion de poids qui est à l'origine du cheminement entre appuis – support – étayage. En donnant du poids de son corps à un support, l'individu, tout au long de sa vie, va pouvoir s'y appuyer pour s'y repousser dans une dynamique de construction psychocorporelle vivante, unifiée, stable, et inscrite dans la relation, une présence à soi et aux autres.

« C'est dans le mouvement continu entre expériences du corps et vie psychique que se construit non seulement l'enfant, mais l'adolescent ou l'adulte. Cet équilibre reste la condition essentielle pour qu'un individu quel qu'il soit reste vivant à lui-même et au monde tout au long de sa vie. L'unité " corps – psyché " est en constant remaniement dans un mouvement d'intégration des expériences de vie et ce, quelque que soit l'âge » (Potel, 2016).

GLOSSAIRE

Agnosies aperceptives : Impossibilité d'accéder à la structuration perceptive des informations (forme, intégrative, transformation).

Agnosies associatives : Incapacité de reconnaissance de l'objet avec intégrité des capacités de perception.

Agnosies visuo-spatiales : Trouble perceptif affectant le traitement des caractéristiques spatiales des stimuli visuels : négligence spatiale unilatérale et négligence motrice.

Akinetopsie : Déficit de perception du mouvement.

Amnésie Post Traumatique : Le patient est confus, désorienté, souffrant d'une amnésie rétrograde associée à une incapacité à enregistrer et à se rappeler de nouvelles informations.

Anévrisme : Dilatation des parois d'une artère formant une poche pleine de sang.

Apathie : Déficit persistant acquis de la motivation rapporté par le sujet lui-même ou par son entourage : manifestations comportementales, cognitives et émotionnelles.

Apragmatisme : Trouble d'origine psychique se traduisant par l'incapacité de réaliser une action.

Arrêt ventilatoire : Absence de flux d'air chaud, de bruits et de mouvements respiratoires.

Astéréognosie : Perte de la reconnaissance, par le toucher, de la forme et du volume d'un objet.

Cholestérol : Lipide circulant dans le sang indispensable au bon fonctionnement de l'organisme majoritairement fabriqué par le foie ou apporté par l'alimentation.

Coma : Absence de réponses aux stimuli externes et absence d'ouverture des yeux.

Diabète : Augmentation du taux de sucre dans le sang régulé par l'insuline, une hormone pancréatique.

Diplopie : Perception visuelle double d'un objet unique.

Dysarthrie : Trouble de l'articulation de la parole.

Dysphonie : Altération objective ou subjective du support sonore de la parole se traduisant par l'atteinte isolée ou combinée de la hauteur, de l'intensité et du timbre de la voix.

Dystonies : Contractions musculaires involontaires entraînant des mouvements répétitifs et des postures anormales.

Échelle de Coma de Glasgow : Elle mesure le risque vital : l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice.

Électroencéphalogramme : Enregistrement de l'activité électrique du cerveau grâce à des électrodes posées à la surface du crâne.

Embolie pulmonaire : Obstruction d'une artère pulmonaire généralement par un caillot de sang formé au cours d'une phlébite.

Encéphale : Il comprend le cerveau, le cervelet et le tronc cérébral.

Épilepsie : Maladie chronique du cerveau caractérisée par la survenue de crises d'épilepsies, une activité paroxystique et rapide d'une population plus ou moins étendue de neurones qui s'activent de manière totalement anarchique.

Escarre : Nécrose des tissus de la peau pouvant aller jusqu'à l'os, les tissus sont à vifs et douloureux.

Flux sensoriel : « Un flux se caractérise comme une émission continue et orientée de signaux qui atteignent les capteurs dont est doté l'organisme. Les mouvements du capteur ou de la source déterminent des variations de flux perçu » (Bulinger, 2015, p. 57).

Fonction miroir : Manière dont l'*infans* voit se refléter une image de ses états internes et de ses états émotionnels sur le visage de sa mère.

Hemianopsie : Perte ou diminution de la vue dans une moitié du champ visuel d'un œil, ou le plus souvent des deux yeux.

Hypertension artérielle : Pressions systoliques et diastoliques supérieures à 140/90 mmHg.

Hypertonie : Augmentation de la résistance du muscle à son allongement passif.

Hypoesthésie : Diminution de la sensibilité lors d'une stimulation.

Indice de Masse corporelle : Il est calculé en divisant le poids par la taille au carré.

Infarctus du myocarde : Crise cardiaque due à la mort de cellules du cœur à la suite d'un défaut de vascularisation et donc d'oxygénation de ces cellules.

Ischion : Partie postérieure et antérieure de l'os iliaque participant à la formation du bassin.

Labilité émotionnelle : Variabilité et instabilité de l'état émotionnel.

Ostéoporose : Fragilité diffuse des os due à une déminéralisation par raréfaction de la matrice protéique.

Paresthésie : Anomalie de la perception de sensations tactiles, thermiques, douloureuses ou vibratoires. Elle est souvent associée à des picotements ou à un engourdissement.

Perception : Ensemble d'activités, dont le rôle est la saisie de l'information susceptible d'être reçue par les organes sensoriels, et le traitement de cette information, aboutissant à une identification ou à une catégorisation.

Perte de connaissance : Perte permanente ou temporaire de l'aptitude à communiquer ou à réagir avec d'autres personnes ou avec l'environnement.

Plasticité cérébrale : Capacité du cerveau à remodeler ses connexions en fonction de l'environnement et des expériences vécues par l'individu.

Potentiels évoqués : Mesure de l'activité électrique cérébrale en condition de stimulations standardisées.

Préoccupation maternelle primaire : Selon D.W Winnicott (1956, p. 168-174), la mère est « capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité. »

Prosopagnosie : Impossibilité de perception ou de reconnaissance des visages.

Syncinésies : Mouvements involontaires dans une partie du corps quand ont lieu dans une autre partie du corps des mouvements volontaires, automatiques ou réflexes.

Système de pare-excitation : Selon Freud, système consistant à protéger l'organisme contre les excitations provenant du monde extérieur : la mère assure cette fonction vitale.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Adeline, A. & Scialom, P. (2015). Institutions. In A. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques* (pp. 159-164). Paris : Coédition de Boeck.

Ajuriaguerra, J. (2010). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce* (Volume 3). Paris, France : Éditions du Papyrus.

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (2è éd.). Paris, France : Dunod.

Bousser, M-G. (2016). *AVC : en réchapper et y échapper.* Paris, France : Le Muscadier.

Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques.* Paris, France : Dunod.

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars.* Tome 1. Toulouse, France : Erès.

Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars.* Tome 2. Toulouse, France : Erès.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Du seuil.

Duliège, D. (2002). *L'eutonie : Gerda Alexander.* Meschers, France *:* Bernet-Danilo.

Enjalbert, M., Thery, J-M., Benyahya, R., & Layre J-C. (2010). La prise en charge de l'anoxie cérébrale. In *Rééducation post-réanimation* (pp. 39-45). Issy les Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Lesage, B. (2006). *La danse dans le processus thérapeutique*. Toulouse, France : Erès.

Lesage, B. (2015). Approches corporelles transversales et intégratives. In A. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques* (pp. 22-59). Paris, France : Coédition de Boeck.

Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle.* Toulouse, France : Erès.

Lévy, F. (2014). *La psychanalyse avec Wilfred R. Bion*. Paris, France : Compagne-Première.

Loureiro, A. (2015). L'être en mouvement dans l'approche Laban – Bartenieff. In A. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques* (pp. 22-59). Paris, France : Coédition de Boeck.

Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel : une clinique psychothérapique du corps.* Toulouse, France : Erès.

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

Robert-Ouvray, S. (2010). *Intégration motrice et développement psychique.* Deuxième édition. Paris, France : Desclée De Brouwer.

Vasseur, R. & Delion, P. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans.* Toulouse, France : Erès.

Wallon, H. (1949). *Les origines du caractère chez l'enfant.* Sixième édition. Paris, France : PUF.

Winnicott, D.W. (2015). *Jeu et réalité*. Paris, France : Gallimard.

Le petit Larousse illustré. (2009). Paris, France : Larousse

Articles :

Commare, S., & Michel, A. (2014). Se remettre d' « Attaque » : récits cliniques et réflexions sur la prise en charge de l'adulte victime d'Accident Vasculaire Cérébral, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°182, 106-117.

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

Winnicott, D.W. (2002). La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, Revue française de psychanalyse, volume 66, 1325-1334.

Mémoire :

Loridan, M. (2018). *Corps institutionnel et psychomotricité, comprendre le tonus de l'institution médico-sociale ou sanitaire, analysée comme un corps*, Diplôme d'État de Psychomotricien, Sorbonne Université, Paris.

Cours :

Germain, F. (2016). *Cours d'anatomie descriptive*, Psychomotricité Première année, Sorbonne Université, Paris, France, non publié à ce jour.

Servant-Laval, A. (2017). *Cours d'anatomie fonctionnelle*, Psychomotricité Deuxième année, Sorbonne Université, Paris, France, non publié à ce jour.

Pijulet, A. (2019). *Cours optionnel de rythmes et percussions corporelles*, Psychomotricité Troisième année, Sorbonne Université, Paris, France, non publié à ce jour.

Potel, C. (2016). *Cours d'introduction aux médiations psychomotrices*, Psychomotricité Première année, Sorbonne Université, Paris, France, non publié à ce jour.

Iconographie :

Vérilhac C. (2017). *Merci Dina*. Retrieved from La Fabrique Narrative Web site : http://www.lafabriquenarrative.org/blog/conferences/merci-dina.html

ANNEXES

Les représentations corporelles de O. MOYANO

Prénom : Carole Date : 6 décembre 2018

a) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?
Carole : Le cœur.

b) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?
Carole : Les mains.

c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?
Carole : Les bras et les jambes.

d) On peut faire quoi avec son corps ?
Carole : Des étirements, masser, travailler l'équilibre.

e) Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)
Carole : Mes jambes car je ne tiens pas sur mes jambes. Les douleurs au bas du dos.

f) Qu'est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)
Carole : Rien.

g) Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?
Carole : Non.

h) Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?
Carole : Mes épaules et mes jambes car j'ai des cicatrices.

i) Où est la pensée à ton avis ? (si "dans le corps", Où exactement ?)
Carole : Dans la tête. Le corps c'est tout ce qui est en-dessous de la tête.

Les représentations corporelles de O. MOYANO

Prénom : Michel Date : 7 décembre 2019

a) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?
Michel : Le corps.

b) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?
Michel n'arrive pas à trouver les mots.

c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?
Michel : Les bras et les jambes.

d) On peut faire quoi avec son corps ?
Michel : Pas de réponse.

e) Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)
Carole : Le cœur, les artères, la tête.

f) Qu'est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)
Michel : Le bras et ma jambe droite.

g) Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?
Michel : Peut-être le cerveau.

h) Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?
Michel : Rien.

i) Où est la pensée à ton avis ? (si "dans le corps", Où exactement ?)
Michel : Dans la tête.

Liste des émotions

Apaisé	Triste	Sécurisé	Distrait
Abattu	Honteux	Soucieux	En retrait
Dépourvu	Paix	Épaté	Bouleversé
Démoralisé	Calme	Ému	Rêveur
Agacé	Déprimé	Concentré	Amusé
Serein	Désorienté	Frustré	Perdu
Posé	Scotché	Renfermé	Usé
Triste	Décontracté	Content	Troublé
Ouvert	Joyeux	Découragé	Enjoué
Malheureux	Énergie	Peine	Fatigué
Disponible	Perplexe	Anxieux	Absent
Secoué	Surexcité	Contrarié	Pessimiste
Méfiant	Furax	Angoissé	Étourdi
Fierté	Anxiété	Émerveillé	Peur
Sursaut	Curiosité	Amusement	Prudence
Adorer	Maussade	Satisfaction	Solitude

RÉSUMÉ

A travers ce mémoire, je démontre l'intérêt d'une prise en charge psychomotrice avec des patients cérébro-lésés – traumatisme crânien ou A.V.C –, dans une dynamique de reconstruction psychocorporelle. C'est au cours de mon stage que j'ai progressivement pris conscience à quel point cela manquait dans leurs suivis. La théorie autour de la naissance des appuis dans le développement du bébé et des différents appuis que possède le psychomotricien est venue éclairer ma clinique autour de la difficulté de prise de conscience du corps désorganisé et désuni due aux lésions neurologiques. J'ai ensuite tenté de démontrer le rôle des supports dans la prise en charge en psychomotricité et comment je les ai adaptés face aux contraintes auxquelles j'ai pu être confrontée. Ce mémoire montre comment le psychomotricien vient contribuer à l'étayage psychocorporel de ces patients et à la construction d'une subjectivité, d'une globalité du corps, à travers un travail autour des médiations thérapeutiques qu'il propose, mais aussi par son corps, son savoir-être et son savoir-faire.

Mots clés :

Accident Vasculaire Cérébral – Traumatisme crânien – Supports – Appuis – Étayage – Psychomotricité – Médiations – Contraintes.

SUMMARY

Through this dissertation, I show the interests of caring in a dynamic of psychological and physical reconstruction during a psychomotor therapy with patients brain-damaged – brain-injured or touched by a stroke. My internship made me aware that this dynamic lacked during their care. My clinic is clarified by the theory of the emergence of support in the baby's development and the different supports the therapist uses. I developed my clinic towards the complexity of physical awareness when the body has been disorganized and divided because of brain-damage. I have then tried to show the role of supports in psychomotor care and how I adapted them to react to obligations I have been confronted to. This dissertation enlightens how the therapist gives psychological and physical support to these patients and how he contributes to the building of subjectivity, a global consciousness of the body, through his work with mediations, with his body, but also with his skills and competences.

Keywords :
Stroke – Brain injury – Supports – Psychomotor support – psychomotor therapy – Mediation – Obligations