



HAL
open science

Quand “ je ” ne marche plus : de la perte à la reprise de la marche : les remaniements identitaires de la personne lésée

Marie Dussart

► **To cite this version:**

Marie Dussart. Quand “ je ” ne marche plus : de la perte à la reprise de la marche : les remaniements identitaires de la personne lésée. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02933497

HAL Id: dumas-02933497

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933497>

Submitted on 8 Sep 2020

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.

Médecine Sorbonne Université
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



Quand « je » ne marche plus

De la perte à la reprise de la marche : les remaniements identitaires de la personne lésée

Mémoire présenté par Marie DUSSART

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référentes de mémoire :

Catherine Collinot

Alice Baylot

Session Juin 2020

REMERCIEMENTS

Un immense merci...

À **Catherine**, pour sa bienveillance et sa disponibilité pendant ces deux années, mais aussi pour son écoute, son soutien, et ses précieux conseils.

À **Alice**, pour son accompagnement tout au long de mon stage, qui m'a permis de construire mon identité de future psychomotricienne.

À ma **Maman**, pour ses lectures minutieuses. Merci de m'avoir mise sur la voie de la psychomotricité.

À **Farida**, pour avoir éveillé mon intérêt pour ce sujet, et donné l'envie de l'explorer dans toute sa complexité. Mais surtout, pour m'avoir accordé sa confiance lors de chaque séance

À **Anne Vachez-Gatecel, Aude Valentin-Lefranc**, et toute **l'équipe pédagogique et administrative** qui se sont démenées pour nous permettre de passer nos examens et d'arriver jusqu'au diplôme malgré le contexte parfois difficile.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	6
--------------------------	----------

CHAPITRE 1 – PRESENTATION CLINIQUE

I. Présentation du terrain de stage	8
--	----------

A. Le plateau technique de réadaptation.....	8
---	----------

1. Présentation.....	8
2. L'espace	8
3. Le personnel.....	9
4. L'organisation.....	9

B. La position de stagiaire.....	9
---	----------

II. Présentation des cas cliniques.....	11
--	-----------

A. L'histoire de Farida.....	11
-------------------------------------	-----------

1. Anamnèse	11
2. Indication et projet de soin pluridisciplinaire	12
3. Première rencontre	13
4. Bilan psychomoteur.....	14
5. Projet thérapeutique	15
6. Entretien	16
7. Questionnements personnels.....	17

B. L'histoire de Sarah	18
-------------------------------------	-----------

1. Anamnèse	18
2. Indication et projet de soin pluridisciplinaire.....	19
3. Première rencontre	19
4. Bilan psychomoteur.....	20
5. Projet thérapeutique	21
6. Entretien	21
7. Questionnements personnels.....	23

CHAPITRE 2 – DISCUSSION CLINICO-THEORIQUE

I. L'identité.....	24
A. La conscience de soi	25
1. La subjectivation et l'émergence du Moi	25
2. La continuité d'existence	26
3. Le sentiment d'identité	27
B. Le corps vécu et représenté	27
1. Le corps vécu.....	27
2. Le corps représenté.....	28
3. Les représentations corporelles de Sarah et Farida.....	31
C. L'identité personnelle	32
1. Farida : une identité culturelle.....	34
2. Sarah : les bouleversements de l'adolescence	34
3. Le traumatisme de Farida	36
II. Physiologie et enjeux psychomoteurs des troubles de la marche	37
A. Le système locomoteur et la locomotion.....	38
1. Le squelette osseux et les articulations	39
2. Les fascias	42
3. Les muscles	42
4. Les atteintes de Farida au niveau locomoteur	44
B. La marche et le système nerveux	44
1. Le système nerveux sensoriel	44
2. Le système nerveux moteur	50
3. Les atteintes nerveuses de Sarah.....	52
C. La marche et ses enjeux moteur, psychique et relationnel	53

1. Le développement locomoteur de l'enfant.....53
2. Les composantes psychomotrices de la marche56
3. Enjeux et répercussions du handicap moteur63

III. L'intérêt de l'accompagnement psychomoteur dans le cadre de troubles de la marche.....66

A. La thérapie psychomotrice en service de rééducation..... 66

1. L'approche du corps en psychomotricité : corps propre et corporéité66
2. Les objectifs et moyens thérapeutiques de la psychomotricité en rééducation67

B. L'accompagnement psychomoteur de Sarah et Farida 69

1. Les outils du psychomotricien dans la relation.....69
2. La médiation thérapeutique72

Conclusion.....77

Bibliographie.....79

Annexes.....82

INTRODUCTION

En me rendant au service de Médecine Physique et de Réadaptation lors de mon premier jour de stage, j'ai rejoint le métro en marchant, je me suis faufilée entre les passants, j'ai descendu et monté plusieurs escaliers, accéléré ou ralenti mon rythme de marche et même évité des obstacles, le tout sans jamais prêter attention à la manière dont je marchais. Pour la plupart d'entre nous, la marche est une activité quotidienne à laquelle nous n'accordons que très peu d'intérêt. Elle nous permet de nous déplacer d'un point A à un point B de manière parfaitement automatisée. Elle est d'ailleurs tellement automatisée qu'il est parfois difficile de prendre conscience de chacune de ses étapes... jusqu'au jour où un événement vient altérer cette capacité à marcher.

J'ai rencontré lors de mon stage dans ce service de Rééducation de nombreux patients dont la marche est aujourd'hui la finalité de leur combat. Je me suis alors intéressée à la portée identitaire de la marche, induite par ses nombreuses composantes psychomotrices.

Dans quelle mesure la perte de la marche affecte-t-elle l'identité du sujet, et quels sont les processus de reconstruction identitaire traversés lors de la rééducation psychomotrice ?

Teintée par nos émotions, nos affects ou notre histoire par des biais toniques et expressifs, notre manière de marcher reflète notre personnalité et notre façon d'être. Elle organise notre rapport au monde, module notre relation à l'autre et structure nos interactions avec l'environnement. Sa perte bouleverse l'identité du sujet qui doit ainsi se reconstruire en même temps qu'il se rééduque.

Afin d'élaborer la question de la portée identitaire de la marche, de sa perte à sa rééducation, je me suis appuyée sur le contexte clinique de mon stage long, que je présenterai au sein du premier chapitre intitulé « Présentation clinique ». Celui-ci repose sur la description clinique de deux patientes ayant perdu la marche après une lésion traumatique, dont l'accompagnement psychomoteur m'a permis d'étayer mes observations.

C'est au sein du second chapitre que je discuterai les remaniements identitaires qui font suite à la perte motrice, et les pistes d'accompagnement psychomoteur vers une reconstruction de l'identité. Je m'appuierai ainsi sur des théories pluri- et transdisciplinaires, à la croisée des domaines de la physiologie, de la sociologie, de la psychologie, et surtout de la psychomotricité.

Je commencerai par présenter la notion d'identité, en revenant sur sa construction et ses prérequis pour mieux comprendre ses altérations possibles par la perte motrice. Je reviendrai lors de cette partie sur certaines spécificités identitaires qui, selon moi, marquent les deux patientes dans leur rééducation.

Puis, j'aborderai la marche d'un point de vue physiologique et fonctionnel pour introduire ses dynamiques psychomotrices individuelles, relationnelles, mais aussi sociétales. Cela nous permettra de comprendre par quels biais l'identité est touchée dans le cadre d'un déficit de la marche, mais également de formuler des hypothèses sur l'intérêt de l'accompagnement en psychomotricité.

Enfin, je terminerai par évoquer cet accompagnement en détaillant les différentes composantes et étapes afin d'élucider son intérêt pour une reconstruction de l'identité.

CHAPITRE 1 – PRESENTATION CLINIQUE

I. Présentation du terrain de stage

Mes deux premières années de stage et de cours magistraux en psychomotricité m'ont amenée à m'intéresser de plus près aux dynamiques psychocorporelles et identitaires des personnes avec atteintes somatiques et fonctionnelles graves. J'ai donc orienté mes recherches de stage vers les domaines de la rééducation et de la réadaptation. C'est ainsi que j'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage de troisième et dernière année dans un service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), à raison de deux jours par semaine, en région parisienne. Ces deux jours sur le même lieu de stage m'ont permis d'avoir une observation plus complète des suivis des patients en psychomotricité, et de m'impliquer davantage dans l'accompagnement de ces patients.

A. Le plateau technique de réadaptation

1. Présentation

Le service de MPR accueille des patients adultes avec des atteintes de l'appareil locomoteur de diverses origines. On retrouve au sein du service des patients polytraumatisés à la suite d'accidents de la voie publique, d'accidents de travail ou de chutes, des patients dits « polytraumatisés psychiatriques » dont l'accident est lié à un trouble psychiatrique, mais aussi des patients souffrant de pathologies neurologiques, comme la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques, de tumeurs au niveau du système nerveux, ou d'autres syndromes et maladies rares affectant l'appareil locomoteur.

2. L'espace

Le plateau technique de Soins de Suite et de Réadaptation (SRR) regroupe les services de MPR, de gériatrie et de rééducation cardiaque et vasculaire. Il est situé au sous-sol d'un hôpital relativement moderne. Il présente un large couloir, bordé de barres, où l'on peut rencontrer

de nombreux patients en séance de kinésithérapie, et d'autres patients en attente de leur séance devant les salles de rééducation. On peut aussi y croiser de nombreux professionnels qui circulent : brancardiers, médecins et agents techniques, rendant l'espace très dynamique et propice aux rencontres et interactions entre patients et collègues.

3. Le personnel

Le plateau technique de SSR compte 56 rééducateurs, 11 brancardiers, 2 cadres et 1 cadre supérieur. Le service de MPR compte plus spécifiquement 13 masseurs-kinésithérapeutes, 1 psychomotricienne, 3 ergothérapeutes, 1 orthophoniste, 1 diététicienne, 1 enseignante en Activité Physique Adaptée (APA), 1 pédicure-podologue et 2 brancardiers. Le personnel est donc nombreux au niveau du plateau technique et les prises en charge en psychomotricité nécessitent de s'organiser avec les autres rééducateurs.

4. L'organisation

Le service de MPR accueille des patients hospitalisés dans l'établissement et d'autres en accueil de jour dit HDJ¹. Les patients hospitalisés sur place viennent seuls depuis leur chambre ou accompagnés par le service de brancardage. La psychomotricienne fait le choix d'aller chercher elle-même ses patients en chambre quand ils ne peuvent pas se rendre seuls en séance. Les patients en HDJ quant à eux, viennent de leur domicile seuls ou en VSL², sur une demi-journée ou sur une journée complète, 2 à 5 jours par semaine. Les différents intervenants s'organisent entre eux pour accueillir les patients et faire coïncider les emplois du temps de chacun, ils effectuent leurs transmissions sur des temps informels.

B. La position de stagiaire

Il a été convenu avec ma maître de stage que je fasse auparavant un stage court au sein du plateau technique, afin de m'assurer de mon intérêt pour la psychomotricité en service de MPR et confirmer mon choix de ce terrain de stage. J'ai donc effectué une première semaine de stage en juin, avant de m'y rendre de manière hebdomadaire en septembre. La position de

¹ Hôpital de jour

² Véhicule sanitaire léger

stagiaire n'étant pas la même dans les stages courts et longs, je vais différencier ces deux expériences de stage.

En arrivant comme stagiaire pour une seule semaine, j'ai eu le sentiment de n'être que de passage, une stagiaire parmi tous les autres qui défilent, peu considérée par les nombreux professionnels que compte le plateau, d'autant plus que le cadre hospitalier rend l'atmosphère assez impersonnelle.

Ma maître de stage m'a rapidement intégrée et rendue légitime auprès des patients en accordant une vraie place à mes interventions ainsi qu'en me permettant de faire des bilans et des séances dès la première semaine, après un temps d'observation. Au début très impressionnée par ce que je considère être de réelles responsabilités, j'ai rapidement pris goût à cette part active du stage : c'est ce dont j'avais besoin pour me sentir légitime et pour me préparer à l'autonomie qu'annonce l'obtention du diplôme en fin d'année.

C'est au cours de cette première semaine que j'ai fait la rencontre des deux personnes que j'ai choisi de présenter dans ma partie clinique. J'ai aussi rencontré de nombreux autres patients, chacun avec des parcours de vie impressionnants, parfois tragiques, d'autres fois porteurs d'espoir. J'ai découvert plus tard au cours de la troisième année que ce que j'avais ressenti à l'écoute de leur récit pouvait relever de la fascination. Beaucoup d'entre eux ont frôlé la mort, volontairement ou non, ce qui a provoqué en moi des sentiments étranges entre curiosité, empathie et compassion. J'ai pu, avec le recul des vacances estivales et à travers différentes lectures, mettre un nom sur cette expérience : le contre-transfert. En psychanalyse, le contre-transfert est défini comme un mouvement affectif du soignant envers le patient en relation avec son propre vécu infantile. Selon S. Tracy, ce contre-transfert serait « un accueil du transfert du patient, notamment à partir des sentiments et des émotions qu'il génère chez le psychothérapeute. Il est aussi ce que le psychothérapeute éprouve et imagine dans son monde intérieur en réaction au transfert » (S. Tracy, 2016, p.24.).

J'étais donc préparée au fait que ce stage au sein de cette structure m'obligerait à faire un véritable travail d'introspection et d'auto-analyse, pour prendre conscience de ce qui allait se jouer au cours des séances et pour adapter au mieux ma position. C'était un défi qui m'attirait énormément, au-delà des problématiques omniprésentes d'identité et de reconstruction que j'aspirais à approfondir au cours de ce stage et qui, elles aussi, seraient le fruit de processus

de transfert/contre-transfert. De plus, le domaine de la rééducation impose une relative compréhension du corps humain, d'un point de vue nerveux et ostéo-musculaire, que j'ai toujours eu envie d'acquérir. C'est ainsi que j'ai décidé avec la psychomotricienne de poursuivre ce stage au cours de ma dernière année, du mois de septembre 2019 à avril 2020.

Lors du début de mon stage long, j'ai été accueillie dès mon arrivée par la cadre du service de rééducation, qui m'a présenté l'ensemble du service de manière plus officielle. J'ai également eu un entretien avec elle, au cours duquel j'ai pu présenter mes objectifs de stage et discuter de mes ressentis : éventuelle appréhension, premières impressions, etc. J'ai eu une tenue de soignant à ma disposition et un badge en bonne et due forme. Bien que cela paraisse secondaire, je me suis sentie légitime dans ma place de stagiaire parmi les autres professionnels et au regard des patients, ce qui, je pense, a influencé ma position vis-à-vis d'eux et donc modifié mon vécu et mon observation.

J'ai retrouvé certains patients que j'avais déjà rencontrés en juin et nous avons mis en place avec la psychomotricienne un fonctionnement alternant observation, supervision de séances et autonomie. Dès le premier mois de stage, je me suis intéressée à la question des modifications de l'identité après un traumatisme et de leur évolution au cours de la réadaptation. J'étais donc attentive à ces composantes dès les premières semaines.

II. Présentation des cas cliniques

Pour garantir l'anonymat des patientes auxquelles je me réfère dans cette partie, leur prénom a été modifié.

A. L'histoire de Farida

1. Anamnèse

Farida est une dame âgée de 55 ans. Elle mesure environ 1,65m et se déplace en fauteuil roulant. Ses cheveux bruns grisonnants sont tous les jours attachés en chignon. Elle ne porte pas de maquillage et s'habille généralement avec un survêtement trop ample pour elle. Née au Maroc, elle est arrivée en France à l'âge de 23 ans et vit désormais en Île-de-France avec

son mari. Farida a deux grands enfants qui ne vivent plus au domicile familial. Elle est agent de service dans la restauration en milieu hospitalier. Elle peine parfois à s'exprimer et à se faire comprendre en français.

Farida a été victime d'un accident de la voie publique en avril 2019 : elle a été renversée par une voiture en traversant sur un passage piéton, alors qu'elle se rendait au travail. Elle a été admise en juin en hospitalisation complète en rééducation. L'accident a causé de nombreuses fractures au niveau de la partie gauche du rachis lombaire, du pied gauche et des os iliaques, plus précisément au niveau des branches ilio- et ischio-pubiennes. Au niveau du membre inférieur droit, elle présente à son arrivée un hématome musculaire, sans autre trouble ni fracture, mais qui la rend algique. Six semaines d'alitement strict lui ont été prescrites, du fait de ses fractures au niveau du bassin. Farida présente un syndrome de stress post-traumatique avec une anxiété importante : reviviscences et flashbacks (images de voiture), hypervigilance et conduites d'évitement. Elle présente également, lors de son entrée dans le service, des sensations de mort imminente.

En septembre, avec l'aide du suivi psychologique et des médicaments, l'anxiété, les flashbacks et les reviviscences ont diminué. Malgré la soudure des fractures, Farida présente toujours des douleurs dans le pied gauche qui remontent dans la jambe, ainsi que des douleurs qu'elle situe au niveau du sacrum et qui ne correspondent à aucune région anatomique cohérente selon les médecins. Toujours selon eux, les causes de ces douleurs sont somatoformes³. Au début du mois d'octobre, Farida est passée d'une hospitalisation complète à un accueil de jour. Elle exprime toujours des angoisses et des difficultés à rester seule. Les trajets en ambulance sont une source d'anxiété pour elle.

2. Indication et projet de soin pluridisciplinaire

Farida est entrée dans le service de MPR en juin 2019. Lors de son entrée, des séances de kinésithérapie quotidiennes, ainsi qu'un suivi psychomoteur et un accompagnement par une psychologue lui ont été prescrits. L'objectif de sa rééducation est qu'elle récupère une autonomie maximale dans sa vie quotidienne, des capacités motrices dont une marche fonctionnelle, mais aussi qu'elle retrouve une stabilité émotionnelle.

³ Un trouble somatoforme désigne l'expression somatique d'une situation mentale.

Le suivi psychologique lui permet de travailler sur son anxiété, sur son syndrome de stress post-traumatique, ainsi que sur sa confiance en elle. En kinésithérapie, un travail long et progressif de verticalisation a été entrepris, dans un intérêt surtout physiologique, qui sera expliqué ultérieurement dans ce mémoire. Une fois la verticalisation acquise et l'appui de la jambe récupéré, le travail s'est porté sur la rééducation fonctionnelle de la marche par des exercices de renforcement musculaire, d'équilibres statique et dynamique et de déroulement du pas. L'indication en psychomotricité, quant à elle, porte sur les troubles de l'équilibre, une peur de tomber, mais également sur une inhibition psychomotrice et des troubles émotionnels. Le bilan psychomoteur et l'entretien permettront de mieux appréhender les problématiques psychomotrices de Farida et d'orienter le projet thérapeutique.

3. Première rencontre

J'ai pu rencontrer Farida lors de ma première semaine de stage en juin 2019. C'était également sa première rencontre avec la psychomotricienne, j'ai donc pu assister à son bilan. Farida étant alitée, nous étions installées, la psychomotricienne, une deuxième stagiaire et moi, dans une salle de kinésithérapie pouvant accueillir son lit. Deux kinésithérapeutes et trois autres patients se trouvaient également dans la salle, l'intimité était donc limitée.

L'entretien a suivi la trame habituelle des bilans⁴ et les questions à propos des raisons de son hospitalisation, de sa mobilité et de son moral se sont succédé. C'est avec les larmes aux yeux que Farida a pu évoquer les circonstances de son accident, qu'elle a malgré tout raconté en détail. Elle se rappelle avoir « traversé la route pour aller travailler », avoir vu « une voiture foncer » sur elle puis avoir « crié » et que « la voiture n'a pas freiné ». Farida explique : « Mes pieds ont frappé sur le capot et je suis tombée sur le côté au sol, j'ai senti la voiture rouler sur mon pied gauche ». Puis, elle ajoute : « je me suis vue mourir ».

Farida nous confie dès ce premier entretien ne plus accepter son corps : « ce n'est plus moi », puis en montrant la partie inférieure « cette partie ce n'est pas moi ». Elle ajoute être : « comme quelqu'un qui est mort : je ne bouge pas, je ne fais rien, je suis morte mais je suis vivante ». Elle déplore son manque d'autonomie, elle décrit « ne plus aimer faire de choses »

⁴ Cf : Documents annexes

et « ne plus avoir l'envie ». Au niveau des douleurs, elle décrit des décharges électriques dans le bassin et à l'arrière de la jambe, des brûlures et des paresthésies⁵ au niveau du pied gauche.

Farida refuse catégoriquement de se dessiner lorsque la psychomotricienne lui en fait la proposition pendant ce premier entretien, elle explique ne pas s'en sentir capable. Ce refus pose la question de la difficulté de se retrouver confrontée à de nouvelles représentations de son corps, mais aussi la question d'une identité fragilisée.

Ce premier entretien fût particulièrement intense et déstabilisant pour moi, en raison des émotions qui ont envahi la patiente. La confrontation à ses émotions a été difficile. Je ne suis pas parvenue à mettre une distance qui aurait pourtant été nécessaire. Je me pose également la question d'une certaine fascination face à cet accident qui a eu, chez Farida, de lourdes conséquences. Je m'interroge sur le contre-transfert qui a eu lieu lors de cette rencontre et qui continue d'animer mon intérêt pour cette patiente.

4. [Bilan psychomoteur](#)

Bien que j'aie rencontré Farida pour son premier entretien en juin 2019, le bilan psychomoteur portera essentiellement sur les observations faites au cours des premières séances de septembre 2019 car c'est à cette période que mon implication active dans son accompagnement psychomoteur a débuté.

La patiente se déplace en fauteuil roulant. Au niveau de sa mobilité et de ses équilibres, elle réalise seule ses transferts en push-up⁶, se verticalise avec des cannes anglaises et marche entre les barres parallèles. Elle présente une asymétrie dans le déroulement du pied. Une vive douleur plantaire au toucher et à l'appui l'empêche de dérouler son pas gauche. Entre les barres et avec les cannes, elle a une marche lente et se penche en avant, le regard rivé sur ses pieds. Lors de la verticalisation, elle présente une légère rétropulsion⁷ due à l'appréhension qu'elle ressent. Les séances de balnéothérapie m'ont permis d'observer une fragilité de l'équilibre bipodal, majorée en unipodal et les yeux fermés.

⁵ Les paresthésies sont un trouble des perceptions tactiles, thermiques, vibratoires ou douloureuses se traduisant par des sensations anormales.

⁶ Le transfert en push-up consiste à se hisser d'une surface à une autre avec l'aide de l'appui des mains.

⁷ La rétropulsion est la projection du poids du corps vers l'arrière.

L'examen du tonus révèle une hypertonie de fond. On note une absence totale de ballant au niveau du membre inférieur gauche et un ballant léger du côté droit. Au niveau des membres supérieurs, on note une hypertonie majorée à droite, son côté dominant.

Farida exprime de vives douleurs du sacrum jusqu'à la voûte plantaire droite. Ces douleurs apparaissent surtout lorsqu'elle se mobilise mais aussi lors des mobilisations passives, entravant fortement l'amplitude de ses mouvements.

Le dessin de soi lui a été de nouveau proposé, au milieu du mois d'octobre, en précisant qu'il s'agit de se représenter telle qu'elle se voit⁸. Farida se représente au centre de la feuille, debout et de face, sur vingt centimètres de hauteur, en commençant par la tête. Elle se représente d'abord uniquement en bonhomme bâton, puis elle retravaille les pieds en deux dimensions ainsi que le tronc. Les représentations corporelles de Farida semblent particulièrement altérées. Elle exprime une forte dépréciation de son corps, et une méconnaissance de ses différentes parties.

En conclusion, Farida présente une forte anxiété couplée à un défaut de régulation tonico-émotionnelle. Elle souffre d'importantes douleurs qui diminuent ses capacités motrices et son aisance corporelle. Ces douleurs ainsi que sa perte fonctionnelle altèrent son estime d'elle-même et la représentation qu'elle se fait de son corps, abimé et désunifié.

5. Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique établi pour Farida a pour objectif, dans un premier temps d'affiner sa connaissance du schéma corporel, sa conscience corporelle dans le mouvement et de lui permettre de parvenir à une régulation tonico-émotionnelle. Dans un deuxième temps, il s'agira de travailler l'exploration des capacités motrices et l'aisance corporelle. Sur du plus long terme, l'objectif est de permettre à Farida de se réapproprier son corps en prenant conscience de son intégrité corporelle et de ses possibilités motrices afin de le réinvestir.

Il s'agira également de travailler sur la sensorialité pour parvenir à se décentrer de ses douleurs et à réinvestir une sensorialité autre que douloureuse.

⁸ Cf : Documents annexes

6. Entretien

Dans le cadre de ce mémoire et pour m'aider à mieux définir les problématiques liées à la perte de la marche, j'ai souhaité réaliser un questionnaire destiné aux patients l'ayant perdue lors d'un accident ou après une maladie. Pendant une séance que je menais et dans laquelle la psychomotricienne était en retrait, j'ai proposé à Farida de répondre à plusieurs questions. Il me paraît important de retranscrire cet entretien au cours de cette présentation clinique, car il est révélateur de ses ressentis. Voici donc la retranscription de cet entretien réalisé en octobre 2019.

« - Que pensiez-vous de votre corps avant l'accident ?

- Avant l'accident, j'étais bien dans mon corps. J'étais très active et indépendante. J'aimais mon corps.

- Que pensez-vous de votre corps depuis l'accident ?

- Depuis l'accident j'ai plus le même corps, il a beaucoup changé. Ma posture est courbée, et je fais beaucoup moins de choses. Maintenant, il me dérange. Je l'aime toujours, mais il me dérange car il ne me permet plus de faire les mêmes choses qu'avant.

- Pensez-vous être la même personne qu'avant l'accident, au niveau de votre personnalité, de votre manière d'être et de voir la vie ?

- Je ne suis pas comme avant car je ne suis plus autonome, plus depuis l'accident. J'essaie de me cacher des gens et je déteste les croiser. La vie est moins belle qu'avant.

- Etes-vous inquiète du regard des autres, aussi bien dans la rue, que dans votre entourage ?

- Le regard des gens a changé, je sens de la pitié dans leurs yeux. Ils veulent aider et c'est gentil mais c'est bizarre. Avant, c'est moi qui aidais les autres. J'ai honte de moi-même, même si le regard des gens est bienveillant, ils me perçoivent comme amoindrie. Les gens pensent que je suis condamnée, j'entends ce qu'ils disent de moi, ça ne me plaît pas. À cause de la religion ils pensent que c'est Dieu qui me punit, mais moi je n'ai rien fait pour mériter ça, je n'ai rien voulu, j'ai toujours essayé de faire les choses bien. C'est injuste, ça aurait pu arriver à tout le monde, c'est très dur pour moi. Du coup, j'ai envie de me mettre debout, et d'aller les voir pour le montrer.

- Comment décririez-vous le soutien de vos proches pendant la rééducation ?

- Les voisins, mon mari et mes filles sont très bien, ils m'aident pour avancer. Mais certains jugent et pensent que dieu me condamne parce que j'ai fait du mal, quand c'est la famille qui dit ça, c'est encore plus dur à supporter, ça me fait très mal.

- Comment vous sentez- vous dans votre corps actuellement ?

- Je ne suis pas très coquette, je suis simple et je fais au plus pratique, je ne mets plus de bijoux depuis l'accident. Mes cheveux sont devenus blancs et sont tombés, c'est un complexe. Je ne regarde plus mon corps dans le miroir parce que c'est trop dur pour moi. Parfois, les progrès me motivent dans la rééducation, mais la douleur est un frein. »

Cet entretien permet de comprendre comment Farida appréhende son corps. Si elle affirme toujours l'aimer, elle le déprécie parce qu'il ne lui permet plus d'agir sur le monde comme il le lui permettait avant l'accident. Dans chaque réponse, on retrouve la notion de perte d'autonomie qui semble prédominante dans l'estime qu'elle a d'elle-même et notamment du regard que l'autre peut porter sur ce manque d'autonomie. On retrouve également des références à la religion qui semblent accentuer certaines de ses représentations, notamment sur l'individualité du sujet qui dépend, pour elle, en grande partie de ses capacités fonctionnelles.

7. Questionnements personnels

Au travers des séances avec Farida, j'ai eu le sentiment qu'elle comparait souvent sa vie actuelle avec celle d'avant l'accident, toujours avec cette impression que sa personne dépend de sa mobilité, de son autonomie, de sa manière d'agir sur le monde et que depuis son accident, en ayant perdu tout cela, elle n'est plus la même. Je me suis alors interrogée sur les liens entre marche et individualité, et sur la portée de la rééducation psychomotrice sur l'identité du sujet. Quels peuvent être les conséquences de cette perte, au niveau identitaire, dans l'être au monde⁹ ? Enfin, comment l'accompagnement psychomoteur peut-il permettre d'étayer les remaniements identitaires de Farida vers une reconstruction de son identité ?

⁹ L'être au monde est une expression utilisée par Merleau-Ponty pour désigner le corps vécu et habité dans la dimension moniste.

B. L'histoire de Sarah

1. Anamnèse

Sarah est une jeune adolescente de 16 ans. Elle mesure environ 1,75m et se déplace en fauteuil roulant. Elle porte des lunettes et a de longs cheveux bruns toujours bien coiffés. Elle prête une grande attention à la manière dont elle s'habille et porte de nombreux bijoux. Elle est scolarisée en classe de seconde générale dans un lycée accueillant d'autres jeunes présentant un handicap moteur et bénéficie en supplément d'un accompagnement ULIS¹⁰. Elle vit avec sa mère et sa petite sœur dans un appartement hôtel en banlieue parisienne. Elle est originaire d'Algérie et est arrivée en France à l'âge de 12 ans avec sa mère, pour être opérée à l'hôpital Necker. Son père, militaire haut gradé, vit toujours en Algérie et vient parfois en France les retrouver. Elle parle couramment français.

Sarah est admise en rééducation en hôpital de jour en janvier 2019 pour une paraplégie. Elle présentait déjà une importante scoliose lorsqu'on lui a découvert à l'âge de 12 ans une tumeur intra-médullaire entraînant une perte de mobilité des membres inférieurs. Une première exérèse¹¹ de la tumeur a été réalisée en mars 2016, puis une deuxième en novembre 2017. La deuxième opération a également consisté en la mise en place d'une arthrodèse¹² des vertèbres C5 à L2.

Deux jours après l'opération, alors que Sarah devait retrouver la marche, elle a perçu un déficit sensitif au niveau de l'hémicorps droit. Des examens ont révélé la trajectoire menaçante d'une des vis de l'arthrodèse et un épanchement du liquide céphalo-rachidien (LCR). Une troisième opération a été réalisée en novembre 2017 pour extraire cette vis. Une quatrième opération a été réalisée en décembre 2017 après la persistance de l'épanchement du LCR. Sarah, alors âgée de 14 ans, souffre en post-opératoire d'une tétraparésie, c'est-à-dire une diminution des possibilités de contraction musculaire dominante au niveau des membres inférieurs et majorée à droite.

¹⁰ L'Unité localisée pour l'inclusion scolaire est un dispositif permettant l'inclusion d'enfant en situation de handicap en milieu scolaire ordinaire

¹¹ L'exérèse est une intervention chirurgicale consistant à retirer un élément inutile ou nuisible de l'organisme.

¹² L'arthrodèse consiste à souder plusieurs vertèbres entre elles grâce à du matériel mécanique.

Lors de son entrée en HDJ, Sarah avait entièrement récupéré la motricité et la sensibilité de ses membres supérieurs. En revanche, le contrôle de ses membres inférieurs, ainsi que leur sensibilité restaient limités.

2. Indication et projet de soin pluridisciplinaire

Sarah est entrée en hôpital de jour dans le service de MPR en début d'année 2019. Des séances de kinésithérapie, d'ergothérapie et de psychomotricité lui ont été prescrites afin de lui permettre de récupérer un maximum de ses capacités fonctionnelles, dont une marche plus efficiente et une plus grande autonomie dans la vie quotidienne.

En séance de kinésithérapie, à raison de trois fois par semaine, Sarah travaille sur la récupération fonctionnelle de la motricité des membres inférieurs, à travers des exercices de renforcement musculaire et d'exécution motrice. L'ergothérapeute voit Sarah une fois par semaine pour travailler ses équilibres statiques. Il s'occupe également d'apporter des aides techniques adaptées qui lui permettent de réadapter son quotidien : déambulateur, fauteuil roulant et attelles releveur de pied¹³. Quant à la psychomotricité, elle a été indiquée par les médecins pour limiter l'appréhension lors la verticalisation, mais aussi pour un travail sur les troubles de l'équilibre dynamique, ainsi que sur ses troubles de la sensorialité. La première rencontre et le bilan psychomoteur de Sarah permettront de rendre compte de ses difficultés psychomotrices et d'ajuster son projet thérapeutique autour d'axes adaptés à ses difficultés.

3. Première rencontre

C'est lors de ma première semaine de stage court que j'ai rencontré Sarah. La prise en soin en psychomotricité consiste en de la marche dans les couloirs de l'hôpital et en des séances de balnéothérapie. L'objectif est d'étayer Sarah psychocorporellement dans la prise de confiance en son corps, dans le cadre d'une forte appréhension et d'un manque de confiance en ses capacités motrices. Sarah et la psychomotricienne entretiennent une grande complicité et ont développé des réelles habitudes de travail.

¹³ Cf : Documents annexes

J'ai surtout gardé une posture d'observatrice tout au long de cette première séance, tout en me rendant utile d'un point de vue technique : pousser le fauteuil, maintenir Sarah par le bassin quand c'était nécessaire.

J'ai rapidement été à l'aise avec elle, malgré une légère appréhension de ma part par rapport à la faible différence d'âge qui pouvait perturber la distance thérapeutique. L'âge n'a finalement pas altéré ma posture thérapeutique vis-à-vis d'elle, et à juste titre permis de faciliter la relation.

4. [Bilan psychomoteur](#)

Comme pour Farida, le bilan psychomoteur de Sarah porte sur les observations cliniques faites en début de stage long en septembre 2019, la prise en charge avait alors commencé depuis huit mois.

Au niveau de sa mobilité, Sarah se déplace quotidiennement en fauteuil roulant. Elle réalise seule ses transferts en push-up glissés. Assise, elle se tient droite. Elle marche avec des cannes anglaises durant les séances de psychomotricité et parfois entre les barres parallèles en séances de kinésithérapie. On note une forte spasticité¹⁴ au niveau des membres inférieurs, lui permettant de tenir debout en équilibre avec l'aide des bras. Sa marche est saccadée et son tronc fléchi vers l'avant. La marche est globalement lente et Sarah exprime une grande fatigabilité après trente mètres de marche. L'équilibre bipodal reste fragile avec les cannes.

Les séances de balnéothérapie permettent d'observer que, dans l'eau, Sarah se déplace sans les cannes avec un appui des mains de la psychomotricienne sur son bassin, l'équilibre reste relativement précaire même si on note une disparition de l'appréhension.

Sarah présente un trouble de la sensibilité avec une anesthésie entre le bas de sa poitrine et son bassin et une hypoesthésie jusqu'à ses pieds, majorée sur sa jambe droite. Elle ressent cependant les pressions lorsqu'elles sont appuyées.

¹⁴ La spasticité est un trouble moteur caractérisé par des contractures involontaires et se traduisant par une rigidité des membres.

Elle présente une très bonne connaissance de son schéma corporel. Dans le dessin de soi, Sarah se représente debout, de face au centre de la feuille, sur une vingtaine de centimètres de hauteur. De nombreux détails figurent sur son dessin. Elle se représente avec un bassin élargi. Elle présente une bonne image de son corps, et valorise d'ailleurs ses hanches en précisant que c'était un complexe qu'elle a fini par accepter.

En conclusion, Sarah présente des équilibres statiques et dynamiques très précaires, et des troubles sensitifs prononcés à partir du milieu du dos jusqu'aux jambes. C'est une jeune adolescente très souriante qui fait très peu part de ses difficultés ou de ses inquiétudes vis-à-vis de son handicap, elle semble être dans le contrôle de ses émotions.

5. [Projet thérapeutique](#)

L'accompagnement psychomoteur établi par la psychomotricienne pour Sarah a pour objectif dans un premier temps de lui permettre de retrouver confiance en ses équilibres statiques et dynamiques, ainsi que de l'accompagner dans les perceptions sensitives de son corps.

Il s'agit aussi, dans un deuxième temps, d'étayer Sarah dans les remaniements psychocorporels qu'elle pourra rencontrer durant sa rééducation par l'établissement d'une relation thérapeutique structurante.

6. [Entretien](#)

Comme pour Farida, j'ai souhaité poser plusieurs questions à Sarah à propos de son handicap moteur et de son ressenti par rapport à celui-ci. Par ailleurs, et bien qu'elle l'évoque très peu d'elle-même, Sarah présente une grande capacité d'élaboration et de verbalisation à propos de sa paraplégie. Elle répond avec le sourire à toutes les questions posées. J'ai tenu une nouvelle fois à faire figurer cet entretien dans sa présentation clinique, parce que ce moment a été le seul dans la prise en charge où elle évoque son rapport à son handicap et parce que ses réponses m'ont beaucoup interpellée. Voici la retranscription de cet entretien.

« - Que pensiez-vous de votre corps avant l'accident ?

- Je m'en foutais un peu parce que j'avais un corps normal, j'ai commencé à y faire attention à 14 ans, car mes hanches me complexaient, je les trouvais trop grosses.

Que pensez-vous de votre corps depuis l'accident ?

- Je l'aime encore plus qu'avant, j'ai appris à aimer mes hanches, je préfère ça que les filles maigres, je trouve que c'est plus beau. J'ai envie de me mettre debout pour pouvoir les montrer. Des fois, j'aimerais être à la place des filles qui sont valides.

- Pensez-vous être la même personne qu'avant l'accident, au niveau de votre personnalité, de votre manière d'être et de voir la vie ?

- Je trouve que j'ai développé une meilleure empathie. Je comprends mieux les gens qui ont un handicap et même les gens en général.

- Êtes-vous inquiète du regard des autres, aussi bien dans la rue, que dans votre entourage ?

- J'ai l'habitude maintenant de voir que leur regard est différent, je vois bien qu'ils se posent des questions. Quand c'est des inconnus je m'en fous, mais des fois, leur curiosité me dérange.

- Pensez-vous que leur considération pour vous a changé ?

- Je me dis que maintenant les gens m'aiment pour ce que je suis vraiment, pour ma personnalité, et c'est mieux.

- Avez-vous envisagé de mettre fin à vos jours depuis l'accident ?

- J'y ai déjà pensé parce que j'en avais marre d'être fatiguée, de pleurer tout le temps, du regard des autres qui était différent, mais je n'ai jamais essayé de le faire parce que je me suis rendu compte que j'allais bien par rapport à d'autres.

- Comment décririez-vous le soutien de vos proches pendant la rééducation ?

- Leur soutien est énorme. Ils me félicitent et m'encouragent, c'est motivant. En plus, ils s'impliquent, ils me demandent comment se passe la rééducation et des fois ils veulent même m'aider et faire des séances ! Ils poussent mon fauteuil et l'essaient, c'est marrant de les voir galérer.

- Comment vous sentez-vous dans votre corps actuellement ?

- Je me sens bien dans mon corps et je suis très fière de mon parcours, de voir que je progresse, ça me motive encore plus ! »

A travers cet entretien, Sarah semble avoir pris beaucoup de recul sur son handicap. Elle avoue avoir connu des moments difficiles et des moments de doute mais affirme qu'ils sont terminés. Elle semble accepter et aimer ce corps modifié, et ne pas souffrir de ce mode de vie

contraint par sa paraplégie. Sarah semble avoir trouvé des réponses aux doutes qu'elle a eus lors de l'apparition de son handicap. Je me suis posé la question d'un éventuel discours de façade tant sa sérénité m'a surprise, mais il m'a semblé qu'elle était sincère au moment de l'entretien.

Si Sarah ne semble pas bouleversée au niveau de son identité propre, il semble qu'elle a été confrontée à des problématiques importantes auxquelles elle est susceptible d'être confrontée de nouveau tout au long de sa rééducation. L'histoire de Sarah nous permet d'observer la reconstruction identitaire sur une temporalité différente de celle de Farida, dont l'accident est plus récent. Le parallèle de ces deux histoires permet de nous questionner sur la linéarité de ce processus de reconstruction et d'enrichir la discussion autour des remaniements possibles.

7. [Questionnements personnels](#)

Après l'histoire de Farida qui m'avait déjà questionnée sur les remaniements identitaires au cours de la perte et de la reprise de la marche, je me suis rendu compte que l'histoire de Sarah pouvait, sur certains points, se rapprocher de celle de Farida. Toutes deux ont perdu la marche, l'une de manière soudaine et traumatique, l'autre après les complications d'une tumeur de la moelle. Toutes deux sont en fauteuil roulant et se battent chaque jour pour se lever, marcher, monter des escaliers, se mouvoir seules et gagner en autonomie.

Chez Sarah, on retrouve des problématiques identitaires d'autant plus importantes qu'elle est en pleine adolescence, période charnière marquée par le passage de l'enfance à l'âge adulte, riche en bouleversements identitaires. Au cours de ce mémoire, nous chercherons dans un premier temps à comprendre les différentes problématiques auxquelles Sarah fait face, de par son handicap moteur, au niveau de son individualité et dans la construction de son identité propre. Dans un deuxième temps, nous chercherons à savoir dans quelle mesure l'accompagnement psychomoteur de Sarah pourra lui permettre d'étayer sa reconstruction identitaire, à travers la rééducation de sa marche et de son réinvestissement psychocorporel.

CHAPITRE 2 – DISCUSSION CLINICO- THEORIQUE

I. L'identité

Pour mieux appréhender les remaniements identitaires du sujet lors de la reprise de la marche, il convient de d'abord définir la notion d'identité, complexe et polysémique. Nous la considèrerons selon la troisième définition du Larousse : « *Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, qui fait son individualité, sa singularité* ».

A. Mucchielli définit l'identité par un ensemble de critères de définition d'un sujet mais également par un sentiment interne qui se partage en différents sentiments : sentiments d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance, organisés autour d'une volonté d'existence. (A. Mucchielli, 2013, p.39)

E. Erikson, quant à lui, affirme : « *Le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle est basé sur deux observations simultanées : la perception de l'unité de soi et de la continuité de sa propre existence dans le temps et l'espace, et la perception du fait que les autres reconnaissent son unité et sa continuité* » (E. Erikson, 1994, p. 13). Il place le sentiment de soi et la continuité d'existence comme une base nécessaire à l'identité personnelle du sujet. L'identité est selon lui : « *Un développement de toute une vie dont l'individu et la société à laquelle il appartient sont en grande partie inconscients. Ses racines remontent aux premières reconnaissances de soi : dans les tous premiers échanges de sourire du bébé, il y a quelque chose comme une prise de conscience de soi associée à une reconnaissance mutuelle.* » (Cité par V. Cohen-Scali et J. Guichard, 2008, p. 322).

Nous aborderons au cours de ce premier point les différentes notions théoriques de l'identité en commençant par ses bases que sont la conscience de soi et ses préceptes : la subjectivation, la continuité d'existence, et le sentiment d'identité. Nous nous questionnerons à travers des parallèles cliniques, sur la qualité des fondements identitaires des deux patientes

présentées dans la partie clinique et des possibles altérations de ces fondements par les bouleversements psychocorporels.

Nous poursuivrons sur l'analyse des représentations psychiques du corps de Sarah et Farida sur la base des théories de C. Potel, F. Giromini et F. Dolto.

Enfin, nous nous pencherons sur la dimension psycho-sociale de l'identité et de ses composantes pour nous rendre compte dans quelles mesures, celles de Sarah et de Farida ont pu être affectées ou remaniées.

A. La conscience de soi

En philosophie, la conscience de soi est définie comme étant la capacité de l'homme à faire un retour sur ses pensées, ses sentiments ou ses actions (A. Louangvannasy, 2013). C'est cette pensée que l'homme possède sur lui-même que R. Descartes décrit comme étant la conscience de soi (R. Descartes, 1637).

En psychomotricité, le soi est considéré comme un ensemble corps-psyché indissociable. La conscience de soi se rattache donc aux notions de représentation et de perception du corps.

1. Subjectivation et émergence du Moi

Pour C. Potel, la subjectivation est le traitement psychique du corps « *organisme* ». C'est le préalable obligé des différentes étapes d'individuation, de différenciation, puis de séparation, sur lequel repose la maturation psychocorporelle. Cette structuration est assurée par les fonctions intellectuelles, cognitives et imaginaires. Elles permettent d'intégrer le système perceptif et sensitif par une activité de représentation. (C. Potel, 2015)

L'enfant, avant 6 mois, n'a qu'une vision morcelée de lui-même. Il ne perçoit pas la différence entre le dedans et le dehors. C'est par sa sensori-motricité¹⁵ que le soi émerge et

¹⁵ La période sensori-motrice de l'enfant, définie par J. Piaget et développée par A. Bullinger désigne une étape du développement qui se caractérise par le fait que les matériaux principaux qui alimentent l'activité psychique sont de nature sensorielle et motrice et que ces matériaux sont objets de connaissance.

qu'il se constitue un sentiment d'existence. A travers la maturation neurologique et les expériences à la fois motrices et sensorielles, l'enfant va petit à petit découvrir les limites de son enveloppe corporelle, lui permettant de différencier les stimulations intéroceptives et extéroceptives dans un même environnement.

Pour C. Potel, « *l'intégration d'une enveloppe qui contient est essentielle et va permettre le passage de ce qui est vécu à l'intérieur et ce qui s'exprime à l'extérieur, dans un échange où l'autre est reconnu différent et séparé* ». (2015)

La subjectivation du sujet est un processus de prise de conscience du Moi et de l'autre. Sa construction, en parallèle du langage, permet de se penser et de se représenter en tant que corps pensant. C'est un processus complexe qui ne suit pas la linéarité du développement maturatif.

2. [La continuité d'existence](#)

Le sentiment de continuité d'existence se développe en construisant des liens entre structuration corporelle, psyché et relation à l'autre. Il s'agit d'un étayage du corps par l'esprit et de l'esprit par le corps. Ce sentiment naît des éprouvés corporels fournis par les afférences sensorielles et proprioceptives qui placent le corps dans l'interface de la rencontre avec autrui. L'ensemble des éprouvés somatiques est intégré par des zones cérébrales liées à la mémoire et aux émotions. Cela permet de structurer le corps dans un espace corporel et d'après des modulations tonico-émotionnelles, mises en sens par le langage. Ces structures corporelles, en tant que systèmes et matrices psychiques et relationnelles, vont construire le sentiment de la continuité d'existence au moyen des appuis du squelette, des limites de la peau et de la contenance des muscles. (F. Giromini, 2019, p. 22)

Ces éléments théoriques nous permettent d'envisager que les altérations des structures corporelles de Sarah et Farida, dont nous détaillerons la physiologie dans la partie suivante, ont des répercussions sur leur sentiment de continuité d'existence. Les appuis du squelette et la fonction contenante des muscles sont affectés, l'espace corporel est modifié par la position assise et les modulations tonico-émotionnelles sont bouleversées.

3. Le sentiment d'identité

Le sentiment d'identité se construit par la conscience de soi ainsi que par la conscience d'autrui qui est essentielle. L'identité est basée sur le binôme paradoxal de l'assimilation à autrui et de la différenciation entre soi et l'autre, expliquée plus tôt dans le développement¹⁶. À l'image d'un acteur avec son personnage, ce sentiment permet d'instaurer une distanciation qui permet de se voir, de s'entendre et d'ainsi maîtriser ses émotions et ses réactions en même temps que l'on agit et éprouve.

La situation de handicap place Sarah et Farida dans de nouvelles conditions de rapport à l'autre, conditions qu'elles doivent s'approprier. L'assimilation à l'autre peut être plus difficile, ces nouvelles perspectives modifient le sentiment d'identité de chacune des deux patientes et provoquent une perte de maîtrise des éprouvés, notable chez Farida. Il semble que Sarah ait, à ce stade de sa rééducation, retrouvé une certaine maîtrise de ses émotions, de ses réactions, et de ses éprouvés. Son sentiment d'identité semble être plus reconstruit.

B. Le corps vécu et représenté

1. Le corps vécu

Le corps, parce qu'il perçoit le monde dans ses dimensions tactiles, kinesthésiques, visuelles, proprioceptives, ainsi que dans ses dimensions motrices et intentionnelles, fait la synthèse des expériences et des découvertes du monde. Il est en rapport immédiat avec l'environnement et confère au rapport au monde une immédiateté. Il permet de percevoir l'univers ainsi que d'y répondre. Il est à la fois touchant et touché (F. Giromini, 2019, p. 23). Nous détaillerons ce corps vécu et son fonctionnement physiologique dans la deuxième partie de ce mémoire.

¹⁶ L'instauration de cette limite entre soi et l'autre aboutit au cours du processus d'émergence de soi, évoqué p. 25

2. Le corps représenté

Le corps, dans sa dimension motrice, comportementale et émotionnelle, est malaxé par le psychisme et pétri de représentations symboliques. C'est ce qui forme l'unité psychocorporelle du sujet (C. Potel, 2015). Cette représentation nécessite l'intégration et l'appropriation des expériences corporelles au niveau de la connaissance, des émotions et de la relation à l'autre. On différencie deux niveaux de représentations corporelles : le schéma corporel et l'image du corps.

a. Le schéma corporel

Le schéma corporel est une représentation objective du corps. Il est la perception que chacun a de son propre corps, de ses différentes parties, et de sa position dans l'espace au cours des déplacements. Il se construit selon un processus neurologique qui dépend de l'intégrité et de la maturité neurosensorielle. J. Ajuriaguerra le définit comme suit : « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, et qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.* » (J. Ajuriaguerra, 1970, p. 239). Ce premier niveau de représentation dépend donc directement de l'intégration des informations sensorielles fournies par nos différents sens. Il se construit et évolue en fonction de nos expériences perceptives et motrices dans l'espace, le temps et l'environnement. Il est à la fois conscient, préconscient et inconscient.

Toujours selon J. Ajuriaguerra, on distingue quatre étapes dans la construction du schéma corporel :

- Le corps vécu (jusqu'à 3 ans) : l'enfant prend d'abord conscience de son corps de manière segmentaire, puis, grâce à des explorations sensori-motrices, il prend conscience d'un soi unifié et distinct du non-soi.
- Le corps perçu (de 3 à 6 ans) : l'enfant affine ses perceptions et localise de mieux en mieux ses sensations. Il devient capable de désigner les parties de son corps d'abord sur lui, puis sur l'autre.

- Le corps représenté (de 6 à 12 ans) : l'enfant développe la capacité de se représenter mentalement son corps de manière réaliste.
- Le corps opératoire (à partir de 12 ans) : l'enfant peut désormais mentaliser son corps et ses actions afin de les programmer avant exécution.

Cette notion est complétée par F. Dolto, qui l'aborde comme une réalité neurophysiologique faisant passerelle entre notre réalité physique et l'activité psychique. C'est une référence de notre corps dans l'expérience, dans un référentiel de temps et d'espace, qui s'étaye sur notre réalité environnementale. (1984)

b. L'image du corps

L'image du corps est une représentation davantage liée au narcissisme et à la vie relationnelle. Elle constitue l'idée que chacun se fait de son corps, à partir de ce que nous percevons des qualités et défauts de celui-ci, à chaque moment et dans la relation à nous-même et aux autres. C'est un élément imaginaire qui se remanie continuellement et s'actualise, selon F. Dolto, dans la relation à l'autre et à notre corps propre. Elle nous appartient en tant que sujet acteur de sa corporéité¹⁷ et est la « *synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles.* » (1984, p. 22). F. Dolto distingue trois composantes dans l'image du corps :

- L'image de base : elle place l'individu dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance. Elle se met en lien avec le développement du narcissisme, définie par l'auteure comme « *la mêmeté d'être connue et reconnue* ».
- L'image fonctionnelle : elle crée le pont entre les pulsions de vie et leur accomplissement par l'objet présent dans l'environnement ou chez l'autre. Elle est « *image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir* » (F. Dolto, 1984, p. 55)
- L'image érogène : elle est définie comme le lieu où se focalise plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre.

¹⁷ La corporéité définit le corps comme sujet, lieu des perceptions, des émotions, de la pensée, de la parole, et de l'expression propre à soi, synthèse des expériences et des découvertes.

La notion d'image du corps s'appuie sur le stade du miroir élaboré par J. Lacan en 1949. Il décrit l'instant où l'enfant peut « *penser son être corporel* », entre 6 et 18 mois, alors même que son équipement sensori-moteur ne lui permet pas de prendre conscience de son intégrité. Ce stade permet à l'enfant de connaître et reconnaître son corps comme étant le sien, distinct et semblable à celui d'autrui.

Plus récemment, E. Pireyre propose une nouvelle conception de l'image du corps : « *l'image composite du corps* » dans son ouvrage *Clinique de l'image du corps* (2015, p. 55-140). Il y introduit neuf composantes :

- La sensation de continuité d'existence. Liée à la sécurité interne, c'est la conviction d'être présent à l'instant présent et à la seconde d'après. C'est un élément qui peut éventuellement être déstabilisé en fonction de l'histoire de chacun.
- L'identité. Prolongement de la continuité d'existence, elle se rapporte à la subjectivité et se construit sur la base des impressions toniques et tactiles, traitées par les processus mnésiques du cerveau.
- L'identité sexuée. Au-delà de la sexualité biologique, c'est l'identification au genre féminin ou masculin.
- La peau. En étant la frontière physique et la limite psychique entre le dedans et le dehors du corps, elle favorise l'individuation du sujet. Lorsque la peau est abimée, l'individuation est fragilisée.
- La représentation de l'intérieur du corps. La représentation des os, des articulations et des viscères vient étayer la vie psychique de l'individu. Lorsque son intégrité est mal perçue, cela donne lieu à des angoisses et met à mal la sécurité interne du sujet.
- Le tonus. Il est lié à l'image du corps et à l'identité en tant que lieu d'inscription de l'histoire relationnelle et mode d'expression du sujet.
- La sensibilité somato-viscérale ou sensorialité. Les sensations intéroceptives, perçues et filtrées par notre subjectivité, construisent notre rapport au monde.
- Les compétences communicationnelles du corps. Le corps s'exprime et communique par ses attitudes, ses gestes et ses variations toniques.
- Les angoisses corporelles archaïques. Le plus souvent inconscientes et présentes avant même l'apparition du langage, ces angoisses modulent les rapports de l'être humain à son corps.

Pour M. Guiose (2001), qui partage les propos d'A. Sanglade (1983) : « *la notion d'image du corps, par sa double appartenance, fait pont entre le schéma corporel et la représentation de soi. Le concept d'image du corps évoque l'aspect somatique par « le corps » et l'aspect psychique par « l'image »* ».

En conclusion, le corps est à la fois vécu de l'intérieur et représenté de l'extérieur, il permet de s'engager dans l'action tout en étant pensé. Par ce fait et au vu de ces apports théoriques, on comprend que les affections respectives de Farida et Sarah ont pu altérer leurs représentations psychocorporelles en modifiant leurs expériences corporelles, relationnelles et émotionnelles.

3. Les représentations corporelles de Sarah et Farida

a. La confiance en elle de Sarah

Pour Sarah, ses perceptions sensorielles ont été modifiées par les lésions du système nerveux périphériques. Les atteintes médullaires ont entraîné une perte de sensibilité au-dessous de la poitrine qui ne lui permet plus de ressentir l'intégralité des stimulations intéroceptives ou extéroceptives. Sarah présente également des paresthésies telles que des brûlures au contact d'une eau tempérée et des douleurs au niveau du haut du dos. Ici, les hypoesthésies et paresthésies viennent perturber les perceptions de son corps, et donc ses représentations d'elle-même.

Les modifications des afférences sensorielles ont une incidence directe sur la perception de soi. Cela modifie la réalité du corps et ses références environnementales, ainsi que le vécu corporel par les ressentis absents, incohérents ou douloureux. Les expériences relationnelles et émotionnelles sont également bouleversées par cette situation nouvelle du corps. Ces modifications peuvent avoir un impact à la fois sur le schéma corporel et sur l'image du corps.

Pourtant, chez Sarah, à travers ses mots et sa représentation par le dessin, on observe un schéma corporel bien intégré, qui correspond à la réalité extérieure. Sarah ne déprécie pas son image du corps et elle affirme au contraire se plaire. On peut supposer que le temps passé depuis l'accident, l'accompagnement par ses proches et par l'équipe médicale, et son travail

d'élaboration lui ont permis de lui redonner une bonne image d'elle-même, de revaloriser son estime de soi et ainsi de réhabiliter son narcissisme.

b. L'image dépréciée de Farida

Farida a souffert de nombreuses fractures au niveau du bassin. Elle souffre de douleurs qui ressemblent en tous points à des douleurs neurogènes. Elle décrit des douleurs au sacrum et tout au long de la jambe jusqu'à la voute plantaire. Ces douleurs semblent permanentes et inhérentes au moindre mouvement qui mobilise la zone du bassin. Ses paresthésies au niveau de la voute plantaire se déclenchent également au moindre contact tactile ou pression. Ses douleurs semblent monopoliser sa sphère sensorielle et perturber toutes les autres perceptions de son corps et donc la représentation qu'elle a d'elle-même.

Les douleurs et les incohérences sensorielles, ainsi que son anxiété et ses troubles tonico-émotionnels modifient le vécu et les éprouvés de Farida à chaque instant. La kinésiophobie¹⁸ à l'origine de son inhibition motrice modifie également son engagement dans l'action, son investissement de l'espace, et donc son expérience dans les référentiels spatio-temporels. Les modes de pensée et les croyances de Farida ont des répercussions sur ses expériences relationnelles et émotionnelles.

Ainsi, les représentations corporelles de Farida semblent affectées, tant au niveau de l'intégration de son schéma corporel, dont on ignore la construction initiale, qu'au niveau de son image du corps fortement dépréciée et désinvestie. Ces bouleversements fragilisent les bases de l'identité propre de Farida.

C. L'identité personnelle

Si l'identité se base sur le sentiment de continuité d'existence et le sentiment d'identité, elle évolue ensuite à travers les interactions avec l'environnement qui appuient la singularité et l'individualité du sujet. Dans le domaine de la psychologie sociale, l'identité est subdivisée en plusieurs référentiels : identité familiale, identité relationnelle et identité psychologique.

¹⁸ La kinésiophobie désigne une crainte ou une appréhension du mouvement. Elle est, dans le cas de Farida, provoquée par la douleur que déclenche ses mouvements.

Chacun se définit en concepts plus ou moins étendus et dépend des vécus, des représentations et des conduites.

On définit donc l'identité d'un sujet en faisant une synthèse d'un ensemble d'éléments :

- Les référents matériels et physiques tels que le patrimoine financier et intellectuel, l'apparence physique et les signes distinctifs ;
- Les référents historiques avec l'histoire du sujet, ses origines, son éducation, ses influences et ses traumatismes ;
- Les référents psychoculturels avec les croyances, les codes culturels, la mentalité et le système affectif et cognitif ;
- Les référents psychosociaux tels que la valeur sociale et les potentialités.

Si ces caractéristiques essentielles nous permettent de mieux cerner l'identité du sujet, ce sont surtout les dissemblances entre individus qui permettent de marquer son identité.

Les atteintes traumatiques de ces deux patientes ont des conséquences sur plusieurs de ces éléments :

- Sur le plan matériel et physique, l'apparence physique est modifiée par le handicap et le fauteuil constitue, au sein de la société, un signe distinctif qui marque une dissemblance particulière avec les autres individus.
- Le handicap vient s'inscrire dans l'histoire du sujet. Chez Farida, il est accompagné d'un traumatisme qui la marquera durablement.
- Au niveau psychoculturel, la mentalité et les systèmes affectifs sont remaniés par un investissement corporel lui-même modifié par la présence de douleurs ou de limitations physiologiques. Sarah explique par exemple qu'elle est plus empathique qu'avant l'apparition de son handicap.
- Enfin, sur le plan psychosocial et dans la société actuelle où l'accessibilité est restreinte pour les personnes en situation de handicap, les potentialités peuvent être considérées comme diminuées.

Cette subdivision nous permet d'appréhender les bouleversements identitaires à différents niveaux de références. Nous pouvons ainsi imaginer les répercussions sur l'identité

familiale, relationnelle et psychologique et les nombreux remaniements que la situation de handicap engendre.

Parmi ces éléments qui, ensemble, fondent l'identité du sujet, il me paraît nécessaire d'en développer certains qui, à mon sens, ont marqué la rééducation.

1. [Farida : une identité culturelle](#)

Chez Sarah et Farida, d'origine algérienne et marocaine et toutes deux de confession musulmane, l'approche culturelle me semble être un point à prendre en compte dans leur accompagnement. Elle est directement impliquée dans leurs remaniements identitaires puisqu'elle module leurs conduites et leurs émotions. Selon R. Benedict, « *la culture, comme la langue, s'apprend et porte une conception du monde* » (R. Benedict, 1960). La culture détermine les normes, les valeurs et les représentations. Cette approche nous permet de contextualiser certains comportements et discours sur la place du corps par exemple, notamment chez Farida, chez qui l'identité culturelle semble plus marquée.

Dans le questionnaire, on se rend compte de l'influence de sa culture sur les représentations d'elle-même et dans ses relations, surtout familiales. Farida s'est construite dans une logique de femme et de mère avec le devoir de porter les gens qui l'entourent. La condition qui fait suite à son accident a remis en cause cette place qu'elle tenait au sein de sa famille, qui la porte désormais et dont elle est dépendante dans les activités de la vie quotidienne. On peut supposer que cette inversion des rapports peut bouleverser l'équilibre du système familial et l'identité de Farida en son sein.

2. [Sarah : les bouleversements de l'adolescence](#)

Pour Sarah, il est intéressant de noter qu'elle se situe de par son âge dans une période cruciale : l'adolescence. L'adolescence est la « *période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite* » (Larousse). En dehors de toute atteinte somatique, l'adolescence est un tournant quant aux remaniements identitaires. Elle est distincte des autres périodes de la vie en raison des nombreux changements brutaux qui s'y opèrent, tant au niveau corporel, qu'intellectuel ou social. P. Tap

affirme en 1991 dans son ouvrage *La socialisation, de l'enfance à l'adolescence* : « *L'adolescent va devoir construire son identité en articulant ce qui doit ne pas changer et assurer la continuité de son être (rester le même) et ce qui doit changer (pour devenir)* ».

Chez les adolescents marqués par un handicap, une prise de conscience des conséquences à long terme du handicap a lieu ; l'adolescent doit renoncer à être un jour valide. Cette confrontation violente nécessite une élaboration du handicap avec lequel le patient va devoir vivre. S. Baubelet explique : « *Il s'agira de gérer les préoccupations liées à son « être différent des autres* » et la possibilité d'inscrire cette différence dans sa construction identitaire. » (2009). Le handicap touche au corps déjà fragilisé par les changements brutaux de la puberté.

Dans le cas de Sarah, son handicap moteur s'est déclaré à l'âge de 12 ans, soit au début de sa puberté. Elle a dû faire face simultanément aux problématiques identitaires de l'adolescence et à celles du handicap. Sarah évoque peu ces problématiques d'elle-même. Lors d'une discussion, j'ai pu revenir avec elle sur cette période. Elle a admis s'être, pendant un temps, beaucoup inquiétée de son avenir avec le handicap, tant dans l'avenir professionnel que dans les relations amoureuses et sociales. Elle m'a confié avoir beaucoup pleuré pour ces raisons et avoir envisagé le suicide. Devant ses réponses formulées au passé, je lui ai posé la question : « et maintenant ? ». Elle m'a affirmé qu'elle pensait avoir trouvé des réponses à ses questions. Elle accorde maintenant davantage d'importance à ce qu'elle est en tant que personne et estime que son handicap l'a enrichie en termes de valeur personnelle. Au début très étonnée par son discours que j'ai trouvé d'une maturité et d'une sagesse impressionnantes, je me suis demandé s'il ne s'agissait pas seulement d'une façade. Ma première hypothèse était la suivante : la perte de maîtrise du corps provoquée par l'adolescence et accentuée par le handicap peut être à l'origine d'un contrôle exacerbé de Sarah sur ses émotions.

Au fil des semaines, et après plusieurs épisodes pendant lesquels Sarah nous a fait part de ses émotions et difficultés personnelles, j'ai reconsidéré cette hypothèse : il me semblait que Sarah était réellement parvenue à élaborer les problématiques cumulées de l'adolescence et du handicap. Une seconde hypothèse s'est alors dessinée : contrairement à Farida dont la survenue du handicap est venue bouleverser une identité déjà construite, Sarah a pu intégrer son handicap à son identité encore en pleine construction, et donc davantage modulable.

En conclusion, si l'âge de Sarah pourrait être un élément en faveur d'une meilleure reconstruction identitaire, il est aussi propice à des difficultés majorées. À l'approche de la majorité, par exemple, lorsque la plupart des jeunes gagnent en indépendance, le handicap de Sarah risque de limiter ses possibilités d'indépendance. Bien que Sarah semble avoir une grande capacité de recul et d'élaboration, la problématique de l'adolescence reste donc un élément à prendre en compte au cours de l'accompagnement. La psychomotricienne, en entretenant une très bonne relation thérapeutique avec la patiente et en consacrant une part importante du suivi à la discussion, semble lui offrir un espace de parole privilégié et apporter un étayage constant à ses problématiques quotidiennes. Elle permet à Sarah d'élaborer certaines difficultés auxquelles elle fait face en l'écoutant et en l'aidant à y mettre un sens.

3. [Le traumatisme de Farida](#)

Le handicap de Farida fait suite à un accident de la voie publique ayant provoqué chez elle un syndrome de stress post-traumatique. Ce trouble, qui appartient à la catégorie des troubles anxieux, se développe, selon le DSM-V, en réaction à un événement traumatique. A. Sabouraud-Séguin décrit un événement traumatique comme étant « *un événement brutal et soudain qui menace notre vie ou notre intégrité physique* » (2006, p. 19). Le traumatisme psychique comporte plusieurs caractéristiques.

D'un point de vue cognitif et représentationnel, l'expérience violente à laquelle le sujet se retrouve confronté provoque une mise à mal de la pensée et de la parole et vient déconstruire la capacité à penser l'événement (S. Korff-Sausse, 1996). L'incapacité à élaborer l'expérience vécue conduit à un vide représentationnel et à un non-sens total (M. Araneda, 2017). Chez Farida, on retrouve ce sentiment d'incompréhension face à ce qui lui est arrivé. Sa conception du monde et ses croyances s'en retrouve bouleversées.

D'un point de vue plus psychanalytique, le traumatisme psychique peut être considéré comme une rupture de l'enveloppe psychique¹⁹ et par un phénomène d'intrusion dans cette enveloppe qui ne parvient pas à être assimilé (K. Chahraoui, 2014, p. 18).

¹⁹ L'enveloppe psychique est un terme psychanalytique utilisé par Anzieu pour définir la représentation psychique de la peau

Sur le plan identitaire, le psychotraumatisme induit une altération et des remaniements de la personnalité. Selon K. Chahraoui, il modifie le sentiment de continuité de l'identité du sujet et provoque un vécu de rupture existentielle entre l'avant et l'après. Cette rupture identitaire est visible chez Farida qui exprime ne plus être la même qu'avant (2014, p. 31). Cette confrontation à la mort a également pu fragiliser son sentiment de continuité d'existence. Pendant un instant, et à chaque sensation de mort imminente, elle perd la conviction qu'elle sera là à l'instant d'après, mettant à mal sa sécurité interne, pourtant nécessaire au sentiment d'identité (E. Pireyre, 2015, p. 55).

II. Physiologie et enjeux psychomoteurs des troubles de la marche

La marche est un mécanisme qui met en jeu les systèmes nerveux et ostéoarticulaires de manière simultanée et interdépendante. Les troubles de la marche peuvent être provoqués par différentes atteintes : au niveau du système nerveux central ou périphérique, au niveau musculaire, ou au niveau ostéoarticulaire. L'accompagnement psychomoteur en service de rééducation nécessite de comprendre le fonctionnement de ces différents systèmes pour identifier l'origine du trouble et adapter le projet thérapeutique.

Nous aborderons au cours de cette partie le fonctionnement normal des systèmes nerveux sensoriels, moteurs, mais aussi du système ostéoarticulaire. Nous ferons le lien avec les lésions des deux patientes, Farida et Sarah, pour comprendre les origines et conséquences de leur trouble locomoteur. Cette compréhension permettra, en tant que psychomotricien, d'adapter le suivi tant au niveau de la récupération motrice qu'aux les conséquences psychocorporelles des atteintes de ces trois systèmes. Ainsi, nous éclaircirons les notions de sensibilité et de nociception pour comprendre leur influence dans les constructions identitaires des deux patientes atteintes corporellement, et, peut-être, trouver des pistes d'étayage que nous pourrions apporter à Sarah et Farida pour les accompagner.

A. Le système locomoteur et la locomotion

La locomotion correspond à une activité musculaire cyclique, coordonnée et automatique qui peut être modulée par le contrôle volontaire, en particulier lors des changements de direction ou de vitesse. Elle est inscrite au niveau le plus archaïque de l'individu.

E. Apartis-Bourdieu décrit la marche comme une forme particulière de locomotion (2019). Elle est constituée d'une activité alternée des membres inférieurs. Cette succession de doubles appuis et d'appuis unilatéraux correspond à une séquence précise d'activation des muscles des membres inférieurs. Le cycle de marche, ou cycle locomoteur, est constitué de deux phases : une phase d'appui comprenant une période de double appui antérieur de réception, suivie d'un temps d'appui unilatéral, pied à plat ; et une phase oscillante, elle-même débutant par un double appui postérieur d'élan suivi de la phase oscillante.

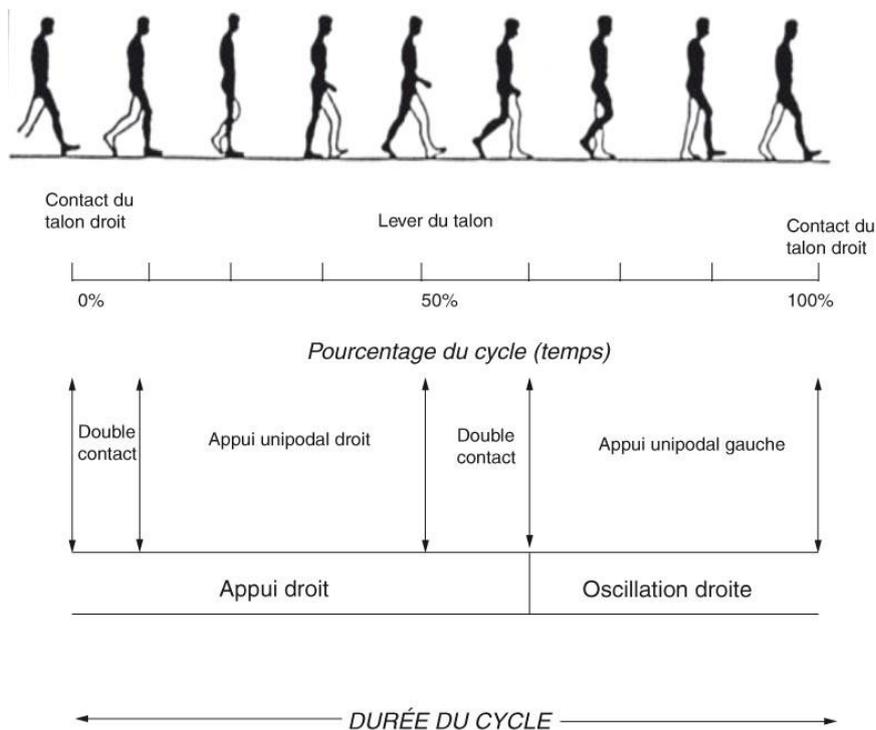


Figure 1 : Le cycle locomoteur (Bieuzen, 2013)

La marche concilie stabilité et mobilité dans un mouvement alternatif qui se transforme en mouvement continu et fluide. Elle sous-entend à la fois le changement de situation des

parties du corps entre elles et le déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. Par extension, elle induit la portée dynamique de la locomotion et de la mobilité dans l'espace : marcher mais aussi courir, sauter, tourner ou danser.

Le système locomoteur constitue l'ensemble des structures qui permettent, de façon directe, de se mouvoir. Il comprend le squelette osseux et ses articulations, les fascias, et les muscles striés squelettiques, qui permettent la mobilisation des os les uns par rapport aux autres.

Dans cette partie sur le système locomoteur, nous détaillerons d'une part, les membres inférieurs, qui interviennent dans la marche et dont le fonctionnement est atteint chez nos deux patientes, et d'autre part, l'anatomie fonctionnelle de la colonne vertébrale, qui nous permettra de mieux appréhender les notions d'axe et de verticalité, abordées dans la partie suivante.

1. Squelette osseux et articulations

Le squelette constitue la charpente du corps, il lui confère sa rigidité et permet le maintien de sa forme. Il donne lieu à de véritables appuis internes qui font de lui un support postural. Pour A. Servant-Laval (2017), la perception du squelette, sur laquelle s'étaye aussi la structure psychologique, contribue également à l'élaboration de certains aspects du schéma corporel. Le squelette est un facteur de spatialisation du corps, il est constitué d'un ensemble d'os déterminant les segments corporels et d'articulations permettant leur orientation dans l'espace.

L'os est sous l'influence directe du mouvement puisqu'il se densifie proportionnellement aux contraintes auxquelles il est soumis. Ainsi, lorsque la verticalisation n'est pas possible, les jeux de pressions ne permettent pas à l'os de se densifier, il devient donc plus fragile.

Les membres inférieurs sont les membres porteurs de la locomotion. Ils se constituent de trois segments : distal, médial et proximal.

a. Le pied

Au niveau distal, le pied assure la prise d'appui au sol et joue le rôle de propulseur conférant au corps la capacité de se mouvoir. Il se compose, de l'arrière à l'avant, du tarse postérieur constitué lui-même par le talus et le calcaneum, du tarse antérieur, des cinq métatarses et des phalanges.

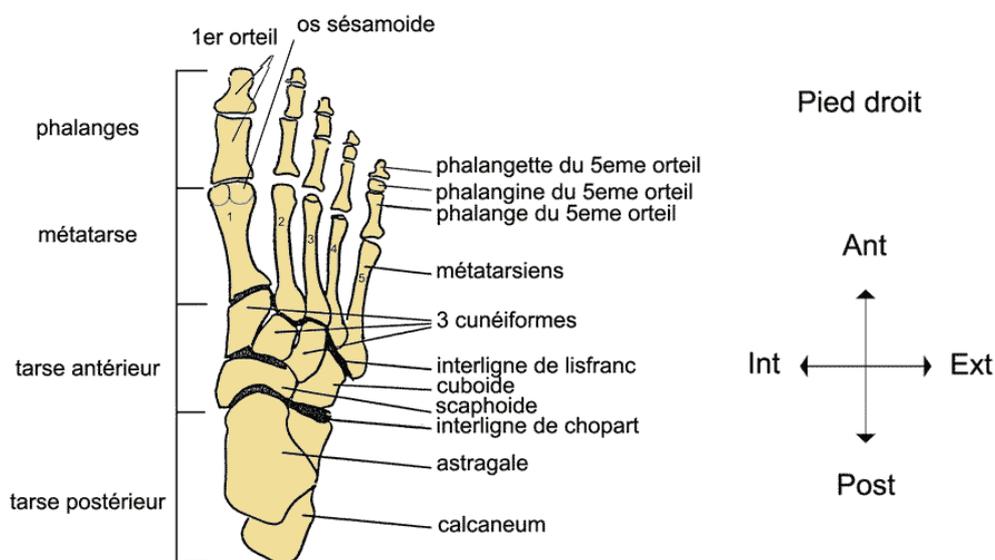


Figure 2 : anatomie osseuse du pied (Espace-musculation.com)

Les surfaces d'appui varient tout au long du cycle de marche pour une répartition optimale du poids du corps. C'est d'abord le talon qui touche le sol par son côté externe. Lorsque le pied prend contact avec le sol, il permet d'amortir le choc. L'appui plantaire vient se joindre à l'appui du talon pour répartir le poids de manière plus homogène et stabiliser le corps pendant la phase unipodale. Enfin, pendant la phase de propulsion, le poids du corps repose sur les orteils. (A. Servant-Laval, 2017)

La douleur, le manque de sensibilité ou un déficit musculaire peuvent venir altérer la succession des appuis et donc le déroulement du pas lors de la marche. Ces phénomènes ont des conséquences sur l'ancrage, l'axe corporel et la verticalité²⁰. Sarah porte une attelle

²⁰ Ces notions sont abordées p. 40

releveur Liberté²¹ pour compenser de déficit d'action de ses muscles releveurs et optimiser l'appui des pieds lors des séances de marche.

b. La cheville

La cheville est la jonction entre l'axe horizontal du pied et l'axe vertical de la jambe. Elle assure la répartition du poids du corps entre les appuis antérieur et postérieur du pied. Elle lie les talus avec l'ensemble tibia/fibula. Ses mouvements principaux sont la flexion, qui rapproche le dos du pied à la face antérieure de la jambe, et l'extension, qui l'éloigne. La cheville permet d'adapter les appuis des pieds à la surface sur laquelle ils reposent.

c. Le genou

Le genou se situe au niveau intermédiaire du membre inférieur. Il assure les variations de distance entre le corps et le pied, et se compose de deux jonctions : la fémoro-tibiale et la fémoro-patellaire. Son paramètre principal de mouvement est la flexion/extension. Il permet d'adapter la pose du pied au différentes hauteurs du sol.

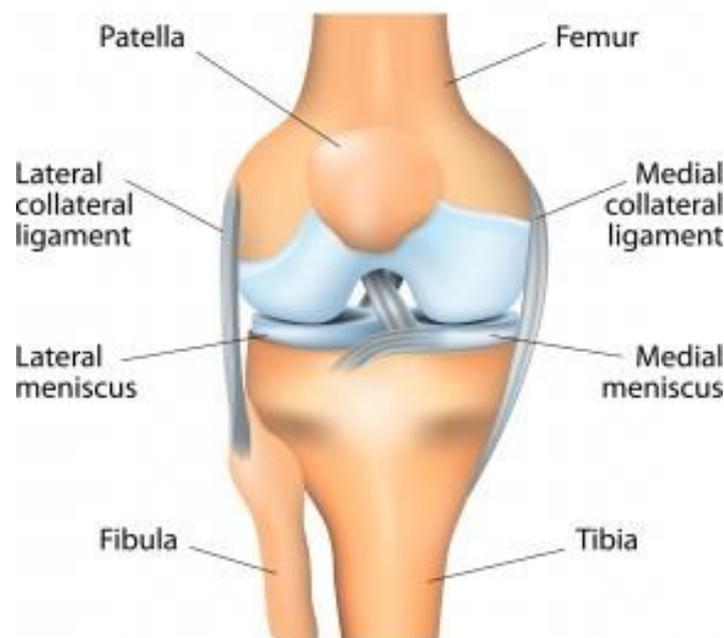


Figure 3 : anatomie osseuse du genou (Big stock)

²¹ Cf : Annexes

d. Hanche et bassin

Le bassin, composé des os coxaux et du sacrum, est un « véritable carrefour de la dynamique corporelle » (A. Servant-Laval). Court et large, il permet l'insertion des muscles fessiers puissants et confère toute la stabilité de la position debout. Il contient l'articulation proximale du membre inférieur : la hanche, qui fait le lien entre les os coxaux et le fémur. La tête du fémur est emboîtée dans le cotyle de l'os coxal et permet d'apporter stabilité et dynamisme. Cette articulation se déploie dans les trois plans de l'espace : en flexion/extension, en abduction/adduction et en rotations médiales et latérales.

e. Colonne vertébrale

La colonne vertébrale contient 24 vertèbres, dont 7 cervicales, 12 thoraciques et 5 lombaires. Les vertèbres lombaires, qui portent le poids du tronc, sont les plus volumineuses et les moins mobiles. La colonne s'organise en 3 cyphoses et 2 lordoses. Ce sont ses courbures qui lui permettent d'amortir et de résister aux contraintes. La colonne vertébrale est importante dans la locomotion car elle est un soutien à la verticalité qui est inhérente à la marche.

2. Les fascias

Les fascias, constitués de tissu conjonctif, enveloppent les différentes structures de l'organisme. D'après l'enseignement d'Anatomie fonctionnelle fourni par B. Lesage, ils permettent d'isoler et de maintenir les différents systèmes entre eux. Ils ont donc une fonction globalisante qui joue un rôle au niveau du mouvement et des coordinations, faisant du corps une structure unifiée.

3. Les muscles

Les muscles sont des éléments essentiels du système locomoteur. Leur capacité à moduler à la fois leur tonicité et leur longueur, leur permet de faire varier ou de stabiliser les rapports spatiaux des différents segments du corps. Ils tiennent un rôle dynamique en assurant les mouvements des parties du corps entre elles et les déplacements du corps par rapport à l'appui. B. Lesage résume cette idée « *Le mouvement constitue en lui-même un flux*

d'activation qui voyage d'un muscle à l'autre et amène un déplacement des parties du corps. »
(2012, p. 89).

Ils tiennent également un rôle statique dans la fonction antigravitaire de redressement et dans l'équilibration permanente des postures. On distingue trois états notables du muscle :

- Le relâchement qui inscrit le muscle dans une situation de repos lié au tonus de base.
- L'étirement qui constitue l'allongement passif du muscle par une force extérieure ou antagoniste.
- La contraction qui correspond à une augmentation de sa tonicité. On distingue les contractions isotoniques, avec déplacement du segment et raccourcissement ou allongement des fibres, et les contractions isométriques qui se caractérisent par une absence de déplacement.

Le tonus est l'activité neuromusculaire complexe qui se trouve à la base de toute activité motrice, de la posture aux mouvements les plus élaborés. Il est défini par M. Jover (2000) par *« un état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe par leur nerf moteur. Cette contraction est isométrique et permanente. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales »*.

On différencie trois niveaux toniques, qui s'étayent les uns les autres :

- Le tonus de fond ou basal : c'est le tonus sur lequel s'inscrit l'affectivité et les émotions, il ne disparaît pas au repos et peut être mis en évidence par des mobilisations passives.
- Le tonus postural : c'est l'activité tonique minimale qui permet la posture, elle est automatique, mais peut être régulée par la volonté.
- Le tonus d'action : c'est l'ensemble des variations de tensions musculaires qui permettent de préparer et soutenir le mouvement.

Nous évoquerons la fonction tonique et le dialogue tonico-émotionnel plus tard dans cette partie.

4. [Les atteintes de Farida au niveau locomoteur](#)

Farida a subi différentes fractures au niveau du bassin et des lésions musculaires sur le membre inférieur droit. Ces lésions nécessitent, pour se rétablir, un alitement strict et l'absence d'appui sur l'os fragilisé. Une fois les os soudés, la verticalisation est de nouveau possible, elle doit cependant se faire graduellement pour permettre au corps de se réhabituer aux contraintes de la position debout. Chez Farida, malgré la reconstitution de son système ostéoarticulaire, récupérer la marche n'a pas été chose aisée. En effet, son traumatisme physique a eu de nombreuses répercussions sur les autres systèmes, notamment le système nerveux avec des douleurs persistantes et une perte de la mise en mouvement automatique du schéma de marche.

B. Marche et système nerveux

Le système nerveux est divisé en un système nerveux central (SNC), composé du cerveau et de la moelle épinière, et un système nerveux périphérique (SNP) subdivisé en deux autres systèmes : le système nerveux somatique qui concerne les nerfs innervant la peau, les articulations et les muscles et le système nerveux végétatif, qui innervent les viscères, vaisseaux sanguins et les glandes. Le système nerveux est constitué de neurones, reliés entre eux par des synapses.

1. [Le système nerveux sensoriel](#)

L'homme se construit sur la base de ses perceptions sensorielles²². Il doit en permanence prendre en considération les informations qui lui parviennent de l'environnement et de son propre corps pour réagir et s'adapter au monde.

Le rôle du système sensoriel est de fournir à l'organisme une représentation du monde extérieur et des informations sur l'intérieur du corps nécessaires à son positionnement. Ces informations, une fois interprétées par le système nerveux, vont donner lieu à des réponses

²² La perception sensorielle correspond à la somme des impressions provenant des organes sensoriels qui entraînent une sensation, elle-même interprétée en fonction de notre expérience et représentée.

motrices adaptées. Ces informations sont également à la base des représentations psychocorporelles du sujet et de sa perception de soi.

On distingue cinq principales modalités sensorielles : la vision, l'audition, l'odorat, le goût et le toucher. On peut y ajouter les modalités proprioceptives et intéroceptives.

Chaque organe sensoriel est organisé selon un même schéma :

- Un récepteur sensoriel transforme le stimulus énergétique qu'il reçoit en un message nerveux (transduction) ;
- Des voies afférentes transmettent l'information vers des centres nerveux sous la forme de potentiels d'action ;
- Des structures centrales perçoivent l'information.

a. La somesthésie

La somesthésie est décrite comme la sensibilité aux diverses excitations subies par le corps, à l'exception de celles provenant des organes sensoriels (E. Pireyre, 2015, p. 144). Elle désigne les sensations conscientes, éveillées par la stimulation des tissus du corps : conjonctif, viscéral, capsules et ligaments articulaires. On distingue en son sein les sensibilités tactiles, thermiques et douloureuses, ainsi que la kinesthésie consciente qui provient des articulations et fournit au sujet des indications sur les positions et les déplacements des différents segments corporels dans l'espace. (J-C Willer, 2019, p. 89).

Pour que les stimuli mécaniques soient perçus et utilisés, ils doivent d'abord être transformés par un récepteur. On en compte cinq types au niveau de la sensibilité cutanée : les terminaisons libres, les disques de Merkel, les corpuscules de Ruffini, les corpuscules de Meissner et les corpuscules de Pacini. Chacun participe à caractériser la nature du stimulus et à déterminer s'il est vibratoire, s'il s'agit d'une pression ou d'un toucher léger. On les retrouve également dans les tendons, les articulations, le périoste²³ et les muscles de la face. Leur répartition et leur vitesse d'adaptation sont variables dans le corps. Ainsi ils sont plus

²³ Le périoste est un ensemble de couches membraneuses, vascularisées, et majoritairement fibreuses qui recouvrent la surface des os, et participent à leur croissance.

nombreux dans certaines parties comme la langue ou les doigts. C'est cette différence qui est à l'origine de la forme particulière de l'homonculus somesthésique²⁴.

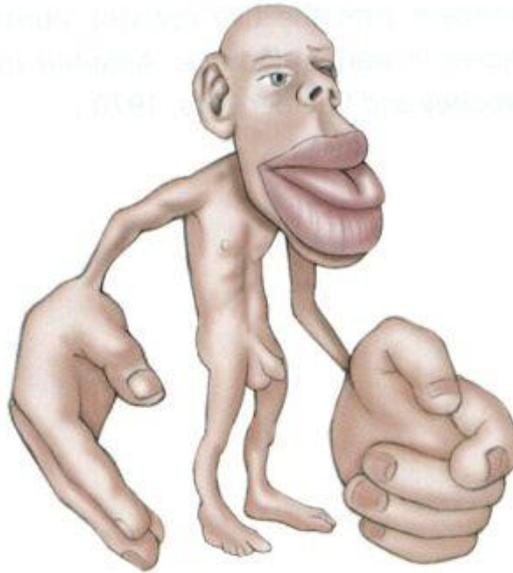


Figure 4 : *Homonculus somesthésique* (Reward Health Sciences, 2011)

Au niveau de la sensibilité musculaire et articulaire, on trouve différents types de mécanorécepteurs. Les fuseaux neuromusculaires, situés dans la partie charnue des muscles striés, sont sensibles à l'étirement des fibres musculaires. Ils sont à la base du réflexe myotatique. Les organes tendineux de Golgi se situent à la jonction entre le muscle et le tendon, ils détectent les variations de la force contractile du muscle. Les récepteurs de Ruffini dans les capsules articulaires, les terminaisons libres sur certaines fibres myélinisées, et les récepteurs de Golgi dans les ligaments articulaires renseignent l'organisme sur les mouvements et sur les positions des articulations.

Le signal mécanique, enfin transformé en signal nerveux par les récepteurs, remonte les voies afférentes vers l'un des deux centres nerveux : la moelle épinière ou le cerveau, selon le niveau de conscience du stimulus. Ainsi, ce sont ces afférences sensorielles qui enrichissent la proprioception. Elles participent au réflexe myotatique à l'origine du contrôle postural et de l'adaptation continue du rapport posture/appuis.

²⁴ L'homonculus somesthésique est une représentation sous forme de silhouette humaine de l'importance de la sensibilité de chaque zone du corps dans le cerveau.

La proprioception est le sens musculaire, le sens du corps dans l'espace. (A. Berthoz, 1997). Elle permet au sujet de guider et contrôler ses actions à chaque instant. Pour A. Bullinger (2004), la proprioception n'est pas seulement un fait biologique, c'est une coordination susceptible de se modifier en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu.

C'est en ce sens que la proprioception tient toute son importance dans le mécanisme de la marche, en régulant le tonus et le mouvement. Au niveau du pied, par exemple, les jeux musculaires sont gérés par les boucles réflexes dans lesquelles la proprioception joue un rôle majeur et les fonctions sensibles permettent l'adaptation des appuis aux caractéristiques du sol. Comme nous le présente O. Sacks (1988) à travers ses travaux sur la femme désincarnée : un déficit de proprioception serait responsable d'une instabilité dans la station debout, des oscillations, des pertes d'équilibre et d'une marche désordonnée.

b. Le système vestibulaire

Les récepteurs labyrinthiques sont situés dans l'oreille interne. Ils renseignent sur la position de la tête dans l'espace et sur la pesanteur du corps. Cette adaptation à la pesanteur s'appelle l'équilibration, elle entre en relation avec les récepteurs proprioceptifs situés sur les muscles du cou, les récepteurs tactiles au niveau des appuis plantaires, mais aussi les récepteurs visuels. Les récepteurs vestibulaires sont capables de renseigner le cerveau sur le mouvement et ses caractéristiques comme la vitesse ou la direction, et ce plus rapidement que la vision. Ce système intervient dans la marche en rééquilibrant en permanence le corps déséquilibré par le mouvement et les changements d'appuis.

Lors d'un alitement prolongé ou d'un déplacement quotidien en fauteuil, l'absence de stimulations sensorielles déconditionne le système vestibulaire à l'orthostatisme, cela crée des déséquilibres, une peur de tomber, et des vertiges lors de la verticalisation.

c. La douleur

Je prends le parti de développer la notion de douleur au sein de ce mémoire car elle m'a semblé être une composante non seulement inhérente à la lésion somatique et à la récupération de la marche, mais surtout parce qu'elle a tenu une place majeure dans la rééducation de Farida.

La douleur est définie par l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* » (1979). Si elle est souvent associée à la souffrance dans le langage courant, ce sont deux notions bien distinctes. Pour P. Ricoeur, la souffrance correspond à l'aspect émotionnel de la douleur et « *est un état mental modulé par le vécu, le contexte de la maladie, le stress, l'histoire du sujet et l'environnement de celui qui la vit* ». Pourtant ces notions restent indissociables tant la douleur, qui s'inscrit dans la réalité du corps, prend une dimension subjective, par son interprétation affective et émotionnelle.

Nous aborderons, dans un premier temps, la douleur dans son aspect physiologique pour comprendre d'où peut venir cette douleur qui se manifeste chez Farida. Ensuite, nous tenterons d'éclaircir les conséquences psychocorporelles et l'influence que la douleur peut avoir sur la rééducation, sur l'image du corps et donc sur l'identité.

- La nociception

La nociception est le processus sensoriel à l'origine du message nerveux provoquant la douleur qui constitue un système d'alarme qui protège l'organisme. Son objectif est de détecter les stimulations internes ou externes pouvant nuire à l'intégrité physique de l'individu et de lui permettre de réagir afin de les limiter. Elle se caractérise par un état émotionnel à valence négative, qui la rend intrinsèquement désagréable et détient la capacité de capter l'attention et d'interférer avec toute activité (J-F. Vibert, J-C. Willer, 2019).

Les messages nociceptifs sont reçus par les récepteurs sensoriels spécifiques à la douleur : les nocicepteurs. Ce sont des fibres nerveuses utilisées de manière exclusive ou préférentielle dans la nociception, organisées en arborisation de terminaisons libres au sein des tissus cutanés, musculaires, et articulaires. Les messages nerveux sont ensuite véhiculés par des fibres nerveuses périphériques jusqu'à la corne postérieure de la moelle épinière, où ils effectuent leur premier relais. L'information suit ensuite les voies ascendantes de la moelle jusqu'au tronc cérébral puis vers le thalamus, qui, tel un véritable centre de tri, va permettre l'intégration de la douleur dans les différentes zones du cortex sensitif, qui va lui-même déterminer les caractéristiques de localisation et d'intensité, mais aussi du cortex frontal,

responsable de l'intégration des composantes de mémorisation, d'intégration émotionnelle, et d'adaptation comportementale (J-F. Vibert, J-C. Willer, 2019).

Le cerveau est donc à l'origine de l'interprétation de la douleur. Ainsi, une même stimulation peut provoquer chez quelqu'un une réaction différente dans son intensité de celle d'un autre individu. La culture, les expériences antérieures mémorisées, l'éducation et les émotions entrent en jeu et conditionnent la compréhension et l'interprétation qu'un sujet peut se faire de sa douleur.

Chez Farida, les douleurs apparaissent avec des stimulations légères et théoriquement non douloureuses, comme le déplacement, le fléchissement de la hanche et le toucher du pied. Les avis des médecins, des kinésithérapeutes et de la psychologue divergent. Si les médecins et les kinésithérapeutes pensent que les douleurs ne correspondent pas aux régions anatomiques lésées et qu'il s'agit de douleurs psychogènes, la psychologue penche pour des douleurs davantage neuropathiques.

Les douleurs neurogènes ne résultent pas d'une lésion tissulaire mais d'une interruption des voies nociceptives à la suite de lésions du système nerveux central ou périphérique. Le système nerveux endommagé transmet un message erroné. Les douleurs neuropathiques sont caractérisées par des impressions de brûlures, de décharges électriques et de fourmillements en l'absence de stimulus normalement nociceptif.

Les douleurs psychogènes se définissent par un « *abaissement du seuil nociceptif lié à des désordres thymiques* ». Elles correspondent à des « *douleurs sans lésions apparentes malgré un bilan étiologique attentif : la douleur psychogène est une douleur vécue dans le corps, mais dont la cause essentielle serait dans le psychisme* » (P. Queneau, G. Ostermann, 2000, p. 23)

Pour A. Bioy (2007), l'énonciation que les douleurs sont psychogènes peut être risquée. Cette parole est susceptible d'être entendue comme « *c'est dans votre tête* » et peut entraîner un sentiment d'être incompris ou d'avoir exagéré, et ainsi générer une forte culpabilité.

Il me semble pertinent d'évoquer un épisode qui m'a interpellée à propos des douleurs de Farida, un jour où j'assistais à une séance de kinésithérapie. Alors qu'elle marchait entre les barres parallèles, elle s'est mise à signaler de fortes douleurs et le besoin de faire une pause.

Sous les encouragements de la kinésithérapeute, Farida a malgré tout continué, mais, une fois assise, s'est mise à pleurer. Plus tard dans la journée, en séance de psychomotricité, elle s'est confiée : « ils ne croient pas que j'ai mal, mais pourtant c'est vrai, je fais pas semblant, moi je veux marcher, j'ai envie mais avec les douleurs c'est trop dur ». Il m'a semblé que Farida s'inquiétait de ne pas être prise au sérieux par l'équipe médicale, par qui elle ne se sentait ni écoutée, ni entendue.

En plus d'être un obstacle conséquent dans la reprise de la marche, ses douleurs quotidiennes que l'équipe médicale ne parvient pas à soulager, lui sont renvoyées sans qu'elle ait l'impression qu'elles aient été prises au sérieux.

À ce stade de la rééducation, après un appel à l'aide commun de l'équipe qui exprimait ne plus pouvoir la faire avancer à cause de ses douleurs, et de la patiente qui les déplorait de manière récurrente, la douleur s'est imposée dans les axes de prises en charge. J'aborderai ces axes dans la troisième partie de ce chapitre.

2. [Le système nerveux moteur](#)

Le système nerveux moteur intervient dans la motricité en étroite relation avec le système nerveux sensoriel, qui lui fournit les informations nécessaires en temps réel.

Il permet de générer et transmettre une tension musculaire dans les muscles, permettant le déplacement de certains segments de membres ou du tronc. Le mouvement est porté par la contraction des muscles agonistes, grâce à la décontraction des antagonistes. La contraction musculaire provient de la mise en jeu des unités motrices²⁵ par un motoneurone, dont le corps cellulaire dans la corne antérieure de la moelle est lui-même stimulé par d'autres neurones provenant de la moelle, des voies ascendantes du tronc cérébral, ou des aires motrices du cortex cérébral.

Les mouvements générés par le système nerveux moteur s'organisent en trois catégories distinctes : les réponses réflexes, les activités motrices rythmiques, et les mouvements volontaires (J-F. Vibert, J-C. Willer, 2019).

²⁵ Une unité motrice est constituée d'un motoneurone, des milliers de fibres musculaires qu'ils innervent, et de leur jonction musculaire.

a. Les activités réflexes et le contrôle postural

Les réponses réflexes, telles que le réflexe myotatique, régulent et coordonnent le tonus musculaire pour aboutir au maintien postural. Elles sont contrôlées par la moelle épinière, elle-même sous la dépendance du tronc cérébral.

Le réflexe myotatique est modulé par les fuseaux neuromusculaires, récepteurs sensitifs qui captent l'étirement des fibres musculaires et transforment l'énergie mécanique en un influx nerveux amené par les fibres sensitives jusqu'à la corne antérieure de la moelle épinière. Les motoneurones sont stimulés par ce signal et envoient à leur tour des influx nerveux conduits jusqu'aux muscles par les fibres motrices.

Le système gamma, situé dans la zone réticulée du tronc cérébral, agit sur cette activité médullaire pour réguler et inhiber cette activité réflexe. En lien avec d'autres aires motrices, il permet au réflexe myotatique de s'adapter à l'environnement. Les adaptations posturales sont ainsi enrichies par le réflexe vestibulospinal qui intègre de manière directe les informations provenant du système vestibulaire, mais aussi par l'intégration des informations proprioceptives, par l'intermédiaire du cortex cérébral, et des informations liées à l'intention, par le cortex frontal (J-F. Vibert, J-C. Willer, 2019).

Les individus privés de ce système de régulation voient une rigidité apparaître, qu'on appelle rigidité de décérébration. C'est le cas chez Sarah qui présente une spasticité importante des membres inférieurs. La spasticité est une augmentation du réflexe tonique d'étirement qui induit une hypertonie et une résistance à l'étirement passif. Si cette spasticité peut parfois générer une entrave à la mobilité des muscles antagonistes et des douleurs, Sarah parvient à l'utiliser pour se verticaliser. Cette spasticité lui permet d'utiliser des muscles qu'elle ne parvient pas à contracter par sa motricité volontaire, et de s'appuyer sur ses jambes hypertoniques pour tenir debout.

b. Les activités motrices rythmiques et la locomotion

Les activités rythmiques, comme la marche ou la respiration, combinent une activité réflexe prépondérante et une activité volontaire de faible importance. L'intention, par l'intervention du cortex moteur peut ainsi moduler, initier, et terminer une séquence de mouvements rythmiques. Une fois déclenchée, la séquence est générée par des réseaux

neuronaux au fonctionnement automatique au sein de la moelle épinière, appelés *central pattern generator*.

Cet automatisme de la marche peut être perdu après un alitement ou une station assise prolongée par un phénomène de plasticité synaptique. Si ce phénomène renforce les synapses régulièrement activées, il déprime également les synapses qui ne le sont plus. Ainsi, chez une personne marchante, les réseaux neuronaux sont régulièrement activés et lui permettent de compter sur un automatisme de marche solide. Chez ces patientes, l'arrêt prolongé de la marche a détérioré les synapses de ces mêmes réseaux qu'elles doivent réapprendre à activer. C'est sur ce même principe que la rééducation joue, en travaillant avec les patientes les schémas de marche aussi souvent que possible.

c. Les mouvements volontaires

Les mouvements volontaires sont réalisés de manière intentionnelle et dirigés vers un but précis, sur commande du cortex cérébral moteur. Il est davantage complexe que le mouvement réflexe puisqu'il nécessite de planifier et de programmer l'action avant de l'exécuter. L'organisation de ces mouvements est malgré tout moins consciente qu'on ne l'imagine. Si on pense à saisir un objet, on ne pense pas à contracter chaque groupe musculaire nécessaire à ce geste.

3. Les atteintes nerveuses de Sarah

Sarah, qui présente une paraplégie, est concernée par ce type d'atteinte. La paraplégie est une paralysie des deux membres inférieurs qui résulte d'une atteinte de la moelle épinière. Chez Sarah, la lésion médullaire a été provoquée par une vis de l'arthrodèse, entrée en contact avec la moelle épinière lors de l'opération. La paraplégie peut être complète si la moelle épinière est sectionnée. Dans le cas de Sarah, la moelle a été en partie compressée par la vis, lui supprimant une partie de la sensibilité superficielle, la proprioception, et le contrôle moteur du membre inférieur gauche. Lorsque la paraplégie est incomplète, on peut espérer récupérer davantage de capacités. Sarah a récupéré une partie de sa sensibilité au niveau du dos et du membre supérieur droit ainsi qu'une mobilité partielle de cette même jambe. Cette

récupération est porteuse d'espoir puisqu'il n'est pas possible de déterminer jusqu'où elle peut aller.

C. La marche et ses enjeux moteur, psychique et relationnel

L'Homme, en tant qu'espèce, est né de la bipédie exclusive qui a conduit à la séparation de la lignée humaine d'avec la lignée des grands singes. C'est toute son organisation ostéoarticulaire vue précédemment qui lui permet de tenir cette position verticale, si spécifique. Bien qu'elle soit innée et instinctive, elle n'est maîtrisée par l'enfant qu'entre 9 et 18 mois. Plus qu'un mode de déplacement, la marche compte de nombreux enjeux à la fois psychiques et relationnels dans la vie d'un individu. Elle est directement liée à son identité.

1. Le développement locomoteur de l'enfant

A l'image de chaque individu, l'acquisition de la marche est un processus unique et singulier, qui se développe différemment selon la personnalité, le rythme et les possibilités de chacun. Cette évolution motrice suit différentes lois, à savoir la loi de différenciation, c'est-à-dire le passage d'une motricité globale et réflexe à une motricité plus fine et volontaire, la loi de variabilité qui définit les acquisitions motrices comme non linéaires, et la loi de succession selon laquelle la maturation est progressive dans le sens céphalo-caudal et proximo-distal.

Ainsi, au début de sa vie, et alors que la maturation neurologique n'est pas terminée, l'enfant présente une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique qui ne lui permettent pas d'agir sur le monde qui l'entoure. L'enfant est alors complètement dépendant d'un autre, sans lequel il ne peut subvenir à ses besoins.

Peu à peu, la motricité précablée, liée à des réflexes archaïques, disparaît pour laisser place à une motricité orientée et volontaire. S. Robert-Ouvray affirme : « *Les deux pôles toniques opposés s'orientent vers une ambivalence et un premier état d'équilibre* » (2002). La maturation neurologique et sa direction céphalo-caudale permet à l'enfant d'inhiber les réflexes primaires et de modérer le tonus antigravitaire afin de contrôler son axe et tenir sa tête (C. Amiel-Tison, 2008, p. 107). Parallèlement à cette maturation, les jeux de « pousser » et « repousser » du sol lui permettent de se redresser, et les courbures de sa colonne se

dessinent au rythme de son redressement, qu'on peut suivre par l'observation des Niveaux d'Evolution Motrice.

Les Niveaux d'Evolution Motrice, ou N.E.M, sont décrits pour la première fois par M. de Métayer en 1963, comme étant « *une succession de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements qui vont des positions de décubitus à la station debout et à la marche* ». L'enfant, par l'exploration de son environnement et l'expérimentation de ses capacités motrices va accéder à ces différentes aptitudes cérébro-motrices innées.

L'utilisation des N.E.M dans la rééducation de la marche de l'adulte leur permet de redécouvrir des aptitudes corporelles innées et d'enrichir leur vécu corporel.

Le tableau ci-dessous permet d'appréhender l'ordre et l'âge approximatif d'acquisition des différents Niveaux d'Evolution Motrice. Il permet de faire un parallèle entre ces niveaux d'acquisitions et les étapes motrices nécessaires à la marche, mais aussi de se questionner sur les interactions avec l'environnement permises par ces acquisitions. Il nous permettra d'appréhender la marche et son apprentissage dans ses dynamiques psychocorporelles que nous aborderons dans le point suivant.

Figure 5 : Les étapes d'acquisitions motrices préalables à la marche (O. Frecon, 2013)

<u>Caractéristiques motrices</u>	<u>Par rapport à la marche</u>	<u>Actions sur l'environnement</u>
A la naissance		
- Hypotonie axiale. - Hypertonie des membres. - Mouvements diffus.	- Réflexe de marche automatique.	- Activités réflexes souvent interprétées sur un mode relationnel par les parents.
Jusqu'à 6 mois : « phase statique » : les différentes positions à plat au sol.		
- Hypertonie axiale. - Hypotonie des membres. - 3 mois : tenue de la tête.	- Grande activité musculaire. - Posture d'enroulement et de déroulement (mise en jeu de l'axe vertébral).	- Le regard s'horizontalise.

<p>Sur le dos :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membres libérés (en particulier les mains). - Le bébé roule sur le côté, des changements de position sont possibles (pas toujours volontaires), et présence de mouvements de pédalage. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ebauche de l'axe corporel. - Découverte des pieds (notamment en passant par la bouche : rassemblement). 	<ul style="list-style-type: none"> - Manipulations d'objets. - Changements de positions.
<p>Sur le ventre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le bébé fait l'avion, se redresse sur ses avant-bras puis ses bras, sa tête est relevée, puis son tronc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement musculaire au niveau des bras, du cou... 	<ul style="list-style-type: none"> - Le regard s'horizontalise, observation de l'environnement...
<p>A partir de 6 mois :</p> <p>« phase dynamique » : premiers déplacements, premiers espaces de liberté.</p>		
<p>Les retournements : dos-ventre et inversement.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Changements de positions, de directions et déplacements. - Première forme d'indépendance pour explorer l'environnement.
<p>La reptation : (vers 6 mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le bébé rampe vers l'arrière puis vers l'avant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Traction du corps par les membres supérieurs. 	
<p>Le quatre patte : (vers 8 mois)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alternance et coordination des mouvements mains-pieds. 	
<p>A partir de 7-10 mois : Découverte de la verticalité.</p>		
<p>La position assise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7-8 mois : l'enfant tient assis seul. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibre stable. - Développement de l'axe vertébral (symétrie, rassemblement...) qui a une fonction de soutien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mains disponibles pour l'exploration et la manipulation. - L'univers s'agrandit, le regard se porte plus loin. - Autre moyen possible de déplacement.
<p>La position à genoux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8-10 mois : à genoux assis puis redressé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Force dans les hanches (se redresse sur ses genoux). 	<ul style="list-style-type: none"> - Autre moyen possible de déplacement.
<p>La position debout :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9-10 mois : tient debout avec appui. - 11-12 mois : tient debout sans appui. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se redresse en passant par la position du « chevalier servant ». - Verticalisation. - Stable sur ses appuis (pieds) et solide sur son axe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponible vers la mobilité. - Ouvert à l'espace relationnel.
<p>La marche bipède :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9-18 mois : l'enfant est tenu par les mains, s'accroche aux objets (cabotage) et enfin marche seul. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apprend à maîtriser son équilibre. - Alternance, coordinations... 	<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle dimension de l'espace. - Permet d'« aller vers » (notion d'intentionnalité), temps des découvertes (lieux, personnes...).

La conquête de la marche de l'enfant et, en l'occurrence, sa reconquête par l'adulte lésé, repose sur une intégrité neurologique relative qui confère un potentiel de récupération motrice. Elle est aussi conditionnée par les aptitudes personnelles de chaque individu, par les motivations qui poussent à cette quête de la verticalité, et par l'environnement, favorable ou non, lié à l'entourage ou au contexte social. Enfin, elle est liée aux expériences motrices, qui, dans le cadre de la rééducation de la marche reposent sur le principe de plasticité cérébrale²⁶ et de renforcement musculaire.

2. [Les composantes psychomotrices de la marche](#)

a. [Verticalité et axe corporel](#)

- **La verticalité**

La verticalité caractérise l'humain et représente ce qui tient debout, en position verticale, élément inhérent à la marche bipède. B. Lesage la considère comme une étape fondatrice du sujet (1998). Elle résulte du processus de verticalisation, sous-tendu par les actions simultanées des chaînes d'extension postéro-latérales et postéro-antérieures, et des fonctions toniques antigravitaires.

La verticalité a de nombreux intérêts physiologiques et sa perte, de nombreuses conséquences au niveau des systèmes osseux, cardiaque, vestibulaire et musculaire. La diminution des contraintes de la verticalité entraîne une fragilisation osseuse, un déconditionnement de l'appareil vestibulaire aux sensations de la position verticale, une fonte musculaire, mais aussi une déshabitude du cœur et des vaisseaux à la fréquence et au débit cardiaques normaux. La verticalisation doit donc se faire petit à petit afin de réhabituer l'organisme à ces contraintes (Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, 2012).

Par sa dimension spatiale, la verticalité entretient une dynamique relationnelle et narcissique. L'enfant, en acquérant la verticalité devient homme et sujet. Applaudi et encouragé, il comprend que la station debout fait gage de fierté. Elle permet le face à face

²⁶ La plasticité permet aux synapses de se renforcer à chaque fois qu'elles sont utilisées, ainsi l'expérience motrice et la répétition de schèmes moteurs, ici les schèmes d'extension, les rendent de plus en plus facile à mobiliser.

avec l'autre, d'être à la hauteur de ceux qui nous entourent et place le regard au niveau de l'autre. Ainsi, la verticalité porte la relation et soutient l'identité.

Au début de la rééducation de Farida, et dès lors que l'appui du pied gauche a été possible, elle effectuait des temps de verticalisation à l'aide d'une table de verticalisation et d'un verticalisateur. Ces expériences de verticalisation étaient particulièrement douloureuses pour elle. Elle était alors accompagnée par la psychomotricienne, qui l'étayait verbalement pendant ses séances de kinésithérapie. Malgré la douleur, Farida exprimait, après chaque verticalisation, un sentiment de fierté.

Nous évoquerons les sous-basements de la verticalité, c'est-à-dire l'axialité et l'ancrage, afin de mieux en comprendre les enjeux, les dynamiques identitaires engendrées par sa perte, et les processus narcissiques mis en œuvre lors de sa récupération.

- **L'axialité**

La constitution d'un axe corporel s'inscrit dans le processus dynamique et progressif de la verticalisation de l'humain. La verticalité est soutenue par le redressement de cet axe. C'est pourquoi il apparaît nécessaire d'approfondir cette notion.

L'axe corporel est sous-tendu par la présence d'une colonne vertébrale, structure osseuse composée de vertèbres qui lui apporte une structure de mobilité et de soutien. Son action est complétée par celle de la musculature de cet axe, paire et symétrique, qui lui offre des possibilités de redressement contre les forces de la gravité (A. Bullinger, 2017). Pour B. Lesage, « *il s'agit, en fait, d'une ligne virtuelle qui est la résultante d'équilibre, autour de laquelle s'organise l'ensemble du corps. L'axe peut se définir en tant que ce qui différencie et relie les grandes polarités de l'espace* » (2012).

La construction de cet axe résulte de l'équilibration tonique de l'enfant aux alentours de son sixième mois, elle est elle-même liée à la maturation neurologique abordée dans le point précédent. C'est à partir de cet axe et de la mobilité qu'il offre que l'enfant peut engager des interactions avec son milieu, déployer ses moyens instrumentaux, et acquérir une opérativité à la base de ses habitudes et de ses représentations. L'axe corporel est donc un

appui représentatif et constitue une étape importante dans le processus d'individuation. Il fait de l'organisme un lieu habité. (A. Bullinger, 2017).

S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval appuient l'importance de l'axialité dans les processus narcissiques : « *l'intégration psychique de l'axe corporel s'accompagne d'une intégration de l'axe psychique* » (2011, p. 171). L'axe psychomoteur est d'ailleurs, selon elle la capacité à se tenir seul debout dans son espace psychique (S. Robert-Ouvray, 2002). L'existence de cette axe confère au sujet une stabilité affective et un fondement narcissique qui lui permettent de se situer comme désirant, communiquant, et opérant. Il l'inscrit dans les dimensions affectives et relationnelles et lui apporte une stabilité interne qui lui permet d'avoir confiance en lui.

L'intégration de l'axe corporel sous-tend la construction et la différenciation des espaces avant/arrière, droite/gauche et haut/bas qui « *permet au sujet de se situer, construire un invariant, point de départ d'une organisation spatiale de la posture et du geste* » (B. Lesage, 2012, p. 51).

Aussi, le redressement du tronc permet d'orienter le regard vers l'avant et de répartir le poids du corps de manière équilibrée. Il constitue ainsi un élément porteur et organisateur de la marche.

Lorsque Farida est arrivée dans le service de rééducation, elle présentait une posture allongée en décubitus latéral, le tronc fléchi, et les bras accrochés aux barrières du lit. Elle a conservé cette position, qu'elle estimait être la moins douloureuse, pendant une grande partie de son alitement. Au passage en position assise, Farida présentait toujours cette posture légèrement asymétrique. Lors des verticalisations et de la marche entre les barres parallèles, elle a le tronc penché en avant, le regard vers le sol, et une posture asymétrique en raison de son pied gauche qu'elle ne pose au sol que sur son côté externe. Cette posture asymétrique et légèrement recroquevillée traduit un axe corporel désorganisé par compensation de nombreux facteurs : douleurs, alitement prolongé, défaut de proprioception, perte musculaire, ou encore posture de protection face à ses angoisses.

Son axialité désorganisée a des répercussions au niveau de l'organisation de sa marche mais aussi sur son estime de soi et ses dynamiques relationnelles. En effet, l'axialité, par le

redressement qu'elle implique, confère au sujet une dynamique d'affirmation de soi, de fierté et d'ouverture à l'autre. A l'inverse, l'axe effondré de Farida a plutôt des connotations de repli sur soi, d'introversion, et d'absence de fierté. Ainsi, un travail autour de l'axe corporel est envisagé à travers les différentes médiations mises en place avec elle afin de favoriser une marche davantage fonctionnelle mais aussi dans une logique d'affirmation de soi et de revalorisation narcissique.

Sarah quant à elle, lorsqu'elle est assise et pendant qu'elle marche, présente un tronc redressé. Le maintien de son axe a été travaillé en parallèle des verticalisations depuis le début de sa rééducation, sous l'étayage verbal et tactile de la psychomotricienne. Son axe est ainsi intégré et structuré, ce qui semble cohérent avec sa confiance en elle et sa stabilité affective.

- **Ancrage**

La verticalité, spécificité humaine, « *s'exprime entre deux pôles, entre "les pieds sur terre" et "la tête dans les étoiles"* » (S. Robert-Ouvray ; A. Servant-Laval, 2011, p 170). La verticalité, si elle permet le maintien de la tête, du tronc et du bassin, prend son appui dans les pieds, zone de transition entre l'horizontalité du sol et la verticalité du corps. Les appuis plantaires, par leur anatomie spécifique décrite antérieurement, confèrent la stabilité de la station debout.

Le rôle proprioceptif des capteurs qui composent ses tissus, couplé au rôle dynamique de sa musculature est le fief des nombreux ajustements nécessaires à la verticalité. Ainsi, l'ancrage des points d'appuis au sol est un élément essentiel à la marche. Il favorise l'équilibration, l'adaptation aux différentes surfaces, la solidité ainsi que la fluidité de la marche.

Lors d'une assise prolongée dans un fauteuil, l'appui plantaire est peu sollicité et ses afférences proprioceptives s'appauvrissent. Sarah voit sa sensorialité plantaire atténuée par la lésion médullaire et la perte sensitive qui en découle. Farida quant à elle, souffre de paresthésies au moindre contact tactile. Ces perturbations sensorielles viennent altérer leur ancrage au sol, à la base de leur verticalité, entraînant une fragilisation de celle-ci, des équilibres précaires et une marche vacillante.

B. Lesage ajoute à propos de la prise d'appui au sol : « *On voit donc la dialectique qui relie l'expérience du support, la disponibilité tonique et sensorielle, la possibilité de s'enrouler, à la construction posturale, la naissance de la tonicité axiale et la mise en place des coordinations, par l'exercice du prendre appui et repousser pour jaillir.* » (2012, p. 47). Cette citation place l'ancrage à la base du réinvestissement du corps. Elle questionne également sur l'importance du support psychique fourni par le psychomotricien dans la rééducation et pour permettre au patient de re- « jaillir ».

b. Fonction tonique et dialogue tonico-émotionnel

Comme vu précédemment, l'évolution du tonus suit la maturation neurologique et se développe chez l'enfant vers un état d'équilibre des deux pôles toniques. L'axe se tonifie pour atteindre un tonus postural équilibré et l'hypertonie périphérique diminue pour lui permettre d'accéder à une motricité volontaire, maîtrisée et dirigée. J. C. Coste affirme : « *Le mouvement humain, sous toutes ses formes, même celle de son absence (la relaxation) s'élabore sur un fond tonique, qui en est à la fois le substrat et la matière.* » (1977).

Le tonus est le support premier des émotions, il varie d'un individu à l'autre et son organisation est singulière à chacun selon sa vie affective, psychique et relationnelle. Il est le lieu dans lequel s'inscrit l'affectivité du sujet, détermine l'expressivité de nos mouvements, et de ce fait, permet un dialogue infra-verbal. H. Wallon écrit ainsi que « *l'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique* » et parle de « *relation tonico-affective* » (2009, p. 78)

Commençons par définir ce qu'est une émotion. Selon R. Dantzer et M. Le Moal, c'est « *l'état particulier d'un organisme, survenant dans des conditions bien définies (une situation dite émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales.* » (1991). Les émotions s'accompagnent de manifestations toniques comme des crispations ou des tensions, et les modifications toniques influent sur les émotions. Ce lien entre tonus et émotions est à la base du dialogue tonique, notion évoquée par J. de Ajuriaguerra. Il la définit comme un « *dialogue préverbal dans lequel mère et enfant peuvent trouver la confirmation de leur rôle, de leur confort, et de leur découverte* » (1977). C'est une correspondance entre les vécus corporels de l'un et l'autre.

La fonction tonique a ainsi une fonction de communication et d'étayage de l'appareil psychique. S. Robert-Ouvray lui accorde une fonction d'agent intégratif des stimulations internes et externes, tout au long de notre vie. Elle tient également une fonction de contenance, ainsi que de pare-excitation : son excès peut servir de bouclier lorsque les ressources psychiques ne sont plus suffisantes.

Par le biais du tonus, notre marche est marquée par notre personnalité, notre affectivité. Sa dynamique est propre à chacun et signe notre façon d'être. Le tonus est donc un lien majeur entre marche et identité.

Chez Farida et Sarah, on relève une hypertonie globale lors de la marche. Ce recrutement tonique est lié aux émotions qui les envahissent : peur de tomber, douleurs, mais aussi fierté et excitation d'être debout. S'il est la manifestation des émotions, il peut aussi être leur origine : le déséquilibre crée une hypertonie et l'hypertonie induit de la peur. Chez Farida, l'hypertonie se manifeste même en position assise. Si l'anxiété et le stress sont liées physiologiquement à l'augmentation du tonus, on peut également supposer que le tonus vient compenser la solidité d'une intégrité osseuse mise à mal par ses fractures.

c. Les composantes spatio-temporelles de la marche

Les composantes d'espace et de temps sont indissociables. Elles organisent le monde qui nous entoure et structurent notre corps en son sein : sensations, perceptions, gestes, mouvements. La marche, en tant que mouvement, est intégrée, étayée et organisée selon ces composantes spatio-temporelles, qui l'inscrivent au niveau symbolique et psychique (C. Pavot et A-C. Galliano, 2011).

- **L'espace**

L'espace permet de percevoir, d'intégrer et de se représenter les limites du corps propre ainsi unifié. En séparant le soi de l'autre, il est aussi support de relation et de communication. L'espace organise la marche par le déplacement spatial qu'elle induit et les dynamiques relationnelles qu'elle sous-tend par ses jeux de rapprochement/éloignement. L'espace est « *une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatiale permet à l'homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé.* » (C. Pavot et A-C. Galliano, 2011,

p220). L'investissement spatial du corps permis par la marche, les repères spatiaux qu'elle confère et la maîtrise de l'espace enrichissent les vécus corporels du sujet. Ces trois éléments régissent ses relations et par ces biais, érigent son identité.

Chez les sujets porteurs d'un handicap moteur, l'investissement spatial diffère. Les facteurs tels que la douleur ou le déficit musculaire limitent le déploiement du corps dans l'espace. Les repères spatiaux sont modifiés par la position assise induite par le déplacement en fauteuil. Ces phénomènes viennent modifier les impressions et les expressions²⁷ corporelles de Sarah et Farida, provoquant des remaniements sur le plan de l'identité.

- **Le temps**

Le temps, au même titre que l'espace, organise nos perceptions et nos actions et s'inscrit dans la structuration psychique. Il se compose de trois éléments essentiels : l'ordre, la durée et la succession (C. Pavot et A-C. Galliano, 2011). Si le temps est une donnée objective, la perception du temps est une appréciation au contraire très personnelle. Le rythme²⁸, qui s'inscrit dans cette notion de temps, est une composante de l'adaptation humaine. Nous avons tous notre rythme propre, mais devons en permanence nous adapter à des rythmes collectifs, sociaux, professionnels.

La marche s'inscrit dans une temporalité par la succession de mouvements dans un ordre donné, à la base du cycle locomoteur. Celui-ci se répète de façon rythmique, à une vitesse déterminée. Ce rythme inscrit la marche dans des dynamiques relationnelles.

Concernant nos patientes, leur rythme de marche est lent, car l'action leur demande un effort et une attention particulière. Le déplacement en fauteuil, à la force des bras, est aussi plus lent qu'une marche ordinaire. On peut imaginer que cette différence de rythme dans les déplacements place nos deux patientes dans une temporalité différente de celle du monde qui les entoure.

²⁷ L'impression désigne l'intégration des informations extérieures par le sujet, tandis que l'expression désigne l'extériorisation des ressentis du sujet vers l'environnement.

²⁸ Le rythme est le retour à intervalles réguliers d'un repère constant. C'est la cadence à laquelle s'effectue une action, un processus.

d. Relation à l'autre

Selon A. Ribadier et S. Sainjeon-Cailliet, la marche est un moyen d'être en interaction avec son environnement, de communiquer avec son entourage. Ainsi, le déplacement induit une stimulation à la fois corporelle et cognitive du sujet (2011, p. 63). Ils soulignent d'ailleurs que, d'un point de vue symbolique, la marche signifie le « *bon fonctionnement* », on peut donc aisément imaginer le lien entre une marche fonctionnelle et un état psychique intègre. A l'inverse, une marche non fonctionnelle induit la non-maîtrise du corps, donc de soi (2011, p.64).

Le trouble de la marche en tant que trouble psychomoteur, se manifeste selon J-M. Albaret dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui (2011). Ce trouble affecte l'adaptation du sujet à son environnement et donc amène à des perturbations au niveau relationnel.

Nous évoquerons plus en détail l'impact des troubles de la marche sur la relation à l'autre dans le point suivant en abordant les notions de handicap et d'autonomie dans leurs dimensions individuelle et sociale.

3. Enjeux et répercussions du handicap moteur

Au cours de ce point, nous allons aborder le handicap et ses répercussions psychiques et sociales. Il s'agira d'abord de comprendre comment il est pensé et vécu au sein de notre société. Puis, nous aborderons les conséquences du handicap sur la vie quotidienne, sociale, affective et psychique. Enfin, nous concluons sur le lien entre handicap et identité.

a. Le handicap et la société

L'Organisation Mondiale de la Santé propose de définir le handicap comme un terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation. Cette notion de handicap repose sur d'autres définitions : une déficience est considérée comme une altération d'une fonction ou d'une structure anatomique, physiologique ou psychologique. Cette déficience entraîne une incapacité, c'est-à-dire la réduction de la capacité d'accomplir une action dans les limites considérées comme normales

pour un être humain. La législation française définit le handicap dans la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » comme suit : « Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable, ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, [...] ou d'un trouble de santé invalidant. » (Loi n° 2005-102)

La considération du handicap a beaucoup évolué depuis ces dernières décennies. Les personnes en situation de handicap étaient, jusque dans les années quarante, considérées comme inadaptées et mises de côté, enfermées, abandonnés et parfois même éliminées²⁹.

De nombreuses lois et politiques ont permis de faire évoluer la condition des personnes handicapées³⁰. Pourtant leur inclusion reste lacunaire. L'accessibilité des lieux publics est largement insuffisante et nos conceptions et modes de pensée restent limités pour envisager un vivre ensemble qui admet une diversité des capacités de chacun.

Les personnes handicapées n'existent que par opposition aux personnes valides et sont confrontées à un statut identitaire mal défini. E. Goffman décrit l'injonction paradoxale qui est faite aux personnes handicapées : la société attend d'elles qu'elles acceptent leur différence sans infliger aux autres leur souffrance (1968). Ces personnes restent considérées comme des personnes déficitaires et démunies, en marge de la société dont la norme est la validité.

b. Le handicap et l'autre

Au cours de ce point, le terme de dépendance sera préféré à la notion de perte d'autonomie puisque l'autonomie se réfère au libre arbitre, là où la dépendance désigne l'incapacité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les tâches physiques ou sociales de la vie et de s'adapter à l'environnement. L'autonomie est parfois considérée comme l'absence de dépendance, comme l'a évoqué Farida au cours de son entretien. Nous

²⁹ Selon le tribunal militaire international, créé en août 1945, le 3ème Reich a conduit à l'extermination de très nombreux enfants inadaptés pour protection raciale, par considération que ces personnes étaient génétiquement inférieures.

³⁰ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Loi de 1983 et 1985 de sectorisation psychiatrique
Déclaration de Madrid de 2002

verrons au cours de ce développement quels sont les enjeux de la dépendance sur l'identité du patient lésé.

La marche permet d'agir sur l'environnement, de se déplacer et de s'approprier l'espace. De ce fait, elle favorise l'indépendance dans la vie quotidienne. Les personnes présentant un trouble de la marche, comme Farida et Sarah, n'ont plus la capacité de marcher pour se déplacer au quotidien. Elles sont tributaires d'aides techniques comme le fauteuil roulant, le déambulateur ou les cannes, qui ne sont pas toujours suffisantes pour leur permettre d'être indépendantes, notamment dans un milieu urbain encore peu accessible aux personnes en situation d'invalidité.

Cette dépendance a une incidence sur l'être au monde des patients. Leurs mouvements de la vie quotidienne, parfois limités ou douloureux nécessitent une aide pour être réalisés. Cette aide d'une personne proche ou professionnelle, dans des moments parfois intimes, peut réactiver des modes de relation anciens, voire infantiles, qui nécessitent des adaptations psychiques puisées dans des registres archaïques. Elle peut être perçue comme pénible, oppressante, ou être l'occasion de bénéfices secondaires. (Corpus de gériatrie, 2000, p. 94)

Cette dépendance peut modifier le regard des autres sur la personne lésée. L'aidant prend une place qui se rapproche de celle d'un parent auprès de son jeune enfant (Corpus de gériatrie, 2000, p. 95). Dans le cas de Sarah, cette place est occupée par sa mère. A l'âge où les adolescents prennent leur indépendance vis-à-vis des figures parentales, Sarah peut se retrouver limitée dans cette émancipation et dans son affirmation de soi. Elle évoque d'ailleurs régulièrement des conflits avec sa mère, à l'origine d'une grande anxiété et de difficultés dans ses apprentissages.

Farida est, quant à elle, surtout aidée par son mari pour sa toilette, et par ses enfants qui lui achètent des vêtements. Cette inversion des rapports est susceptible de créer un déséquilibre familial, notamment dans la famille de Farida où sa place de mère était centrale. En tant que mère, elle répondait aux besoins familiaux. Désormais, c'est elle qui a besoin de sa famille dans sa vie quotidienne. Elle exprime souvent d'importants regrets face à cette indépendance perdue. Farida semble penser qu'elle n'est plus la même personne depuis que sa fonction au sein de la famille a changé.

c. Le handicap et soi : l'identité remaniée

Le handicap n'est jamais une condition désirée. Il vient, s'impose et provoque une rupture du sentiment d'identité, de continuité d'existence et la perte de l'illusion d'une identité permanente et unifiée (E. Weislo, 2017, p. 29). Les personnes ne se reconnaissent plus, ne savent plus si elles sont tout à fait les mêmes ou tout à fait différentes avec ce handicap. Soumises au regard intrusif ou fuyant de l'autre, elles subissent des attitudes stigmatisantes, peinent à trouver leur place dans la famille, les institutions, et la société. Cette situation entraîne de profonds remaniements sur le plan identitaire. Ces questionnements au niveau de l'identité, s'ils sont parfois douloureux, désagréables et inconfortables, peuvent venir mettre du sens sur cette nouvelle incapacité du corps. Ils sont l'occasion d'expérimenter et d'inventer de nouvelles stratégies dans la construction de l'identité. (E. Weislo, 2017, p. 32).

III. L'intérêt de l'accompagnement psychomoteur dans le cadre de troubles de la marche

A. La thérapie psychomotrice en service de rééducation

1. L'approche du corps en psychomotricité : corps propre et corporéité

E. Husserl développe la notion de corps propre, une notion fondamentale en psychomotricité puisqu'elle permet de penser le corps en tant que sujet et objet. Elle permet d'intégrer au corps le psyché qui s'y incarne par les expériences vécues des sensations tactiles, kinesthésiques, visuelles et qui construisent la conscience, la temporalité et la spatialité (E. Husserl, cité par F. Giromini, 2019, p. 8). C'est cette richesse d'expériences corporelles proposées par le psychomotricien qui permet au patient de restaurer une conscience de soi précaire ou défaillante.

M. Merleau-Ponty développe également la notion de corps propre et fait émerger la notion de corporéité. Il décrit le corps comme sujet, lieu des perceptions, des émotions, de la pensée, de la parole, de l'expression comme propre à soi et synthèse des expériences et des découvertes. Il parle de *chair* pour évoquer le corps voyant et visible. Le rapport du corps à l'espace se fait par le mouvement, qui permet, par son expression et sa spontanéité, de se

situer dans un espace, de se percevoir comme un tout, ainsi que de s'approprier les parties de son corps. La motricité traduit alors une intentionnalité corporelle (F. Giromini, 2019 p. 9).

Quand, du jour au lendemain, les mouvements sont limités par un corps abimé, la corporéité est bouleversée. Le rapport du corps à l'espace change, sa perception et son identification aussi. Dans le cadre de lésions de l'appareil locomoteur ou du système nerveux, le psychomotricien s'efforce d'accepter le corps abimé de la personne, qui doit vivre avec ce handicap, et s'adresse à ce corps qui, différemment, vit, expérimente, parle et s'exprime (C. Dutems Carpentier, 2011, p. 76)

Les notions de corps propre et de corporéité sont un fil conducteur à l'approche corporelle en psychomotricité. Le psychomotricien utilise le corps propre comme médiateur à la relation à l'autre (F. Giromini, 2019).

Ces notions nous permettent d'envisager l'intérêt de l'accompagnement psychomoteur dans la restauration d'une identité altérée. Les expériences corporelles proposées à Sarah et Farida en psychomotricité, viendront enrichir leur vécu et construire la conscience d'un soi différent, ainsi qu'une temporalité et une spatialité nouvelle. Or, nous l'avons vu dans les points précédents, la structuration spatio-temporelle, la conscience de soi, les pensées et les émotions, sont des sous-bassement de l'identité. L'accompagnement psychomoteur vise alors à restaurer le rapport au corps, rompu par le traumatisme physique, pour permettre au sujet de renouer avec un vécu corporel harmonieux, à la base d'une identité construite.

2. Les objectifs et moyens thérapeutiques de la psychomotricité en rééducation

a. Objectifs thérapeutiques

Pour des patients présentant des pathologies qui altèrent l'appareil locomoteur ou le système nerveux, l'ensemble des rééducateurs porte un objectif commun : leur permettre de retrouver une autonomie de mouvement et une qualité de vie optimale. Le rôle du psychomotricien est alors d'accompagner les patients dont l'image du corps a été bouleversée pour leur permettre de réinvestir leur corps, leur mobilité afin de restaurer leur sentiment d'identité (S. Bednarek, A. Baylot, M. Fradet, 2019)

Le psychomotricien travaille sur le corps sujet à travers différents axes thérapeutiques pour accompagner les remaniements qui ont lieu sur le plan identitaire :

- Un travail de restauration de l'image du corps et de réintégration du schéma corporel est nécessaire suite aux bouleversements corporels, aux douleurs et à la perte d'estime de soi,
- Un travail sur la régulation tonico-émotionnelle permet de gérer les émotions, les peurs et les douleurs mais aussi d'étayer la reconstruction psychique par la fonction tonique³¹,
- Un travail de lever de l'inhibition psychomotrice permet le réinvestissement du corps et de la mobilité corporelle et psychique,
- Un travail sur l'équilibre, la marche, la verticalité et l'axe corporel permet à la personne de se réaffirmer et de reprendre confiance en elle.

Les axes thérapeutiques sont hiérarchisés et organisés en objectifs à court, moyen et long terme afin de structurer le suivi et de s'ajuster au plus près à l'évolution du patient. Malgré tout, l'identité se jouant à plusieurs niveaux parfois intriqués entre eux, les axes se recoupent et s'entremêlent. La régulation tonique est par exemple inhérente au redressement de l'axe corporel et à la verticalité, eux-mêmes liés à la structuration psychique et à l'estime de soi.

Cette organisation en axe, qui peut sembler clivante permet surtout de faciliter la lecture psychomotrice du sujet et l'organisation des propositions thérapeutiques.

b. Moyens thérapeutiques

Les moyens thérapeutiques sont nombreux, et se situent à plusieurs niveaux. Premièrement, on trouve dans la relation thérapeutique des éléments comme le cadre, l'écoute, l'empathie, ou l'étayage verbal et tactile, qui suffisent parfois à apporter aux patients des éléments nécessaires à leur reconstruction : un espace de parole, un soutien sur lequel prendre appui, des mots pour élaborer. Deuxièmement, des dispositifs thérapeutiques peuvent être utilisés comme support aux axes de travail, et orientés selon les besoins du patient.

³¹ Cf : p. 61

B. L'accompagnement psychomoteur de Sarah et Farida

Je détaillerai dans un premier temps, les outils dont dispose le psychomotricien au sein de la relation, en les inscrivant dans leur contexte théorique, puis en détaillant leur mise en œuvre, dans la clinique, avec Farida et Sarah. Dans un deuxième temps j'évoquerai les médiations utilisées avec ces deux patientes et l'évolution que j'ai pu observer.

1. Les outils du psychomotricien dans la relation

a. Le cadre thérapeutique

Selon C. Potel, « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. » (2010, p. 321). Ce cadre contient et articule les démarches thérapeutiques de chaque professionnel de santé autour du projet thérapeutique du patient. Il désigne les conditions pratiques et psychiques, adaptées aux possibilités du patient qui permettent la mise en place d'un projet de soin. Il se construit avec des éléments fixes, mais ajustables, tels qu'un espace dédié, un temps consacré, des rituels et des objectifs à court et long termes (C. Potel, 2010). Il se met en place sur deux niveaux :

- Le cadre institutionnel est une première étape, garante de l'organisation et de l'encadrement de la population dont l'institution a la charge. Dans le service de rééducation, le cadre institutionnel définit le type d'hospitalisation, les jours de présence, le projet de soin des patients ainsi que les prescriptions et indications des différents intervenants paramédicaux.
- Le cadre thérapeutique en psychomotricité s'appuie sur le premier niveau, qui l'influence et l'organise. Il est cependant propre à chaque professionnel qui y intègre sa pratique de soin, à partir des objectifs du projet global de soin. C. Potel l'envisage sous deux niveaux : un cadre physique et un cadre psychique. Le cadre physique s'élabore sur le plan spatio-temporel par la définition d'un lieu pour les séances, des horaires, des fréquences et d'une durée. Le cadre psychique, quant à lui, s'élabore sur

la fonction limitante³² suffisamment étanche et souple et sur la fonction de maintien³³ du thérapeute par son regard, son attitude, sa posture, sa communication verbale et non verbale, mais aussi par sa façon d'entrer en interaction avec le sujet.

Au cours de l'accompagnement psychomoteur de Sarah et Farida, de nombreuses contraintes institutionnelles ont affecté le cadre spatio-temporel des séances en psychomotricité qu'il fallait adapter en permanence en modifiant les horaires, les dates ou les durées de séances. Ce cadre imprévisible et les contraintes extérieures que je n'ai pas suffisamment anticipés ont d'ailleurs rendu difficile la mise en pratique de mon projet thérapeutique avec Farida, d'autant que cette rééducation a pris fin de façon inopinée, sans même que nous n'ayons pu nous dire au revoir.

Ce cadre en psychomotricité était régulièrement réadapté selon ma présence et mon implication dans les séances, parfois menées par la psychomotricienne, et d'autres fois par moi. J'ai dû apprendre à investir ce cadre en ajustant ma posture, ma voix, mon regard et ma proxémie au fur et à mesure que je prenais confiance.

J'ai pu saisir l'importance du cadre psychique lorsque, à plusieurs reprises, Sarah et Farida se sont permises de lâcher prise et de se confier, lors de la séance. Le cadre sécurisant a permis d'instaurer au fil des semaines, une relation de confiance permettant à ces deux patientes de confier leurs ressentis. Je me suis également interrogée, lors de ces moments, sur la relation qui se construit entre patient et psychomotricien, et la manière dont elle étaye la reconstruction identitaire.

b. La relation thérapeutique

La relation désigne les liens entretenus entre deux personnes. C'est un phénomène dynamique, actif et multimodal. Dans le cadre du soin, la relation qui lie le soignant et le soigné est dite thérapeutique. Elle s'appuie sur les mêmes modalités que tout type de relation : communication verbale et infra-verbale³⁴, intersubjectivité, émotions, interactions et

³² Le cadre psychique a une fonction d'enveloppe limitante développée par D. Houzel dans son ouvrage « Le concept d'enveloppe psychique » paru en 2010.

³³ Cette fonction contenante du thérapeute se réfère au concept de holding développé par D. Winnicott dans son ouvrage « les objets transitionnels » rédigé en 1951.

³⁴ La communication infra-verbale comprend les gestes, les mimiques, les regards, les attitudes, elles sont souvent d'ordre tonique.

comportements. La relation en psychomotricité permet la mise en place d'une alliance thérapeutique et d'une adhésion du patient à l'accompagnement.

La relation thérapeutique, par la mise en mot et la verbalisation des éprouvés, permet au patient d'élaborer les expériences corporelles, et d'intégrer ses ressentis.

Suivant les principes de la théorie de l'attachement de J. Bowlby et des modèles internes opérants³⁵, on peut considérer que le patient intégrera l'image positive de lui-même renvoyée par le thérapeute qui peut être considéré, au fil du suivi comme une figure d'attachement.

Aussi, en référence aux travaux de D. Winnicott sur « la mère suffisamment bonne » qui permet à l'enfant de se structurer et de se narcissiser, on peut considérer, d'une part, que le thérapeute favorise l'affirmation de soi et de la subjectivité du patient, en lui étant dédié le temps de la séance, et en lui restant attentif afin de s'ajuster en permanence. D'autre part, sur la base d'un accordage affectif entre patient et thérapeute, le psychomotricien peut participer à son étayage, à son unité psychocorporelle et lui redonner confiance en lui.

J'ai pu observer les retentissements de la relation thérapeutique sur la reconstruction identitaire de Sarah et de Farida. Sarah entretient une très bonne relation thérapeutique avec la psychomotricienne. Cette relation a abouti à une alliance thérapeutique et à une forte adhésion aux propositions de soins. Aussi, Sarah semble prendre très à cœur les encouragements et les compliments de la psychomotricienne lors des séances de marche, qui sont un levier motivationnel pour elle et qui la revalorisent profondément dans son estime d'elle-même. Pendant une période où elle vivait en conflit avec sa mère, elle rapportait régulièrement à la psychomotricienne les propos dévalorisants de sa mère, comme pour chercher en elle le réconfort renarcissant d'une deuxième figure d'attachement.

Avec Farida, patiente avec laquelle j'ai pu m'impliquer dès le début de mon stage, la relation thérapeutique s'est très vite créée. Etant la première patiente pour laquelle j'ai pu mettre en place mes propres propositions, je me suis beaucoup impliquée dans cette relation, parfois de façon maladroite, mais toujours très attentive à ses éprouvés douloureux, et à son

³⁵ Les modèles internes opérants désignent les procédés selon lesquels l'enfant intègre la présence d'une personne lui apportant sécurité et soutien dans sa mémoire procédurale, ce qui lui confère une représentation de soi comme étant « digne d'être aimé ».

impression de ne pas être entendue. J'ai eu le sentiment que Farida se sentait prise en compte dans notre relation. En cela, il m'a semblé que celle-ci lui faisait du bien et lui permettait de croire en elle et en sa progression, et ce, malgré ses douleurs récurrentes.

2. La médiation thérapeutique

La médiation est, pour C. Potel, un témoin de la relation entre deux personnes. Elle sert d'intermédiaire entre soi et l'autre et offre un espace de rencontre entre le patient et le thérapeute. Principalement d'ordre corporel en psychomotricité, la médiation endosse la fonction de processus créateur et représente pour le patient, un espace d'expériences, de sensations, de perceptions et de présence à soi. Le rôle du psychomotricien est de donner un sens à ces éprouvés par son investissement psychocorporel et d'ainsi favoriser la structuration de l'identité du patient. Les médiations corporelles font du corps une préoccupation. Selon C. Potel : « Elles canalisent et orientent les vécus du corps engagés dans les échanges afin de permettre que ces vécus deviennent matière à transformation et à élaboration psychique. Ainsi, le corps est pris en compte essentiellement dans ses modes d'expression singuliers et spécifiques, langagiers et symboliques. » (C. Potel, 2015, p. 19).

Les objectifs des médiations sont multiples : favoriser l'investissement du corps et du mouvement, stimuler les sensibilités sensorielle et émotionnelle en engageant la personne dans sa globalité, favoriser l'expression, la créativité, le vécu corporel, des propositions propices à la structuration de soi.

Dans le service de rééducation, la psychomotricienne est libre de choisir la médiation qu'elle souhaite utiliser avec ses patients, dans la mesure des possibilités pratiques et de ses connaissances : méthode Feldenkrais, relaxation, hypnose. La balnéothérapie est en première intention prescrite dans le cadre de la kinésithérapie, mais la psychomotricienne peut choisir de l'utiliser comme médiation en accompagnant son patient dans le bassin.

- **La balnéothérapie**

La balnéothérapie est proposée au patient en séance individuelle de psychomotricité dans un bassin où d'autres patients sont en séance avec le kinésithérapeute. L'indication

première pour Sarah et Farida est la rééducation de la marche dans le cadre des troubles de l'équilibre, d'appréhension de la chute et de troubles du schéma de marche. La balnéothérapie compte de nombreux intérêts psychomoteurs.

L'eau par sa densité permet de soulager le poids du corps et de le dresser dans la verticalité. Le patient peut ainsi conserver la position verticale de manière prolongée et facilitée. La diminution de la pesanteur permet de diminuer l'appréhension de la chute, de décomposer le schéma de marche dans la lenteur et la conscience du mouvement ainsi que de travailler les équilibres dans de nouvelles conditions. Si l'eau porte le corps, ses mouvements permanents nécessitent une rééquilibration continue.

Dans le cas de Farida et Sarah, cette posture verticale, sans aide technique, permet d'interagir avec l'autre en étant à sa hauteur. L'axe vertébral redressé, les appuis plantaires investis confèrent à cette posture une forte valence relationnelle et personnelle, elle renforce l'estime de soi et la structuration de l'identité.

L'eau, par son toucher contenant, sa chaleur, et ses fonctions de portage du mouvement peut apporter un vécu de plaisir et de mieux-être chez les patients douloureux comme Farida. Ses mouvements sont facilités par l'allègement du poids du corps, ce qui lui permet d'accéder à une exploration motrice et un réinvestissement d'un corps vecteur de plaisir, en dehors du vécu douloureux habituel.

Par ses composantes de fluidité, l'eau entre en contact avec l'ensemble de la surface de la peau, elle enveloppe le corps et apporte au patient une conscience de ses limites corporelles et d'un corps unifié qui permet une restructuration subjective de soi et un sentiment d'identité.

L'eau est malléable, elle permet une prise de conscience de l'état tonique du corps qu'elle enveloppe dans une chaleur constante permettant un relâchement musculaire et une régulation tonico-émotionnelle.

L'eau est donc un espace permettant de nombreuses explorations motrices et sensorielles structurantes. Elle permet d'engager le corps dans un investissement de l'espace ludique et agréable, et favorise les éprouvés corporels et émotionnels.

J'ai pu observer lors des séances de balnéothérapie de Sarah, en septembre, qu'elle prenait un grand plaisir à marcher dans l'eau, les mains de la psychomotricienne sur son bassin pour favoriser l'ancrage et maintenir l'équilibre. Au fil des séances, Sarah prend de plus en plus confiance dans sa verticalité et investit l'espace du bassin en autonomie. Ses équilibres dynamiques s'améliorent de manière notable. En février, Sarah s'élance sans aide technique ou humaine dans le bassin. L'appréhension de la chute disparaît totalement car elle sait qu'elle peut nager en cas de déséquilibre.

J'ai eu l'opportunité de travailler en autonomie lors des séances de balnéothérapie avec Farida. En parallèle de la rédaction de ce mémoire et au fur et à mesure que j'élaborais ses problématiques, j'ajustais les axes thérapeutiques de nos séances.

Nous avons, dans un premier temps, favorisé les expériences motrices diversifiées : marche à différents rythmes, et dans différents états toniques, pas chassés, nage, sauts, et même courses dans l'eau. L'objectif était que Farida prenne du plaisir à réinvestir l'espace du bassin, et à se réapproprier son corps dans le mouvement. Ces explorations lui ont permis de progresser dans l'eau avec davantage d'aisance et d'équilibre, d'allonger ses pas au maximum. Les propositions faites à Farida la faisaient beaucoup rire, ainsi que les autres patients du bassin qui commentaient ce que nous faisions. Ces retours toujours bienveillants et positifs sur son expression corporelle me semblaient bénéfiques pour elle. Ils venaient mettre en valeur l'expressivité de son corps dans ses mouvements, et les déployer davantage dans leur portée relationnelle et subjective, renforçant ainsi son identité corporelle.

Dans un deuxième temps, nous avons mis en place un temps calme dans la séance de balnéothérapie, davantage consacré à la conscience corporelle et à la régulation tonico-émotionnelle. Nous avons pendant quelques séances consacré ce temps à un travail sur la respiration. Nous avons essayé avec Farida d'identifier les modifications corporelles que la respiration engendre : ressentis de fraîcheur et de chaleur dans les voies respiratoires, soulèvement du ventre et de la cage thoracique, et contractions musculaires au niveau du cou, du dos, de la cage thoracique et des abdominaux. La conscience de la respiration est facilitée dans l'eau car la pression de l'eau sur la cage thoracique nécessite un contrôle musculaire de l'inspiration, habituellement automatique. L'objectif de ce travail était de recentrer Farida sur sa sensorialité et de la reconnecter avec un vécu sensoriel agréable et

diversifié, alors qu'il est habituellement saturé par la douleur. La respiration étant liée aux émotions, l'objectif était également de parvenir à une régulation tonico-émotionnelle.

Progressivement, le travail sur la respiration s'est transformé en un travail de relaxation dans l'eau, centré sur la mise en mot et la prise de conscience des éprouvés corporels. L'objectif était de permettre à Farida d'élaborer sur la première partie dynamique de la séance, de donner du sens à ses émotions, et aux sensations éprouvées au cours de ce dispositif.

Ces séances m'ont semblé apporter beaucoup à Farida, tant au niveau du moral qu'au niveau de l'étayage de sa reconstruction identitaire. La balnéothérapie a favorisé son adhésion à la relation, et cette relation entre nous m'a semblé au fil des séances et d'après la théorie sur la relation thérapeutique développée plus haut, favoriser les nombreux mécanismes de structuration identitaire.

CONCLUSION

Marche et identité évoluent de manière interdépendante : la marche structure notre identité en organisant notre rapport au monde, en modulant nos interactions avec l'environnement, et notre relation à l'autre. Parallèlement, la marche est teintée par nos émotions, nos affects et notre histoire par des biais toniques et expressifs. Elle signe notre personnalité et notre façon d'être.

Pourtant, la marche est un acte psychomoteur fréquemment altéré : atteinte neurologique, vieillesse physiologique, atteinte ostéoarticulaire, ou encore amputation. La personne, dont les capacités physiques sont réduites par un déficit anatomique ou physiologique, est alors considérée comme étant « en situation de handicap ». Quelles répercussions sur l'identité de la personne ? Quelles pistes pour accompagner ces remaniements lors de la rééducation psychomotrice ?

Pour répondre à ces problématiques, nous nous sommes appuyés sur la clinique de deux patientes, présentées au sein du premier chapitre : Farida et Sarah. C'est sur la base de cette clinique et de l'évolution de ces patientes en séance de psychomotricité que nous avons pu étayer et discuter les hypothèses théoriques lors du deuxième chapitre.

Au sein de ce deuxième chapitre, nous nous sommes intéressés à la construction de l'identité. Nous avons vu qu'elle reposait sur plusieurs éléments : la subjectivation, c'est-à-dire l'intégration d'un « Moi » différent de « l'autre », assurée par l'intégration d'une enveloppe corporelle intègre, la continuité d'existence, qui repose sur l'intégration et la structuration des éprouvés corporels par le psychisme, et le sentiment d'identité qui conduit à l'individuation et permet une affirmation de soi. Le corps est vécu, et le vécu du corps représenté, donnant lieu aux notions de schéma corporel et d'image du corps. Ces représentations psychiques du corps sont liées pour la première à la connaissance, et pour la deuxième au narcissisme. Les remaniements de l'identité viennent nous interroger sur l'intégrité de ces différents éléments après une atteinte de la marche.

Aussi, nous avons vu que le trouble de la marche et les affections motrices et sensorielles qui l'accompagnent affectent l'individu sur le plan psychomoteur : régulation tonico-émotionnelle, structuration spatio-temporelle, verticalité, axialité, ancrage, investissement de l'espace, mais aussi relation à l'autre. Les atteintes physiologiques et anatomiques modifient vécus et éprouvés de manière brutale. Leur intégration par le psychisme est perturbée et les représentations corporelles bouleversées. Ces altérations viennent ébranler les éléments fondateurs de l'identité et l'identité elle-même.

Le corps, dans ses dimensions corporelles et psycho-affectives doit être réinvesti, pour permettre à ces éléments de se restructurer autour des nouvelles conformations liées à la situation de handicap, et ainsi, de reconstruire l'identité de la personne lésée.

L'accompagnement psychomoteur, abordé dans le dernier point, vient enrichir ces nouveaux vécus. Il les étaye par la mise en place d'un cadre et d'une relation thérapeutique, et vient restructurer, par l'utilisation d'une médiation, ici la balnéothérapie, les composantes psychomotrices déficitaires autour d'axes hiérarchisés.

La question des remaniements identitaires, dans le cadre d'une perte fonctionnelle de la marche, peut se trouver limitée par des représentations biaisées de la situation de handicap. On ne peut se résoudre à présenter la marche comme un élément central dans l'identité humaine sans marginaliser les personnes dont l'atteinte physiologique ou anatomique ne laisse aucune perspective de récupération. La considération culturelle actuelle du handicap vient restreindre le champ de réponses à une vision binaire de la validité. Il faudrait alors réfléchir, en s'appuyant sur l'anthropologie du handicap, à une façon d'envisager cette question de manière plus inclusive.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, France : Masson.
- André, L. (2015). *Quand l'atteinte corporelle marque l'historicité du sujet : une reconstruction psychocorporelle à son rythme*. (Mémoire)
- Benedict, R. (1934). *Échantillons de civilisations* (traduit par Weill, R). Paris, France : Gallimard.
- Bieuzen, F. (2013). *Représentation schématique d'un cycle de marche, Influence des propriétés musculaires sur un exercice de locomotion humaine, de l'efficacité à la déficience motrice*. (Schéma)
- Bioy, A. (2007). Lorsque les médecins de la douleur font de la psychologie.... *Le Journal des psychologues*, 246(3), 35-39.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche, La vie de l'enfant*. Paris, France : Erès.
- Chahraoui, K. (2014). Psychopathologie clinique des syndromes psychotraumatiques. Dans Chahraoui, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme* (pp. 3-30). Paris, France : Dunod.
- Cluzeau, P. (2014). *Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique*. (Mémoire)
- Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, (2012), *Handicap, Incapacité, Dépendance* (4^{ème} éd.). Paris, France : Elsevier Masson.
- Corpus de gériatrie. (2000). *Autonomie et dépendance*. Consulté sur http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/08_dependance.pdf
- Coste, J-C. (1977). *La psychomotricité* (5e éd). Paris, France : PUF.
- Courbacier, M. (2019). *Impact de la douleur sur l'image du corps. Apport de la prise en charge psychomotrice auprès des patients douloureux chroniques en service de Soins de Suite et de Réadaptation*. (Mémoire)
- Doron, R., Parot, F. (2011). *Dictionnaire de la psychologie* dans Dictionnaires Quadrige. Paris, France : PUF.
- Dubourg, L. (2019). *Une enveloppe contenante : le cadre thérapeutique en psychomotricité. Rôle du cadre thérapeutique à travers des séances de pataugeoire pour des enfants ayant un défaut de construction de l'enveloppe corporelle*. (Mémoire)

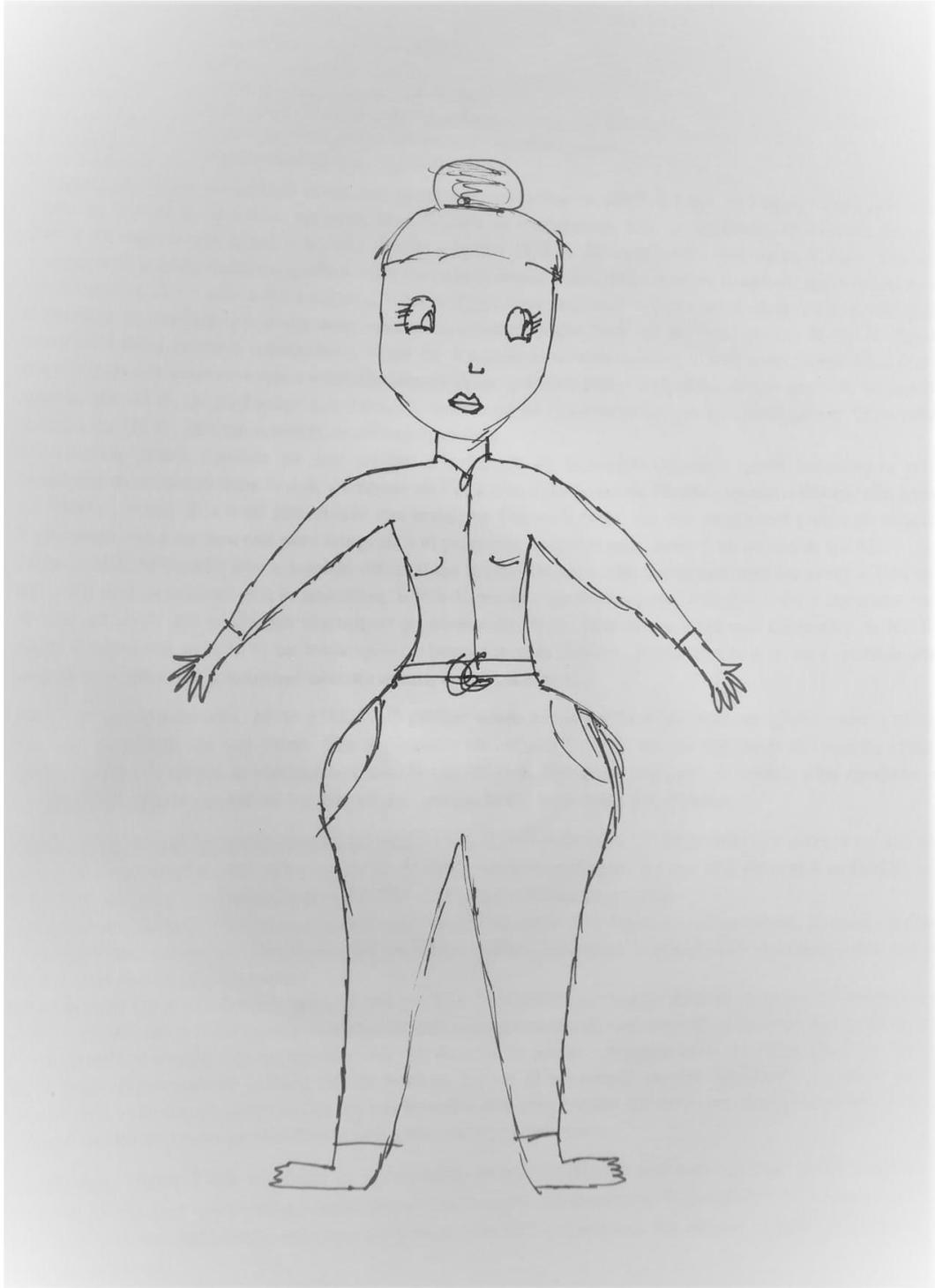
- Frecon, O. (2013). *La marche, trait d'union entre soi et l'autre, approche psychomotrice des enjeux relationnels de la marche chez le jeune enfants et la personne âgée* (Mémoire)
- Goffman, E. (1963). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps* (traduit par Kihm, A.). Paris, France : les éditions de minuit.
- Guiose, M. (2001). Schéma corporel et Image du corps, *Evolution psychomotrice*. Consulté sur <http://psycapcorps.com/2018/10/29/schema-corporel-et-image-du-corps/>
- Jover, M. (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. Dans Rivière, J. *Le développement psychomoteur du jeune enfant*. Paris, France : Solal.
- Korff-Sausse, S., Arenada, M., Ciccine, A., Gargiulo, M., Missionnier, S., Salbreux, R., Scelles, R. (2017). *Handicap : une identité entre-deux*. Paris, France : Eres.
- Larousse. (2019). Définition : identité. Consulté sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420>.
- Larousse. (2019). Définition : adolescence. Consulté sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156>.
- Laquaniello, N. (2017). *La marche entravée : prise en charge psychomotrice autour du retard de développement posturo-moteur*. (Mémoire)
- Le Métayer, M. (1999). Le développement de l'enfant. Dans *Rééducation Cérébro-Motrice du Jeune Enfant Éducation Thérapeutique* (2ème ed, p. 192). Paris, France : Masson.
- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (pp. 37-49). Toulouse, France : Eres.
- Louangvannasy, A. (2013). Cours : La conscience 2 - La conscience de soi. Philo Blog. Consulté sur <http://www.aline-louangvannasy.org/article-cours-la-conscience-2-la-conscience-de-soi-115946039.html>.
- Marvaud, J. (1996). Douleur et relaxation. Dans *Revue Française de relaxation psychothérapique*, n°15. Bordeaux, France : L'Esprit du temps.
- Mucchielli, A. (2013). Les fondements de l'identité psychosociologique. Dans *L'identité* (9e éd., 39-77). Paris, France : Presse Universitaires de France.
- Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps, de l'image au concept*. Paris, France : Dunod.
- Poussin, M., Galiano, A-R. (2014). *Psychologie clinique du handicap : 13 études de cas*, Paris, France : Editions in press.

- Potel-Baranes, C. (2015). *Du contre-transfert corporel : une clinique psychothérapeutique du corps*, Toulouse, France : Eres.
- Potel-Baranes, C. (2010). Être psychomotricien, un métier de présent, un métier d'avenir. Toulouse, France : Eres.
- Pucheu, M. (2019). *Les conséquences du harcèlement scolaire : l'apport de la psychomotricité dans la revalorisation de l'image du corps chez l'adolescent*. (Mémoire)
- Robert-Ouvray, S. (1993). *Intégration motrice et développement psychique, Une théorie de la psychomotricité*. France : Desclée de Brouwer.
- Robert- Ouvray, S. *L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant*. Consulté sur <https://www.mediations-aquatiques.com/article-l-importance-du-tonus-corporel.pdf>
- Sabouraud-Séguin, A. (2006). *Revivre après un choc, comment surmonter le traumatisme psychologique*. Paris, France : Odile Jacob.
- Sacks, O. (1985). *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau* (traduit par La Héronnière, E.). Paris, France : éditions du Seuil.
- Scialom, P., Giromini, F. et Albaret, J-M. (2012). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Paris, France : De Boeck-Solal.
- Scialom, P., Giromini, F. et Albaret, J-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Méthodes et pratiques*. Paris, France : De Boeck-Solal.
- Servant, A. (2017). *Support de cours Anatomie Fonctionnelle, Psychomotricité*, UPMC PARIS VI.
- Vachez-Gatecel, A., Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. Paris, France : Dunod.
- Vaubourg, R. (2016). *Niveaux d'Évolution Motrice et rééducation de la marche du patient hémiplegique adulte*. (Mémoire)
- Vibert, J-F., Willer J-C. (2019). *Neurophysiologie : de la physiologie à l'exploration fonctionnelle* (3^e éd.). Paris, France : Elsevier Masson.
- Wallon, H. (2009). *Les origines du caractère chez l'enfant* (6^e éd.). Paris, France : Quadrige/PUF

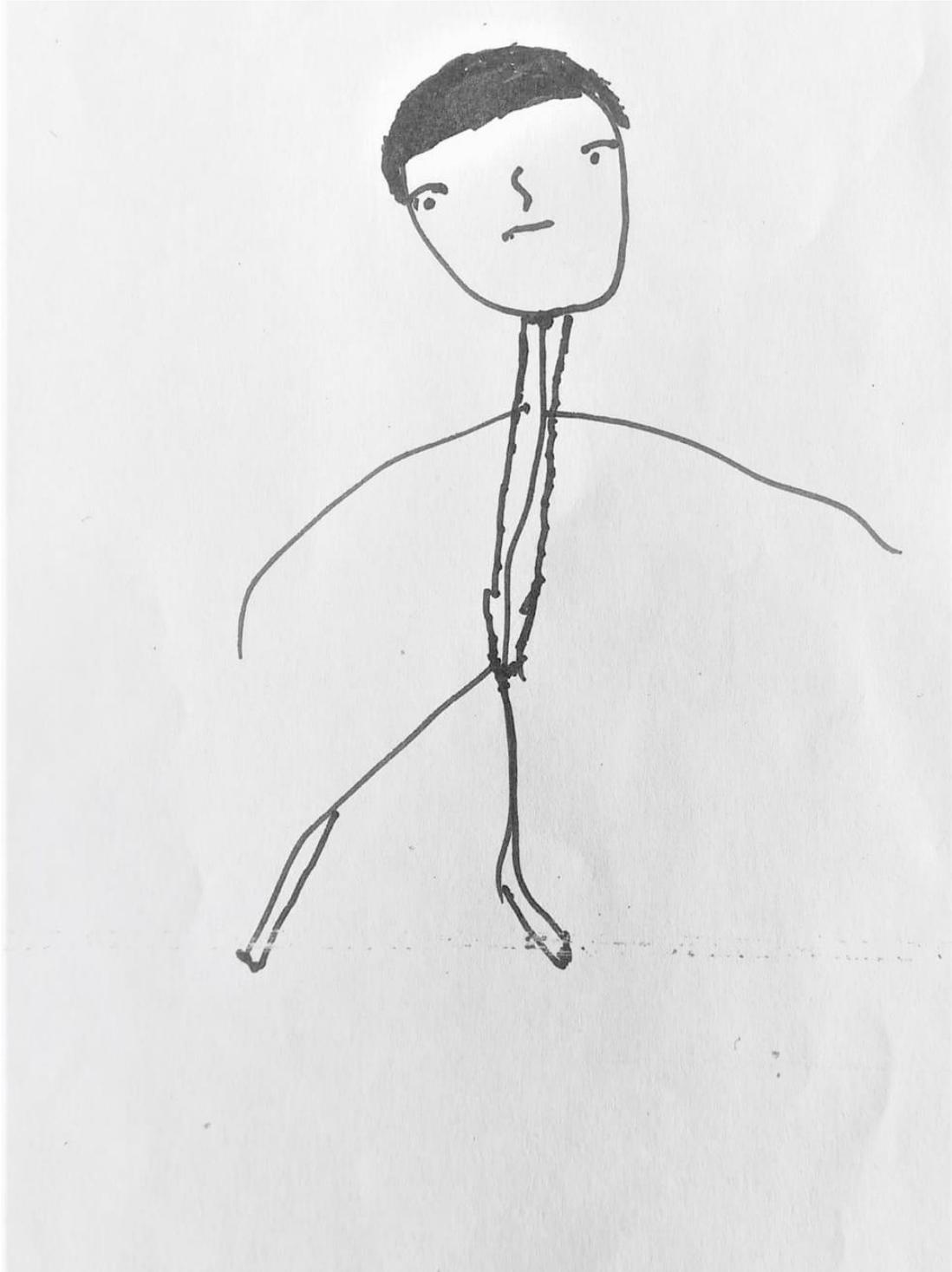
DOCUMENTS ANNEXES



Annexe I : Atelles de releveurs de pieds de Sarah



Annexe II : Dessin de soi de Sarah



Annexe III : dessin de soi de Farida

ENTRETIEN MPR

- 1) RAISONS DE L'HOSPITALISATION
- 2) DOULEURS
- 3) AUTRES SOUCIS (problèmes corporels, opérations, maladies, etc.)
- 4) SITUATION FAMILIALE (célibat/en couple/veuf/profession, loisirs, enfants, etc.)
- 5) MORAL (avec tout ce qui vous est arrivé...)
- 6) OBJECTIF DE REEDUCATION (ce que vous souhaitez...)
- 7) DESSIN DE SOI : vous allez vous dessiner, représenter votre corps. On travaille sur le corps en psychomotricité, on ne juge pas le talent graphique
- 8) SILHOUETTE : c'est pour faire un état des lieux de votre corps, vous coloriez librement, avec les couleurs que vous voulez
- 9) QUESTION DE LA MOBILITE, équilibre, confiance en soi, peur de chuter, appréhension ?

Annexes IV : trame de l'entretien lors de la passation de bilan psychomoteur

Résumé :

La marche, en organisant notre rapport au monde, signe notre personnalité et structure notre identité. Sa perte bouleverse le sujet sur le plan identitaire par le biais de nombreuses modifications psychocorporelles. Elle affecte l'organisation tonique et spatio-temporelle, les représentations du corps, l'intégration de l'axe corporel, ou encore l'intersubjectivité. La rééducation psychomotrice, parce qu'elle appréhende le sujet de manière globale, permet d'étayer la reconstruction identitaire du sujet et d'accompagner ces remaniements.

Mots-clés : Identité – Reconstruction – Marche – Rééducation – Psychomotricité

Summary :

Walking, by organizing our relationship to the world, signs our personality and structures our identity. Its loss upsets the subject on the identity level through several psycho-corporal modifications. It affects the tonic and spatio-temporal organization, the representations of the body, the integration of the body axis, as well as intersubjectivity. Psychomotor re-education, because it apprehends the subject in its comprehensiveness, makes it possible to support the reconstruction of the subject's identity and to support these reorganizations.

Key words : Identity – Reconstruction – Walking – Rehabilitation – Psychomotricity