



HAL
open science

Corps et psyche en dés-à-corps : quel peut être l'apport spécifique du psychomotricien en centre de rééducation et de réadaptation ?

Mathilde Vizot

► To cite this version:

Mathilde Vizot. Corps et psyche en dés-à-corps : quel peut être l'apport spécifique du psychomotricien en centre de rééducation et de réadaptation ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02946368

HAL Id: dumas-02946368

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02946368>

Submitted on 23 Sep 2020

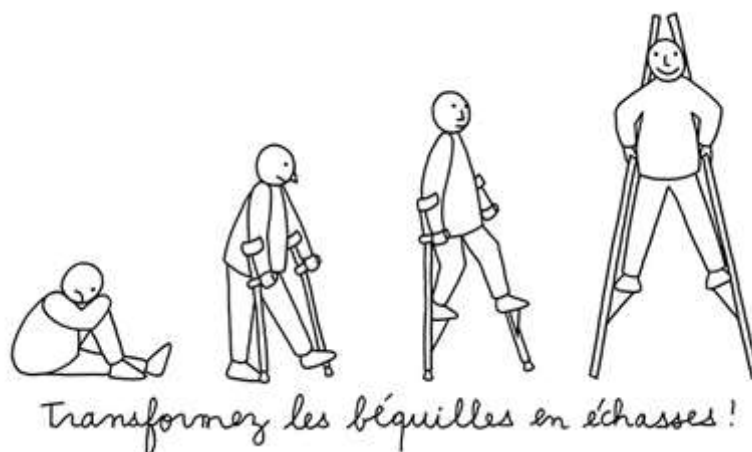
HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

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.

Institut de Formation en Psychomotricité
Site Pitié-Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

Corps et psyche en dés-à-corps

Quel peut être l'apport spécifique du psychomotricien en centre de rééducation et de réadaptation ?



Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien par **Mathilde Vizot**

Remerciements

Je remercie tout d'abord tous les patients que j'ai rencontrés depuis mon premier stage d'observation en amont de ma reconversion, ainsi que mes divers maîtres de stage et particulièrement Anne-Claire sans qui l'exploration de ce mémoire n'aurait pu avoir lieu, merci pour sa patience, son professionnalisme et ses encouragements.

Je remercie également ma référente de mémoire pour sa patience et ses précieuses connaissances.

Au-delà, ce travail n'aurait pu être effectué sans la contribution d'une multitude d'aides directes et indirectes. Il ne m'est pas possible de citer ici toutes ces personnes qui ont contribué à soutenir ma reconversion et permettre que ce document existe. Je suis pleine de gratitude pour toutes ces personnes.

Je tiens à remercier particulièrement mes amis, notamment Christine, ma plus fidèle supportrice, ainsi que Christelle et Emmanuelle, pour leurs encouragements dans les moments de doute. Je remercie également ma famille, plus particulièrement Guy et Régine, qui ont notamment rendu possible la logistique que m'a demandée cette reconversion.

Je tiens vraiment à remercier toutes les collègues de promotion pour l'entraide qui m'a beaucoup touchée : je garderai un incroyable souvenir de ces 3 années et de cette « promo de la fin du monde » avec laquelle j'ai traversé cette extraordinaire aventure.

Je tiens enfin à remercier pour leur disponibilité et leur implication tout le personnel de l'IFP dont la réactivité a contribué à rendre possible cette houleuse 3^{ème} année.

SOMMAIRE

Table des matières

Remerciements	3
Avant-propos.....	6
Introduction.....	7
Chapitre I : « Une immersion en centre de rééducation».....	8
I) Le cadre institutionnel.....	8
A) La structure.....	8
1) L'institution.....	8
2) Les professionnels	9
3) Les modalités de la rééducation.....	11
B) La place de la psychomotricité dans l'institution	13
C) Les pathologies.....	15
1) La population accueillie.....	15
2) Les pathologies les plus rencontrées	16
3) L'évaluation psychomotrice au centre de rééducation.....	17
II) Une clinique variée.....	20
A) Le parcours de Madame C.....	20
B) Le parcours de Monsieur T.....	30
Chapitre II – « Tonus, axe et représentations du corps dans cette atteinte corporelle »	45
I) Les deux items psychomoteurs des indications principales : tonus et schéma corporel	45
A) Le tonus comme approche psychocorporelle de la personne	45
B) Le schéma corporel	50
C) Conscience corporelle	51
II) Les représentations du corps dans la clinique ortho-traumatologique rencontrée	55
A) Définitions des représentations du corps	55
B) Construction de l'image du corps.....	57
C) Rôle du psychomotricien auprès de patients souffrant d'une image du corps altérée.....	58
III) Verticalité, axe corporel	58
Chapitre III – « Quel apport spécifique du psychomotricien en traumatologie ? »	61
I) Une formation à la fois pratique et ouverte sur des théories variées	61
A) Une formation pratique pour un métier incarné.....	61
B) Formation à la croisée des théories pour conserver prudence et adaptabilité.....	62
II) La relation spécifique du psychomotricien au sein du dispositif rééducatif.....	63

A) Préalable de la relation thérapeutique : le cadre.....	65
B) L'écoute du psychomotricien	66
C) Un regard pour faire naître une autre relation	66
D) Des fruits de la relation : l'expression, la verbalisation pour recréer une historisation	67
E) Et le Jeu pour soutenir le sentiment d'identité, l'agentivité.....	68
III) L'apport spécifique du psychomotricien en centre de rééducation	72
1) L'apport du psychomotricien dans une équipe pluridisciplinaire	72
2) L'apport spécifique du psychomotricien : retisser du lien pour le patient	74
Conclusion générale	77
Bibliographie	79
GLOSSAIRE.....	81
ANNEXES.....	82

Avant-propos

Début mars, coup de téléphone de ma responsable de stage : en raison du manque de masques, mon stage en centre de rééducation est interrompu. Quelques jours plus tard, le confinement entre en vigueur. Comment vais-je devenir psychomotricienne pendant le confinement ? Mais le processus est déjà là depuis 3 ans et je sais qu'il continuera encore dans ces prochaines années. Pourtant, c'est difficile d'accueillir la fin des stages, la transformation « informatique » des rites de passage que sont les derniers partiels, la MSP blanche, la MSP et la soutenance de mémoire.

Et reste à terminer ce mémoire, dans un contexte quotidien bien loin de la psychomotricité, dans des conditions qui nous font puiser, dans notre élan vital, la force de préserver notre psychomotricité et celle de nos proches. Loin du lieu de stage, de la clinique, sans accès aux données patients, ma responsable de stage étant elle-même en arrêt, il me reste mes notes et ce que j'ai enregistré consciemment et inconsciemment. Mais comment rendre compte de la complexité des notions liées à cette discipline à la croisée de nombreuses théories et pratiques alors que le quotidien nous invite à simplifier, à nous replier ?

Et en même temps, ce travail d'écriture qui crée du lien, entre des disciplines comme l'anatomie, la neurologie et la psychiatrie, entre l'esprit et le corps, a pris un sens tout particulier dans ce contexte de confinement, des corps et des esprits, mettant à mal des relations, des liens. Le retour à l'essentiel : au-delà des besoins vitaux et soins médicaux, garder le corps en mouvement, respirer, préserver les relations.... Des axes thérapeutiques que nous privilégions en psychomotricité... la psychomotricité, décidément un métier d'actualité.

Introduction

Il y a actuellement peu de postes de psychomotriciens en centre de rééducation. Quelles peuvent en être les raisons ? Serait-ce que les équipes actuelles n'ont pas de besoin ? Est-ce que la psychomotricité ne peut pas vraiment apporter quelque chose de pertinent ? Ou que les psychomotriciens ne veulent pas y aller parce que ça ne serait pas une psychomotricité noble ou qu'il serait difficile d'y exercer ? Ou encore est-ce parce que la psychomotricité n'y est tout simplement pas très connue ? Rien de mieux que l'exploration pour se faire son idée, même limitée par le cadre de l'expérience. Après plusieurs stages où les difficultés des patients s'exprimaient plutôt sur un versant psychiatrique, je souhaitais justement découvrir des pathologies d'origine plus somatiques avec une atteinte visible du corps. C'est ainsi que j'ai franchi les portes d'un centre de rééducation. C'est alors que, le jour de mon entretien, ma première image est celle, dans le grand hall, d'un homme seul, assis, dans une posture me rappelant celle du penseur mais quelque chose cloche dans ce tableau. L'homme porte en fait une attelle qui maintient sa main à l'envers... Je sens instantanément comme un pincement de cœur me signifiant que la situation peut être douloureuse physiquement ou psychiquement. Je sens aussi le regard de l'homme sur moi. Voici déjà de nombreux éléments annonçant un cadre de stage riche.

Je me suis donc immergée dans le service de traumatologie orthopédique d'un centre de rééducation. Au contact de ces patients, au fil des accompagnements en psychomotricité et en m'impliquant progressivement dans ces prises en soin, j'ai pu observer les liens psychocorporels de ces patients envers leur membre blessé et son histoire et vivre l'évolution de ceux-ci. C'est donc dans une démarche plutôt clinico-théorique que j'ai mené mon analyse.

Après avoir dépeint le cadre institutionnel nous nous intéresserons à deux histoires de patients. Ces derniers nous donneront l'occasion d'aller revisiter des notions fondamentales à la psychomotricité, du tonus à l'image du corps en passant par le schéma corporel. Il sera alors temps d'interroger les compétences du psychomotricien qu'il peut mettre au service de ces patients notamment grâce à sa formation et à la qualité de la relation qu'il met en jeu. Enfin, nous pourrons examiner la place du psychomotricien dans l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement.

Chapitre I : « Une immersion en centre de rééducation »

I) Le cadre institutionnel

A) La structure

1) L'institution

Le cadre de mon expérience de stage est un établissement de réadaptation et de soins de suite participant au service public hospitalier. Géré par une Fondation reconnue d'utilité publique, le centre est un établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif.

Sa mission principale, d'après le livret d'accueil, est de contribuer à *l'amélioration* de l'état de *santé* du patient dans le *respect* de la *personne humaine*. La *participation active* du patient est demandée pour permettre *l'efficacité* des soins et l'amélioration de *l'autonomie*.

L'établissement compte près de 300 lits d'hospitalisation complète et places d'hôpital de jour. Les pathologies prises en charge sont de plusieurs catégories :

- L'orthopédie, la traumatologie, notamment de la main,
- La médecine polyvalente à orientation cancérologique,
- La polypathologie de la personne âgée,
- La réhabilitation respiratoire, cancérologique et nutritionnelle.

L'association de ces divers services provient de l'historique de la fondation qui a regroupé plusieurs centres.

Mon stage s'est effectué dans la partie hospitalisation complète, au sein du Département de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) qui contient trois unités, rassemblant 87 lits et 30 places d'hospitalisation de jour. Ce département traite de la rééducation des membres inférieurs et supérieurs à la suite d'une opération ou un accident, de la rééducation de la main, du sepsis* artriculaire, et de la cicatrisation. Le centre de jour permet de poursuivre la rééducation après la fin de l'hospitalisation complète ; cela s'organise en demi-journées ou journées complètes. Il accueille également des patients de l'extérieur.

L'établissement possède un plateau technique de rééducation qui comprend bassins de balnéothérapie, plateaux de kinésithérapie, plateaux d'ergothérapie, salles de rééducation collective, salle spécialisée dans la réhabilitation à l'effort, locaux de psychomotricité et

d'orthophonie. Les locaux sont modernes, propres, relativement lumineux.

2) Les professionnels

a) De nombreux métiers se coordonnent

L'équipe de professionnels compte environ 350 personnes : médecins, infirmiers et aides-soignants, secrétaires médicales, rééducateurs (diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens), psychologues, neuropsychologues, enseignants en activités physiques adaptées, assistantes sociales, agents hôteliers et de restauration, agents techniques et administratifs.

En ce qui concerne le rôle de ces divers acteurs de l'équipe pluridisciplinaire :

- Le médecin prescrit et coordonne les traitements appropriés au patient, échange avec le patient.
- Le cadre de santé est l'interlocuteur principal du patient quant aux soins, il est responsable de la qualité des soins prodigués et du bon fonctionnement de l'organisation du service.
- Les infirmiers et aides-soignants assurent la permanence et la continuité des soins.
- Le cadre rééducateur est responsable de l'ensemble des professionnels contribuant à la rééducation : kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, diététicien.
- D'autres professionnels peuvent intervenir auprès du patient : psychologues, neuropsychologues, enseignants en activités physiques adaptées (APA).
- Une équipe d'assistants sociaux peut accompagner le patient pendant son séjour et créer les conditions favorables à la préparation de sa sortie.

A cette équipe, se rajoutent des animateurs, agents de bibliothèque, des personnes facilitant l'exercice de culte, des bénévoles pour accompagner les patients (associations locales), une coiffeuse, une esthéticienne et une pédicure.

b) Le chef d'orchestre : le médecin

A chaque service est rattaché un médecin. Celui-ci peut partager son temps sur plusieurs services ou même n'intervenir dans le département qu'une journée par semaine.

Le médecin est le chef d'orchestre du projet de soin du patient : il rencontre le patient une fois par semaine à jour fixe et plus si besoin, écoute également les retours des divers professionnels soit dans le cadre formel des réunions de synthèse ou réunions de

transmission soit lors d'échanges informels et peut ainsi ajuster la prise en soin, les indications de rééducation, les divers traitements dont celui de la douleur. C'est également le médecin qui gère les liens avec le chirurgien et, si besoin, d'autres partenaires médicaux en lien avec la pathologie du patient.

c) Les divers métiers paramédicaux et associés : le kinésithérapeute au centre

Pour clarifier les divers rôles j'avais fait la demande des fiches de poste mais en raison de l'épidémie de Covid-19 et des mesures associées je n'ai pu avoir accès à ces documents. J'ai uniquement pu lire la fiche de poste de la psychomotricienne qui s'appuie sur le décret de compétences. J'ai alors décidé de comparer les divers décrets de compétences : kinésithérapeute, ergothérapeute, APA et psychomotricien.

Les décrets de compétences de plusieurs métiers paramédicaux se chevauchent sur certains domaines, ceux-ci sont par ailleurs variables selon le pays de formation. Cela peut être source de renforcement du travail d'équipe, ce qui m'est apparu être le cas dans l'établissement ou au contraire causer des frictions si des flous sur les fonctions sont mal vécus par certains professionnels. Le chevauchement des décrets de compétences permet d'aborder l'accompagnement d'une même difficulté du patient de plusieurs biais, selon la spécificité de l'approche du praticien et, ainsi, soit par une approche plus adaptée au patient, soit par un effet cumulé des diverses approches, de soutenir efficacement le rétablissement du patient. C'est le cas pour la rééducation à la marche, le retour à la verticalité, certains transferts : plusieurs fois nous avons pu voir comment ces approches complémentaires permettaient d'améliorer l'efficacité de la rééducation. Par exemple, dans le cas de transferts problématiques pour un patient en raison d'une appréhension, le schème est repris en psychomotricité et exploré pendant toute la séance, à divers endroits, de manière très lente et en conscience. Pour une autre patiente, c'est l'utilisation du jeu qui lui a permis de dépasser ses appréhensions et ainsi réaliser qu'elle pouvait se tenir debout plus longtemps qu'elle ne pensait et surtout sans douleur ni appréhension.

Il est primordial pour une prise en soin adaptée pour le patient que les différents rééducateurs communiquent régulièrement. Et si les réunions de synthèse permettent d'échanger une fois par semaine, j'ai remarqué que beaucoup d'échanges se font de manière informelle au niveau de la « salle des kinésithérapeutes ». Cet espace permet la confidentialité par rapport aux patients et voit se croiser les kinésithérapeutes et les psychomotriciennes. Les ergothérapeutes ont également leur salle donc il est facile d'aller les y retrouver ou du moins de leur laisser un message. C'est lors de ces échanges que peut être partagé l'avancement précis des mobilisations possibles pour un patient, de son humeur du moment. Etant sensible également à l'aspect « thérapie institutionnelle », je trouve important ces fréquents échanges qui permettent de souder l'équipe pour et face au patient.

3) Les modalités de la rééducation

Les différentes modalités de rééducations

Selon les pathologies, l'hospitalisation complète au centre peut être nécessaire dans un premier temps pour un « nursing » adapté (ex : fracture du bassin nécessitant du matériel et des soins spécifiques dans le respect de règles d'hygiène très strictes).

La rééducation commence généralement assez rapidement et, au plus tard dès le lendemain de l'arrivée du patient, après la visite du médecin, un kinésithérapeute réalise un bilan. La réunion technique permettra de préciser le projet de rééducation du patient. Souvent, les premières séances sont de la rééducation passive : c'est le kinésithérapeute qui mobilise l'articulation pour éviter qu'elle ne se sclérose et pour regagner en amplitude de mouvement, tout en laissant les muscles du patient au repos. Effectivement, la rééducation active demande la participation du patient qui prend part à la mobilisation. La rééducation passive évite que le patient utilise des muscles suturés. Elle est généralement maintenue en parallèle de la rééducation active dans le but de continuer à conserver ou augmenter la mobilité de l'articulation.

En complément de ces éléments, un médecin du service voit la rééducation passive comme très positive car elle permet au patient de voir qu'en fait il y a du mouvement possible et que l'amplitude progresse : cela permet de le mettre sur le chemin de la récupération. De plus, cette pratique génère généralement moins de douleur que la rééducation active. La douleur étant une problématique très importante dans le processus de rééducation et de réadaptation du patient, elle fait l'objet d'un protocole spécifique tout au long du séjour, dont la personne référente est le médecin.

La rééducation en balnéo est également régulièrement utilisée pour accompagner le patient en s'affranchissant le plus possible de la pesanteur. De nombreuses méthodes de rééducation sont utilisées, selon les besoins et les courants dominants : micro-kiné, Méthode Mézières, Mackenzie, ostéo, kiné respiratoire.

Au fur et à mesure de la rééducation, les patients peuvent avoir besoin, au-delà des traitements et de la rééducation, de supports physiques, généralement conçus par les ergothérapeutes : corset, gilet, attelle ou plâtre. Il est important de se renseigner sur la nécessité de les porter tout le temps ou au contraire de favoriser le mouvement sans ceux-ci en dehors des déplacements par exemple.

Des rendez-vous médicaux à l'hôpital d'origine ont généralement lieu pour suivre le résultat de l'intervention chirurgicale.

En parallèle de la rééducation, il faut accompagner le processus de cicatrisation, et maintenir en place l'articulation pour permettre la consolidation de l'os ou des ligaments.

Pour rappel, le patient après son accident ou son opération lourde est hospitalisé avec de nombreux examens et soins. C'est alors souvent à l'arrivée au centre de rééducation qu'il va avoir plus de temps pour réaliser ce qui lui est arrivé et les potentielles conséquences, temporaires ou définitives. Débute alors si ce n'était déjà fait, un travail de transformation et d'acceptation, tel un travail de deuil.

La durée de l'hospitalisation complète est très variable pouvant aller de quelques jours à 7 mois avec une moyenne de 3-4 mois.

Il est à noter que la sortie du patient s'accompagne car celui-ci a encore souvent de la rééducation à faire et soit l'hôpital de jour est prescrit soit le patient est adressé à des praticiens en libéral.

Le parcours et le quotidien du patient

A son arrivée le patient est vu par le médecin et un kinésithérapeute puis progressivement par les autres rééducateurs si besoin. Les objectifs de rééducation et le planning du patient sont mis à jour lors des synthèses par le médecin référent.

La matinée commence par les soins réalisés par les aides-soignantes ou exceptionnellement pour préparer le retour à la maison en autonomie par le patient avec l'accompagnement de l'ergothérapeute voire de la psychomotricienne. Pour permettre une rééducation optimale et un repos entre les 2 séances, le patient a généralement une séance de kinésithérapie le matin et une autre l'après-midi. Selon les pathologies, également une séance d'ergothérapie (ainsi que des rendez-vous spécifiques pour le changement de matériel) et une séance de psychomotricité environ un jour sur deux. Selon les jours le patient peut également rencontrer s'il en fait la demande la psychologue ou l'assistante sociale.

Le week-end, sur avis du médecin, le patient peut être autorisé à sortir : cela peut être l'occasion d'expérimenter sur une courte durée le retour à domicile.

B) La place de la psychomotricité dans l'institution

Les espaces de la psychomotricité

Le département MPR occupe tout un étage. Son espace de rééducation est composé d'un bassin de balnéothérapie, deux plateaux de kinésithérapie, un d'ergothérapie, deux gymnases, une salle de psychomotricité.

Les espaces du soin en psychomotricité dans ce département :

- la salle de psychomotricité qui doit être partagée entre les trois psychomotriciennes à temps plein de l'étage (une en hôpital de jour et deux – dont ma responsable de stage - qui se partagent les trois unités d'hospitalisation complète), notamment pour le groupe d'expressivité corporelle,
- la chambre du patient (sauf si elle est partagée avec un autre patient présent),
- les trois petites salles polyvalentes « box » qui servent pour les réunions de synthèse, les séances de psychomotricité, de bureaux pour rédiger et accéder à un poste informatique,
- un des « gymnases », utilisé pour les groupes de relaxation,
- le bassin de balnéothérapie,
- le jardin du centre, possédant des allées en béton et une pelouse présentant peu de relief, pratique pour la reprise de la marche et la mise en situation pour travailler l'équilibre,
- les espaces informels (escaliers, couloirs),
- les espaces partagés par d'autres professionnels (plateau de kinésithérapie avec des plans Bobath, cuisine d'ergothérapie, atelier d'ergothérapie).

Nous avons vu quels étaient les espaces physiques de l'exercice de la psychomotricité – à part la salle de psychomotricité, pas d'espace uniquement dédié à la discipline, cela étant, il me semble qu'il y a déjà une bonne occupation de tous les espaces de l'étage. De nombreuses prises en charge se font par ailleurs en chambre.

Où peuvent se réunir les psychomotriciennes du service ? Les ergothérapeutes ont leur propre bureau avec leurs emplois du temps. Ceux des psychomotriciennes sont dans la salle des kinésithérapeutes. C'est là qu'elles se croisent donc et cela facilite les échanges de points de vue sur les difficultés de certains patients. Les psychomotriciennes partagent plus longuement sur le temps informel du matin et les pauses méridiennes.

L'historique de l'institution

Quant à la place de la psychomotricité au sein du département, il me semble intéressant de reprendre son historique.

La psychomotricité est présente et reconnue dans l'établissement depuis une vingtaine d'années. Il y a trois ans, il y avait deux psychomotriciennes réparties sur les diverses unités. Lors d'une soudaine pénurie de kinésithérapeutes, le cadre de rééducation a considéré l'intérêt d'une réorientation, au moins temporaire, des soins, en lien également avec la complexification de la rééducation au sein de l'établissement : cas médicaux de plus en plus complexes en proportion, situation psychosociale des patients plus difficile, durée des séjours de plus en plus courte pour raison économique. Elle a souhaité ouvrir certains postes de kinésithérapeutes à la psychomotricité, ainsi qu'augmenter les activités physiques adaptées. Cela permettait ainsi de garantir aux patients une régularité de prise en charge. La première année, les postes étaient en CDD pour évaluer cette organisation et sa pertinence. La deuxième année, plusieurs de ces postes de kinésithérapie ont été transformés en postes de psychomotricité et un en APA, en CDI. Il y a actuellement six psychomotriciennes dans l'établissement. Le cadre induit un format privilégié de prises en charge courtes quotidiennes. Une souplesse permet d'ajuster et de proposer quelques séances bihebdomadaires plus longues par exemple.

L'indication en psychomotricité au sein du département MPR

Les médecins de l'établissement perçoivent de plus en plus précisément en quoi consiste la psychomotricité et ce que cela peut apporter au patient, les indications en psychomotricité sont actuellement les suivantes, selon les termes des médecins :

- renforcer l'équilibre (ex : transferts limités par l'appréhension et non les capacités physiques)
- sécuriser la marche, rassurer par rapport à l'appréhension de la chute
- favoriser une meilleure connaissance corporelle
- travailler les transferts
- favoriser le relâchement pour éviter les « contre-résistances », le patient luttant contre la mobilisation du rééducateur, sans même parfois en être conscient).

Il peut également y avoir des indications concernant des troubles du schéma corporel, de la régulation tonique, de gestion des émotions en lien avec le mouvement, de l'image du corps,

d'inhibition psychomotrice, de désinvestissement du corps ou de focalisation excessive sur la partie atteinte, ou en cas de douleurs importantes.

Il est important que l'équipe soit attentive, au-delà des blocages ou de potentiels freins psychocorporels clairement perçus lors de la rééducation car entravant la réadaptation fonctionnelle, à la présence chez le patient d'une éventuelle « souffrance psychocorporelle »¹ plus discrète.

C) Les pathologies

1) La population accueillie

Le département de MPR accueille une population variée en lien avec la diversité des affections de l'appareil locomoteur. L'établissement, par son historique puis sa spécialisation, reçoit plutôt des personnes polytraumatisées, et, plus rarement, des patients amputés, alors principalement au niveau des doigts ou de la main.

La zone géographique concernée est assez vaste, normalement départementale mais selon le traumatisme celle-ci peut s'étaler jusqu'à une centaine de kilomètres.

Tous les milieux socio-culturels peuvent être concernés mais l'obligation de présenter la preuve d'une prise en charge financière sélectionne les patients. Je dirai que tous les patients que j'ai rencontrés étaient plutôt bien intégrés au système social, excepté un migrant qui n'est pas resté très longtemps mais a eu le temps de cicatriser et récupérer la majeure partie de la mobilité de sa hanche.

Quant à son parcours, le patient est d'abord pris en charge, opéré, médicalisé, traité, à l'hôpital puis est envoyé vers un centre de rééducation lorsque le libéral ne peut suffire, ou quand les conditions de rétablissement à domicile ne sont pas réunies. La cicatrisation a juste débuté à l'hôpital et elle continue lors du séjour au centre. L'orientation vers l'établissement se fait par l'intermédiaire du logiciel « Trajectoire » avec un contrôle de l'ARS.

Le service d'ortho-traumatologie et de la main accueille principalement des polytraumatisés, des patients souffrant de fractures, déplacements, déformations (arthrite), amputations par suite d'accidents (de la voie publique, notamment en voiture, moto ou trottinette, de montagne, ...), maladies (cancer, ...), opérations (prothèse de hanche ou de genoux, ...).

On parle de poly-fractures à partir de deux ou trois fractures et de polytraumatisme lorsque

¹ BAYLOT, BEDNAREK, FRADET (2019), p.270

les abdominaux ou le thorax sont touchés. Les polytraumatisés ont généralement un pneumothorax* et ont passé quelques jours en réanimation.

Dans le centre où j'ai effectué mon stage, les patients sont acceptés si le traumatisme ne se double pas d'un grave trouble psychiatrique qui ne serait pas stabilisé car cela complique la rééducation et demande une spécialisation en psychiatrie.

2) Les pathologies les plus rencontrées

Les polytraumatismes sont des traumatismes complexes et chaque cas est particulier selon les zones atteintes et la nature de l'atteinte. Un exemple est décrit plus loin avec l'histoire de M. T.

Parmi les patients rencontrés, ceux au-delà de 60 ans, étaient en majeure partie hospitalisés pour une chute nécessitant une intervention pour installer une prothèse de hanche ou consultaient en raison de problèmes sur leur prothèse de hanche : infection, déplacement, rupture. Un certain nombre de patients, je préciserais de patientes lors de mon stage, présentaient de très fortes douleurs au niveau d'une épaule. Ces douleurs étaient souvent en lien avec leur métier, portage de jeunes enfants notamment, et d'une amplitude telle qu'elles avaient dû être opérées pour installer une prothèse d'épaule inversée. Une présentation succincte et des illustrations des prothèses de hanche et d'épaule inversée, pathologies que j'ai le plus rencontrées dont certaines nourrissent mes vignettes cliniques, sont jointes en annexe A de ce document.

Quelques patients ayant des maladies chroniques douloureuses se retrouvent régulièrement hospitalisés pour une période courte, notamment des patients atteints d'arthrite*.

Comme pour toute prise en charge en psychomotricité, chaque patient est unique et l'accompagnement en psychomotricité devra être ajusté selon son vécu, sa sémiologie psychomotrice, son adhésion à la psychomotricité, ses appétences pour telle ou telle médiation. Ainsi, au-delà de l'indication de psychomotricité, la rencontre et l'évaluation psychomotrice seront nécessaires pour préciser les axes thérapeutiques en psychomotricité.

3) L'évaluation psychomotrice au centre de rééducation

La rencontre et l'entretien

En amont de la rencontre, la psychomotricienne prend connaissance de l'indication de psychomotricité, du dossier patient de manière plus ou moins approfondie et échange souvent avec les autres professionnels pour mieux appréhender l'origine de l'indication.

Lors de la première séance, la psychomotricienne propose d'abord un entretien, à la fois pour rencontrer le patient dans son entièreté, commencer à créer une alliance thérapeutique et clarifier les objectifs de l'accompagnement en psychomotricité. C'est l'occasion, même sans pratiquer de test, de réaliser une observation spontanée et de recevoir de nombreuses informations de la part du patient : comment il se perçoit et vit cette période, corporellement, émotionnellement, psychologiquement, quelle est sa capacité à parler de lui. Cette prise de contact dans un format confortable pour le patient facilite la relation et l'alliance thérapeutique.

Concernant le contenu plus précis de cet entretien, il est intéressant tout d'abord de demander au patient ce qu'il a retenu du pourquoi de sa venue ici : d'écouter sa retranscription de l'histoire de sa blessure et de sa prise en charge, en mode récitation plaquée du discours médical ou sur un mode plus personnel. Cela peut lui permettre d'ailleurs de revisiter l'histoire de son parcours à la lumière du moment présent.

Dans le canevas de cet entretien, créé par la psychomotricienne, celle-ci est attentive à la personne dans sa globalité, à son expression psychomotrice : aspect, regard, présentation, hygiène, vigilance, changements pendant l'entretien, voix, posture, port de tête, expressivité, tonus, mobilité, respiration, réactions émotionnelles, mode d'entrée en relation, tolérance et qualité du contact physique, distance interpersonnelle, vécu de la séparation. La psychomotricienne reste bien sûr également à l'écoute de ses propres réactions – indications contre-transférentielles*.

La principale question psychomotrice de cet entretien est : « Quel rapport avez-vous avec votre corps ? Et avant cet événement ? ». C'est l'opportunité de faire s'exprimer le patient sur son corps avec la représentation qu'il en a au moment de l'entretien et peut-être d'attirer son attention sur l'évolution de cette représentation à la suite de l'événement qui l'a amené au centre.

L'évaluation psychomotrice

Afin de préciser l'indication en psychomotricité, voire de la modifier, la psychomotricienne évalue les compétences et difficultés du patient ainsi que le rapport à son corps. Elle s'appuie principalement sur l'observation et l'échange avec le patient et peut compléter avec des mises en situation permettant d'évaluer plus particulièrement un item psychomoteur.

Etant donné le nombre limité de tests étalonnés pour adultes, la psychomotricienne s'est constitué son propre canevas d'évaluation psychomotrice qu'elle établit pour un patient sur les 2-3 premières séances généralement. Lorsque le nombre de séances est limité à quelques-unes, la psychomotricienne peut écourter l'évaluation proprement dite. Dans ce cas, une prescription précise sur un aspect psychomoteur entravant la rééducation permet d'orienter le bilan sur cet item, par exemple l'hypertonie qui limite la progression de la rééducation.

Il arrive parfois de revenir sur un bilan plus global si le séjour se prolonge, car le protocole et les possibilités gestuelles du patient ont évolué, ainsi que ses besoins.

L'observation psychomotrice peut également être complétée par les informations des soignants, notamment des aides-soignants, qui côtoient le patient au quotidien.

L'évaluation psychomotrice fait ainsi régulièrement appel, pour préciser les capacités et difficultés du patient, à des tests. Cependant, les quelques tests existants, étalonnés pour l'adulte, sont souvent limités à l'adulte déficient ou dément. Il s'agit donc de choisir des tests valides pour tout public ou d'adapter les tests pour enfants ou sujets âgés à l'adulte, il ne pourra pas être fait de bilan chiffré, coté, mais l'aspect qualitatif permettra de préciser l'évaluation. Je me limiterai à la présentation des tests que j'ai vus ou utilisés en stage.

L'un des tests les plus utilisés lors de mon stage est l'examen du tonus mais avec une sélection des parties les plus pertinentes et un ajustement obligatoire à la situation particulière du patient : ballant et extensibilité pour évaluer le tonus de fond, l'extensibilité se faisant généralement sur les membres non blessés, équilibre selon les possibilités du patient. Les apports de ce test sont nombreux : observer le tonus du patient ce jour-là et sa capacité à le réguler si nous l'encourageons à se détendre et laisser son poids dans notre main par exemple, lui donner l'occasion de verbaliser et observer son rapport au toucher, comment il perçoit son tonus et sa capacité de régulation tonique, percevoir des indices de

sa réceptivité à un travail sur la régulation tonique. Ainsi, lorsque les commentaires des patients, ce qui arrive fréquemment, sont de la tonalité « ça fait du bien », « je me sens mieux », « je me sens plus détendu », « ça m'a apaisé », cela permet de faire le lien concret avec ce que nous pouvons leur apporter.

Souvent, la psychomotricienne propose au patient de décrire son corps « tel qu'il le ressent ». Parfois, spontanément, le patient utilise le dessin pour exprimer un vécu ou ressenti de son corps. Sinon, la psychomotricienne propose le dessin comme support de travail, sans objectif esthétique, et invite le patient à représenter les parties « moins agréables » et « agréables ». Chez un patient ayant une problématique de la douleur plus complexe et concernant de nombreuses parties du corps, elle en réalise un spécifique à la douleur. Lorsque le patient a des difficultés avec le graphisme, notamment en cas de traumatisme de la main dominante, la praticienne propose un imprimé de 2 silhouettes pour permettre d'identifier les différents ressentis de face et de dos.

Certains items de l'EGP, l'Évaluation Géronto-Psychomotrice, sont particulièrement pertinents à utiliser avec des patients du département MPR : les items sur l'équilibre statique, dynamique, l'imitation de postures, à réaliser bien sûr en tenant compte et en aménageant du fait des restrictions de mobilité des membres considérés. Cela permet d'évaluer en partie le schéma corporel de la personne, ses capacités de réversibilité et sa mémoire procédurale, ces données pouvant être utiles pour orienter les propositions des séances à venir.

Certains tests cotés pour les enfants sont utilisés à titre qualitatif. Évidemment, leur utilisation nécessite de présenter le contexte et l'objectif de l'exercice pour ne pas infantiliser le patient. Ainsi, les somatognosies de Bergès sont très utiles pour aborder avec le patient sa connaissance du corps. Des adaptations proposées par la psychomotricienne permettent d'évaluer également la conscience des parties du corps : nommer les parties touchées par la thérapeute les yeux fermés. D'autres tests peuvent être utilisés et adaptés selon les besoins spécifiques du patient.

L'évaluation psychomotrice est ainsi adaptée au projet de soin du patient. Il est intéressant d'illustrer comment elle peut se décliner à travers divers exemples cliniques présentés dans la suite de ce document.

II) Une clinique variée

Comment ai-je sélectionné, parmi la multitude de ces personnes rencontrées en quatre mois de stage, ces deux parcours de patients ? Mme C me semble illustrer clairement l'apport de la psychomotricité avec un bénéfice direct pour le patient et sa rééducation. M. T fait partie de ces patients avec lesquels le suivi a été brusquement interrompu par l'épidémie de coronavirus et pour lesquels j'ai ressenti le besoin de continuer à réfléchir, comme pour prendre soin de ce lien qui était créé, pour continuer l'accompagnement dans l'analyse et progressivement faire le deuil de l'accompagnement réel. Son histoire est l'occasion d'un questionnement encore en cours pour moi.

A) Le parcours de Madame C

1. Présentation de Mme C

Mme C a 53 ans. D'origine malgache, elle a immigré en France après son mariage il y a 25 ans. Cette femme d'une taille plutôt petite a un abord très dynamique. Elle travaille en tant qu'assistante maternelle depuis 1998. Elle a une fille d'un premier mariage. Son mari a 80 ans. Elle est droitière.

2. Histoire de la maladie

a. Le traumatisme

Des douleurs apparaissent sur son épaule gauche en novembre 2018. Elle démarre des séances de kinésithérapie au printemps suivant. Son travail d'assistante maternelle exigeant le portage d'enfants ne lui a pas permis de reposer son épaule.

Un bilan (écho et scan) montre une lésion du sus épineux. Mme reçoit une infiltration avec un bon effet sur les amplitudes qui sont revenues presque normales.

Le 2 septembre 2019 elle subit une intervention sur la coiffe gauche de son épaule.

b. Autres antécédents médicaux et sociaux importants

Une tendance à la constipation la faisait régulièrement prendre des suppositoires de glycérine. Cela semble assez bien régulé pendant son séjour par une prise d'eau chaude

prise à jeun. Je note ce point car je trouve cette démarche assez symptomatique du comportement de Mme C.

Mme C exprime une forte inquiétude au sujet de sa situation sociale : elle se trouve dépendante de son mari dont elle voudrait s'affranchir et s'inquiète de sa retraite, de pouvoir continuer son travail qui nécessite un appartement assez grand.

c. Le projet thérapeutique global et l'indication en psychomotricité

À la suite de l'intervention chirurgicale, Mme C doit garder un coussin d'abduction pendant 45 jours et suivre un protocole de rééducation dit de Liotard avec auto-rééducation en actif aidé.

Sur le plan cutané, la cicatrisation se fait lentement avec persistance de croûtes pendant de longues semaines retardant la balnéothérapie.

Mme C a 2 séances de kinésithérapie et une séance d'ergothérapie par jour.

La rééducation est limitée par la douleur, malgré un traitement fort, et par une difficulté au relâchement musculaire. Les amplitudes de mouvement de l'épaule progressent alors de façon très lente.

En ce qui concerne ses préoccupations familiales, Mme C a également une prise en charge psychologique et un suivi par l'assistante sociale.

Une indication est faite pour de la relaxation en groupe. La prescription médicale indique la nécessité d'un travail corporel face à une difficulté à se relâcher dans un contexte de soucis familiaux.

3. L'accompagnement en psychomotricité

a. La rencontre de Mme C avec la psychomotricité : par le groupe de relaxation (courant novembre)

Pour la participation au groupe de relaxation, la psychomotricienne rencontre chaque patient pour présenter le cadre et les objectifs du groupe, vérifier l'adéquation au besoin du patient et l'absence de contre-indication. Ainsi, un patient très malentendant ne pourra profiter de la séance, alors que s'il s'agit juste d'une petite hyposensibilité auditive il sera possible d'aménager le dispositif pour que la psychomotricienne parle à proximité de ce patient. En amont de mon stage, la psychomotricienne avait rencontré Mme C et confirmé le besoin thérapeutique de lui faire expérimenter la détente musculaire. Les emplois du temps

des praticiens et celui de la patiente font que ce sera en groupe étant donné qu'il n'y a pas de contre-indication. Mme C semble bien se saisir du vécu dès ces premières séances de relaxation pour l'intégrer à d'autres moments et ce, avec une légère atténuation de la douleur. Devant cette amélioration, les rééducateurs se concertent pour diminuer à une seule séance de kinésithérapie par jour et rajouter une séance individuelle de psychomotricité de 30 minutes par jour : Mme C sollicite déjà trop son épaule et a besoin de progresser sur sa capacité à relâcher. Cet accompagnement quotidien en psychomotricité sur un créneau matinal est adapté pour ce travail de prise de conscience et d'intégration dans les gestes du quotidien.

b. Une rencontre plus approfondie en individuel

L'accompagnement en individuel démarre le 20/11/2019, en chambre. J'avais déjà rencontré Mme C dans le cadre du groupe de relaxation. Je l'avais aidée à s'installer et avais d'ailleurs noté sa précipitation et sa difficulté à percevoir si la position de son bras était confortable ou non. Très dynamique elle semblait, de plus, ne pas vouloir nous prendre du temps alors que nous insistons sur l'importance de cette première phase de la séance : prendre le temps de bien s'installer, prendre conscience de sa position et envisager si celle-ci sera confortable dans la durée pour soulager les douleurs potentielles.

Elle me reconnaît et comme je l'avais senti, au niveau relationnel, elle a un comportement tout à fait adapté, tant au niveau proxémique, que du regard ou de l'échange verbal.

Dès le début de la séance je note un recrutement tonique important : sur une demande même très calme à son intention, elle peut passer, en quelques dixièmes de secondes, de la position assise sur son lit à debout, penchée sur la table roulante, pour répondre au téléphone ou éteindre la télévision. Ce défaut de régulation tonique, avec hyper réactivité, semble bien ancré chez Mme C et non réactionnel à l'atteinte de son épaule.

J'ai pu réaliser un bilan du tonus qui mettait en évidence un tonus de fond élevé, avec une difficulté à relâcher volontairement son tonus lors des épreuves de ballants ou de mobilisation passive.

Par ailleurs, je note le tonus d'action très élevé chez cette dame. Mme C est très rapide, très dynamique dans ses gestes et surtout réagit très vite à tout ce qui l'entoure. La voir en chambre a été extrêmement informatif car c'est alors que j'ai pu voir à quel point elle était

dans la réaction et dans l'action, sans adapter ses gestes et ses positions aux besoins de son épaule, et ce chez une dame qui cependant veut tout bien faire et tout mettre en œuvre pour guérir. Dans ces moments-là, il n'y a pas chez elle la conscience que ses mouvements ont un impact sur ses douleurs et induisent des tensions ou des faux mouvements. Est-ce que cette réactivité de Mme C peut être mise en lien avec l'importance de la réactivité dans son travail d'assistante maternelle à son domicile qu'elle exerce depuis plus de 20 ans ?

La psychomotricienne propose ensuite un EMG adapté : la consigne est de stopper le mouvement avant de forcer ou d'avoir mal et de mentionner quand la position ne peut être atteinte du fait de la limitation actuelle d'amplitude et de la douleur. Mme C n'arrive pas à s'arrêter avant la douleur, ce que je repère à ses mimiques.

Nous adaptons également le test des somatognosies, en proposant que la patiente, assise, yeux fermés, nomme la partie du corps touchée par la thérapeute. Mme C a de bonnes connaissances des parties du corps et une bonne perception des zones touchées. Elle trouve le toucher apaisant, peut-être en lien avec le fait de diminuer les afférences sensorielles en fermant les yeux, et se sent détendue à la fin de cette proposition.

c. Conclusion

Mme C est tout à fait disponible à commencer des séances de psychomotricité. Elle se montre ouverte aux propositions, et a une gestuelle vive et précise. Lors de cette première séance, Mme C présente des signes de stress notamment dans une difficulté à se poser tranquillement.

Mme C exprime sa difficulté à se relâcher, qui cependant commence à venir lors des séances de relaxation en groupe. Elle reprend les éléments de la séance au coucher et réussit à se relâcher pour dormir. En revanche, Mme C reste assez tendue, du moins au niveau de son bras et de son épaule, lorsqu'elle est dans l'action. Mme C est dans une situation personnelle inconfortable et source de stress, ce qui peut tout à fait participer à cette difficulté de relâchement.

Mme C est petite en taille et il n'y a pas de fauteuil ou de chaise de taille vraiment adaptée lui permettant de poser les pieds au sol, ce qui permettrait de meilleurs appuis et la possibilité de relâcher plus facilement les épaules.

Mme C a tendance à faire plusieurs choses à la fois sans prendre le temps de bien se positionner. Elle peut faire des mouvements peu physiologiques dans les gestes du quotidien, au détriment de son épaule. J'observe également chez Mme C une difficulté à faire des gestes petits et lents, et à respecter sa zone de confort.

Dans la marche, son bras gauche a tendance à revenir se placer comme en écharpe ou à se coller le long de son corps. Elle mentionne une sensation de lourdeur de son bras si elle le laisse ballant.

Par ailleurs, Mme C a un bon schéma corporel et peut tout à fait accéder à des perceptions fines de son corps et de ses postures. Elle présente de bonnes coordinations. Elle avait l'habitude d'aller danser et de marcher, avec des amis ou par le biais d'associations.

Mme C verbalise de fortes douleurs au niveau de l'épaule qui la gênent de manière constante avec une maximisation au moment de la mobilisation en rééducation, de mouvements du quotidien et qui l'empêchent de s'endormir et la réveillent la nuit. Ces douleurs et ces troubles du sommeil peuvent être mis en lien avec sa tonicité importante et sa difficulté à lâcher.

Mme C présente au moment où nous la rencontrons un trouble tonique qui s'inscrit dans un contexte social anxiogène.

4. Penser le suivi en psychomotricité

a. Le projet thérapeutique

Pour donner suite à la prescription en psychomotricité et à cette première séance d'évaluation, les objectifs identifiés sont les suivants :

- détente et relâchement musculaire global à travers le travail de relaxation et de respiration et prise de conscience du lien entre cette régulation tonique et la douleur ;
- prise de conscience de sa manière de se positionner et de faire les gestes en chambre, aller vers des gestes plus conscients et mieux positionnés ;
- redécouverte du mouvement et de ses différentes qualités : lent, petit, agréable ;
- réinvestissement de ces éléments dans la marche pour retrouver un ballant naturel.

Au moyen de séances individuelles de 30 minutes quotidiennes. Les séances hebdomadaires de relaxation en groupe sont maintenues.

b. Médiations

Pour explorer une meilleure régulation tonique et favoriser les diverses prises de conscience, il a été décidé d'explorer la relaxation de type scan corporel, pleine conscience. Mme C l'a d'abord découverte lors des séances de groupe. Ces méthodes ont pour objectif d'accéder à une conscience du corps entier et des ressentis fins des sensations corporelles. Cela a permis à Mme C de ne pas rester focalisée sur la zone douloureuse mais de pouvoir concentrer son attention sur d'autres parties du corps au ressenti plus agréable. Les séances individuelles et son bon rapport au toucher ont permis des mobilisations passives et du toucher thérapeutique lui permettant d'explorer une détente vraiment profonde et induisant un état de relâchement important. Nous pouvions observer un état proche de l'endormissement avec la bouche qui s'entrouvrait et un temps de reprise de plus en plus long. Cependant, au début, dès qu'elle ouvrait les yeux elle redevenait très réactive.

Nous avons pu refaire des courtes séquences de relaxation en individuel, notamment en début de séance pour la rendre disponible aux propositions et plus consciente de son corps et de ses mouvements. Mme C a vraiment adhéré à cette médiation au point de reprendre certaines parties au moment de se coucher ou lors de mobilisations potentiellement douloureuses en rééducation. Cela lui a permis de progresser très vite sur sa capacité à réguler son tonus en séance de kinésithérapie ou ergothérapie. Seulement lors des déplacements, il lui devenait beaucoup plus difficile d'avoir accès à cette auto-régulation.

Enfin, je noterais l'importance du dialogue tonico-émotionnel avec cette patiente : nous étions particulièrement attentives avec Mme C à nous-mêmes ralentir notre rythme de marche et respirer profondément avant d'entrer dans sa chambre. Mme n'était pas forcément dans l'accordage instantanément mais elle a démontré des capacités d'ajustement tonique dans la durée.

5. Que s'est-il passé en séance ?

Conscience corporelle, régulation tonique et douleur

En groupe de relaxation, un temps important est dédié à l'installation des patients. Il a été utile de travailler avec Mme C pour montrer l'importance de prendre le temps de bien s'installer et le besoin de prendre conscience de son corps pour trouver le bon positionnement. A sa grande surprise, Mme C s'est endormie quasiment à chaque séance. La

posture même de relaxation, en décubitus dorsal, induit fréquemment l'endormissement par conditionnement, rappel de la position du sommeil, mais aussi parce qu'il n'est pas aisé de trouver et maintenir le rythme alpha*, d'emblée. Au début de la pratique, en général, les participants connaissent l'état de veille et l'endormissement-sommeil profond, fonctionnant sur un mode on-off avec peu de possibilités de variations pour l'état tonique et pour le niveau de vigilance. C'est tout à fait le cas de Mme C qui relâchait d'un coup et s'endormait régulièrement dès les premières minutes de l'accompagnement verbal par la psychomotricienne guidant la relaxation. Cela confirme le trouble de régulation tonique avec un fonctionnement on/off, hypo/hypertonie.

Lors des premières séances de groupe, Mme C verbalisait des douleurs importantes au niveau de l'épaule qui la gênaient pendant la séance – nous devions d'ailleurs la réinstaller à la moitié de la séance environ. Puis elle a indiqué des douleurs moindres et surtout elle arrivait à ce que cela ne prenne pas toute la place dans sa conscience.

L'accompagnement individuel a permis, à la suite du bilan, de transférer cette conscience corporelle et cette capacité de relâchement aux gestes de la vie quotidienne : transferts, transitions entre 2 activités, transport d'objet, etc. Cela s'est notamment fait en attirant l'attention sur : « qu'est-ce qui se passe quand je fais ce mouvement ? Dans mon corps tout entier ? Dans mon épaule ? ». En explorant le mouvement au ralenti. Puis idem avec d'autres mouvements, plus appropriés, avec prise de conscience de l'impact. Puis moyen mnémotechnique pour y penser : feuille accrochée dans la chambre.

Nous avons également fait avec Mme C quelques séances de mobilisations actives douces - tête, épaules, ... en descendant le long du corps - avec l'idée de le faire non comme un mouvement de gymnastique, mais dans : « comment ce mouvement peut-il être agréable pour moi ? De quoi ai-je besoin comme qualité de mouvement aujourd'hui ? Petit ? Tout petit ? Grand ? Lent ? Rapide ? ». Et surtout faire le mouvement en restant dans sa zone de confort, sans aller vers la douleur. Cela en prenant régulièrement conscience de « comment je ressens mon corps, là, maintenant ».

Nous avons également élaboré des propositions pour permettre à Mme C de se centrer sur son corps en mettant son attention sur une autre partie que l'épaule, en conscience corporelle, dans la recherche de ce qui est doux et agréable, par exemple lors d'un

automassage avec ballon dans le dos contre un mur, ce qui permet de redonner du mouvement au corps entier, en douceur.

Il a été assez impressionnant de suivre l'évolution de Mme C au niveau régulation tonique : même si sa capacité à recruter vite et fortement son tonus est restée bien présente, j'ai pu observer à quel point elle avait pu diminuer sa précipitation à faire les choses pour prendre le temps de s'adapter au mieux pour elle selon la situation, préservant son épaule et se préservant elle-même de la douleur. Elle a pu progressivement intégrer cette prise en soin de son installation, notamment pour le coucher. Mme C a fait preuve d'une bonne adhésion à cette médiation dont elle a rapidement vu les avantages. Son souhait de guérir et pouvoir récupérer son emploi a également sûrement renforcé son observance. Le contexte de l'hospitalisation complète, permettant qu'elle ne mobilise plus son épaule lors de gestes nocifs et nociceptifs et qu'elle puisse se recentrer sur elle-même, qu'une écoute de ses difficultés soit faite et que des démarches soient concrètement mises en place pour les résoudre, a clairement eu un impact positif dans cette évolution.

Comportement psychomoteur lors de la marche avant sortie de l'hospitalisation complète

Sur la fin de l'hospitalisation de Mme C, la capacité de relâchement et une meilleure conscience du mouvement étaient acquises. Il restait l'intégration de ces éléments à la marche pour retrouver un ballant naturel : lors de l'avant-dernière réunion de synthèse il a été indiqué que « Mme C ne progressait plus car elle ne voulait pas lâcher son bras lors de ses déplacements dans les couloirs du centre », ceci alors qu'elle n'avait plus le coussin ni l'attelle depuis environ 2 semaines. Une brève observation a confirmé que Mme C n'avait absolument pas de ballant à gauche lors de la marche et même qu'elle mettait son bras gauche en écharpe lors des croisements de personnes, parfois même s'arrêtait pour laisser passer, le recrutement tonique au niveau du bras gauche était alors très important en lien avec cette réaction d'anxiété. Le travail s'est alors adapté en faisant prendre conscience à Mme C de ses conduites d'évitement, de son schéma de marche, de tout son comportement psychomoteur lors de la marche : distance interpersonnelle, placement dans l'espace, réaction tonico-émotionnelle qui entraîne de la douleur, pensées et craintes lors de ses déplacements, pour lui permettre d'accepter et d'explorer en sécurité cette nouvelle étape.

Pour travailler sur cet axe, il a été décidé de faire une mise en pratique dans un espace sécurisé : dans une extrémité de couloir, large, où il n'y avait quasiment pas de passage. La psychomotricienne a profité que nous soyons trois pour favoriser l'observation chez Mme C. Nous avons alterné des passages chacune son tour dans le couloir en observant la distance par rapport au mur et l'attitude. Mme C a pu remarquer comme elle tenait son bras dans sa main alors qu'il n'y avait pas de danger, mais la forte anticipation d'une éventuelle douleur. J'avais l'impression qu'elle avait vraiment regagné de la sécurité avec le positionnement en écharpe et que là elle n'arrivait pas à accepter d'explorer de nouveau un positionnement naturel. Je me suis demandé si la douleur n'avait pas modifié son schéma corporel et entraîné comme un blocage de son bras en position de repli, n'accédant plus au positionnement naturel. Je me suis demandé également si ce n'était pas une dernière résistance avant le retour à son milieu de vie habituel, au sortir du cocon que peut représenter pour de nombreux patients le centre de rééducation.

Au fur et à mesure de l'expérience elle a pu relâcher sa main droite qui tenait son bras gauche et progressivement elle a pu regagner un petit peu de ballant à gauche. Elle a pu observer qu'elle prenait beaucoup de distance avec le mur. Puis nous avons expérimenté de marcher à deux dans le même sens, l'une devant l'autre puis côte à côte. Mme C a pu noter qu'elle prenait beaucoup de distance par rapport à l'autre et qu'elle était très tendue, au point d'avoir mal à l'épaule dès que le couloir se rétrécissait. Enfin, nous avons expérimenté de nous croiser, Mme C a pu prendre conscience de ses mouvements d'évitement et en quoi ils lui causaient des douleurs. Elle prenait son bras gauche en écharpe dans son bras droit ce qui pouvait en plus la déstabiliser quelque peu. Elle longeait le mur voire s'arrêtait pour laisser passer la personne. Nous l'avons encouragé à prendre sa place et au besoin placer son bras gauche un peu en arrière. La psychomotricienne l'a invité régulièrement à verbaliser ses craintes ce qui lui a permis de distinguer diverses situations et affiner celles qui nécessitaient effectivement une protection spécifique de son épaule par rapport à toutes les autres situations où elle pouvait au contraire se détendre pour évoluer vers son but en laissant son bras reprendre une amplitude de ballant ajustée. Ce travail lui a permis de pouvoir se déplacer de manière plus naturelle et ajustée tout en étant rassurée sur sa blessure.

6. Conclusion

Lors de la dernière séance au centre - elle a ensuite rejoint l'hôpital de jour, Mme C a pu exprimer ce qu'elle avait perçu de son parcours. Elle a pu témoigner des bienfaits notamment de la relaxation, du travail sur la respiration pour permettre de ralentir et faire les gestes en conscience. Elle utilisait la respiration lorsque les kinésithérapeutes la mobilisaient, ce qui a permis petit à petit de reprendre une rééducation efficace. La relaxation, expérimentée également en séance de groupe une fois par semaine, lui a permis de prendre du recul par rapport au vécu douloureux et vivre des longs moments conscients sans douleur.

La problématique de cette femme était plus globale que « juste un traumatisme au niveau de l'épaule ». Pour pouvoir guérir elle devait réussir à se détendre et prendre conscience de ses gestes. Or cela demandait à la fois de développer les compétences de prise de recul, de temps d'arrêt, de conscience corporelle voire d'anticipation du geste mais aussi d'avoir la disposition psychique pour cela ce qui a nécessité également un travail de la part du médecin et de l'assistante sociale et peut-être également de la psychologue.

En tout cas je trouve que ce cas montre à quel point une très bonne rééducation peut être limitée par d'autres problématiques, sociales, psychiques, et la façon d'y réagir du patient.

Et c'est là que les regards croisés d'une équipe pluridisciplinaire sont vraiment importants pour permettre de peindre plus justement et globalement le patient et proposer une prise en charge adéquate.

6. Epilogue

Lors de la synthèse de bilan (20/12/2019), il est conclu que Mme C s'est tout à fait saisie du travail proposé en séance de psychomotricité. Elle a pu bénéficier des séances de relaxation pour se relâcher en profondeur et a repris pour elle des éléments de relaxation, pour mieux se relâcher en kiné, et faire passer les douleurs en fin d'après-midi et le soir pour s'endormir.

Lors des séances nous avons pu travailler autour d'une gestuelle adaptée pour se positionner et déplacer les objets, s'installer au lit, ... aujourd'hui Mme C a complètement perçu l'intérêt de faire les gestes de cette manière et l'a intégré à son quotidien. De même

pour faire les gestes les uns après les autres et tranquillement. Elle observe que cela permet de moins déclencher de douleurs.

Par ailleurs nous avons travaillé la détente en mouvement, à travers des mouvements de petite amplitude et doux, ainsi que de la détente dans la marche. Nous avons également expérimenté différentes situations de marche et de croisement d'autres personnes dans la marche pour dédramatiser ces moments, cependant pour le moment cela ne semble pas avoir été complètement intégré.

Mme C a l'intention de poursuivre chez elle ce qu'elle a déjà intégré dans son quotidien. Elle garde d'ailleurs précieusement le mémo réalisé par la psychomotricienne.

Le bilan de sortie est disponible en annexe B.

B) Le parcours de Monsieur T

1. Présentation de M. T

M. T est un jeune homme de 31 ans. En union libre, sans enfant, il vit seul à son domicile. Sportif, il est mince, de taille relativement petite. D'un abord timide, il présente quelques réactions de prestance, notamment il sourit en regardant dans les yeux quand il reste silencieux face à une question.

Il travaille en tant qu'ingénieur dans le secteur informatique. Il est droitier.

Je trouve qu'il présente une légère lordose*. Cela me donne l'impression qu'il bombe la poitrine en avant, ce qui me semble en contradiction avec son attitude effacée.

2. Histoire de la maladie

a. Le traumatisme

Lors d'une randonnée, M. T chute vers l'arrière d'une hauteur d'environ 5m.

Il est alors victime d'un polytraumatisme dont un traumatisme complexe du membre supérieur droit. Au bilan lésionnel initial, M. T souffre d'une fracture ouverte du radius et de l'ulna avec déficit sensitif ulnaire sans déficit d'extension des doigts longs, un pneumothorax*, fracture de 2 côtes, fracture des processus transverses de L2 à L4. Une intervention chirurgicale, réalisée en urgence le jour-même, comprend notamment une

ostéosynthèse* du radius par plaque vissée, une ostéosynthèse interne de l'ulna par plaque vissée, une broche pour instabilité radio-ulnaire distale, de nombreuses sutures (artère, nerf, muscle extenseur de divers doigts, peau à la surface de la main brûlée mécaniquement). Il portera ensuite un fixateur externe* pour 6 semaines et une attelle pour mobiliser 2 doigts. Un mois après, lors de la consolidation, un épisode septique nécessite une 2^{ème} opération en urgence : une inflammation du poignet témoigne de la migration de la broche ulnaire qui nécessite une ablation de la broche et un lavage articulaire le jour-même. Peu de temps après, il démarre la prise en charge rééducative de 3 mois en hospitalisation complète au centre de rééducation.

M. T a alors le poignet en supination et ne peut revenir en pronation. Il a des douleurs très importantes au poignet et au doigt. Il est suivi, comme tous les patients présents pour un traumatisme de la main, en kinésithérapie 2 fois par jour et une fois par jour en ergothérapie.

La chirurgie prévoit dès le départ une seconde intervention. Je me pose la question de l'investissement de la rééducation lors de cette étape particulièrement pour la motricité fine quand on sait que la seconde opération va venir bousculer tout cela. Cela laisse supposer l'importance du rôle d'explication et de prophylaxie des soignants et rééducateurs.

M. T sera ensuite réopéré fin 2019. Il s'agissait d'effectuer la cure de la pseudarthrose* : ôter la plaque ulnaire, ouvrir le canal carpien pour libérer le nerf médian et soigner le manque de consolidation et de cicatrisation au niveau du radius. Cela a nécessité d'enlever l'ostéosynthèse* du radius, réaliser le prélèvement d'un greffon iliaque et mettre en place ce greffon ainsi qu'une nouvelle plaque.

A sept semaines de cette chirurgie, M. T est de nouveau adressé au centre de rééducation, après ablation du plâtre et vérification de la bonne consolidation osseuse. Il s'agit alors de travailler la mobilisation activo-passive du poignet droit, sans résistance.

La douleur très forte lors du 1^{er} séjour est abaissée : de type à la nociception pour le poignet, neuropathique pour la main, avec majoration à la mobilisation, évaluée à 3-4/10. Mr. T a gardé un déficit sensitivo-moteur dans le territoire ulnaire.

M. T aura une prise en charge en kinésithérapie, en ergothérapie, en psychomotricité, psychologique, et en activités physiques adaptées.

b. Autres antécédents médicaux et sociaux importants

M. T fumait entre 10 à 15 cigarettes par jour depuis 15 ans avant l'accident. Il a réalisé un sevrage quasi complet depuis l'hospitalisation.

Pour pouvoir continuer ensuite à venir au centre de rééducation M. T envisageait de déménager pour se rapprocher de Grenoble. En raison de l'épidémie de Covid19 l'hôpital de jour a été très rapidement fermé et mon stage ayant été suspendu je ne connais pas l'issue de cette démarche.

3. L'accompagnement en psychomotricité lors du premier séjour

a. L'indication en psychomotricité

L'indication initiale est faite vers la psychomotricité car ce patient semble très anxieux, douloureux, au niveau du poignet, avec des difficultés de sommeil très importantes. Ceci chez un patient qui semble beaucoup dans l'intellectualisation de ce qu'il vit et très focalisé sur son poignet et sa main. Les rééducateurs et médecins s'interrogent sur l'intérêt de retravailler le schéma du corps global.

b. L'évaluation psychomotrice de M. T

Lors de cette 1ère évaluation psychomotrice, M. T se montre ouvert à découvrir une nouvelle discipline qui peut l'aider. M. T semble assez pudique sur sa vie personnelle et sur ses émotions et ressentis. Il se montre coopératif dans ses réponses sans toutefois développer ou se saisir des ouvertures pour s'exprimer sur ce qu'il vit ou ressent actuellement.

Lors de cette 1ère rencontre, M. T est très en demande de relaxation. Il laisse entendre que cette période n'est pas facile pour lui. Il exprime clairement avoir été complètement focalisé et obsédé par sa main pendant ces premières semaines de rééducation, intimement convaincu que c'était la seule manière de récupérer. A ce jour il confie, à demi-mot, être en difficulté et dit se rendre compte, avec l'accompagnement de ses rééducateurs, que le processus d'évolution va aussi passer par le fait de relâcher un peu cette pression. Cependant, M. T exprime ne pas savoir comment faire. Il pressent qu'il y a d'autres manières de faire. C'est aussi dans ce but qu'il est en demande de relaxation : se détacher, prendre du recul par rapport à son poignet, sa main, et toutes les conséquences corporelles, sociales et

professionnelles qui le préoccupent. Cela reste quelques chose de très présent chez lui : il exprime discrètement un malaise voire un déroutement, des incertitudes profondes. Dès le début, il est extrêmement dans le jugement de ce qu'il peut faire : « je ne sens rien », « je ne sais pas quoi dire », se décrit très tendu, avec très peu de possibilité de relâchement. Il décrit également, ne pas pouvoir considérer possible de faire autre chose que de la rééducation ou quelque chose de *sérieux* pour son bras – comme s'il serait inconvenant de s'autoriser à faire quelque chose qui détende, puisse être agréable, ou ne serait-ce que changer de pensées. Il a une grande exigence envers lui-même. En lien sans doute avec son sentiment d'être dans une impasse, il arrive cependant en se disant que peut-être il est possible de faire autrement.

Tonus

M. T se décrit comme quelqu'un de très tendu, depuis toujours. On observe cependant qu'il est en mesure de réguler son tonus pour se laisser mobiliser, lors de l'examen du tonus, sur un tonus de fond cependant en effet assez élevé.

Équilibre statique :

Nous observons des oscillations en position debout, yeux fermés. M. T parle de petites difficultés d'équilibre, déjà présentes auparavant.

Schéma corporel et image du corps :

M. T a été très focalisé sur sa main et son bras depuis son accident. Depuis son arrivée, il se concentre sur la rééducation et donc sa main, et indique avoir mis de côté le reste. Dans le même temps, les sensations particulières au niveau de sa main, mais aussi l'absence de réponse motrice lui donnent une sensation de bras "qui ne lui appartient plus". Cette sensation, qu'il laisse entrevoir comme inquiétante et déboussolante, de bras et main « étrangers » est renforcée par la vision de son bras avec les cicatrices, des zones inflammées, la présence de divers appareillages et la position non naturelle de son bras.

Aujourd'hui, il souhaite pouvoir être moins focalisé sur sa main.

4. Penser le suivi en psychomotricité lors de ce premier séjour

a. Le projet et les axes thérapeutique

Le projet thérapeutique global pour ce patient est de lui permettre de récupérer au maximum la motricité de son membre supérieur droit pour préparer une réadaptation optimale.

Les objectifs en psychomotricité sont :

- élargir la conscience actuellement focalisée sur sa main pour reprendre une perception plus globale de son corps et de lui-même ;
- réinvestir son bras, le réintégrer à son schéma corporel et son image du corps, à travers diverses situations impliquant le corps tout entier, et sollicitant le corps et le mouvement sous des aspects ludiques, d'échange, d'expression ;
- explorer s'il est possible d'aller progressivement vers des exercices de conscience corporelle et peut-être de relaxation.

Avec l'accord et selon les résistances de M. T, les séances auront également comme objectif de développer la perception de ses sensations, et émotions et pouvoir les exprimer, afin de faciliter aussi la prise de conscience de ce qui se passe actuellement dans son corps et pouvoir le communiquer plus facilement aux différents professionnels.

Quand M. T aura pu se familiariser avec la psychomotricité, lui sera proposé le groupe d'expression corporelle, afin de soutenir l'utilisation spontanée de son bras et l'intégration dans son schéma corporel global dans un contexte ludique et de partage. Ce groupe permet également de travailler sur l'image du corps par la manière dont on se sent sous le regard de l'autre, comment on investit son corps dans l'échange et la relation.

b. Médiations

Si, dès le premier séjour, M. T est très en demande de relaxation, en lien avec son attitude de tension permanente et ses difficultés de sommeil, nous verrons que les situations de lâcher prise peuvent être un peu anxiogènes et cela ne sera donc pas notre premier angle d'approche. Il est d'ailleurs intéressant de se poser la question de sa difficulté à lâcher mais également du lien éventuel avec la chute. Il mentionnait en effet entrer dans une angoisse importante au moment où il commençait à lâcher, un peu comme quand on entre dans le sommeil et que l'on a l'impression de tomber, peut-être d'ailleurs est-ce en lien avec ses troubles du sommeil, mais ceux-ci sont antérieurs à sa chute.

Les propositions seront ajustées à son état du jour et c'est plutôt la conscience corporelle sous ses différentes formes qui sera le fil rouge de son suivi.

5. Que s'est-il passé lors du 1^{er} séjour ?

M. T est vu 2 fois par semaine en séance individuelle de psychomotricité.

Lors des 1^{ers} RDV, M. T s'exprime sur son rapport difficile à sa main droite, qui est parfois un peu « comme si elle ne lui appartenait plus ». C'est sa kiné qui lui a conseillé d'en parler à la psychomotricienne. M.T ne sait pas trop comment en parler, et la psychomotricienne lui explique que c'est quelque chose qui peut effectivement arriver, lorsqu'on a des douleurs très importantes, ou qu'une partie du corps ne réagit plus de la même façon. Monsieur semble rassuré de savoir qu'il n'est pas le seul à éprouver cela, et peut alors parler plus facilement de ce qu'il vit : en même temps son bras et sa main sont omniprésents et prennent toute la place - dans son corps, avec la douleur, mais aussi dans sa tête - et en même temps son poignet et sa main ne répondent plus au niveau moteur comme ils le devraient, leur aspect est différent, et il lui semble parfois que c'est un élément étranger, comme un robot. Nous décidons alors de travailler vraiment sur la possibilité de se décentrer de sa main et de son poignet, mais aussi de revenir sur des sensations d'unité corporelle, et d'intégration de sa main et son poignet droits dans son schéma corporel et son image du corps globale.

Ceci chez un patient très pudique, qui semble très dans le contrôle mental et avoir des difficultés à revenir plus à ses sensations, ses émotions et son corps. Monsieur est ouvert et volontaire, il accepte de faire confiance aux propositions, malgré leur caractère parfois incongru.

En effet, nous constatons rapidement qu'une approche par la relaxation ou la méditation est alors trop anxiogène, et le choix se fait d'aller directement travailler à partir de jeux moteurs, et d'expression corporelle (jeu des statues, jeu du miroir, rythmes...).

Les séances se font dans un contexte favorisant le ludique, bien ancré dans la relation avec des temps d'échanges permettant de mettre des mots, d'explorer ce que cela amène comme sensations corporelles, physiques, globales. Nous explorons les changements de

rythme, la prise de conscience de ses possibilités motrices, des débuts de méditations, utilisations de la main comme moyen de communication par le toucher.

M. T peut exprimer quelques mots pour chaque séance : « ludique », « ça fait du bien ».

Lors de ce mois et demi d'accompagnement en psychomotricité, M. T s'est prêté aux différentes propositions d'investissement corporel qui lui ont été proposées : conscience corporelle et pleine conscience, jeux de ballon, jeux moteurs incluant la course, les sauts, le corps tout entier, jeux de mime avec jeu du miroir, de la statue, jeu de découverte sensorielle avec les mains.

Pendant cette période M. T a eu des douleurs importantes aux dents, et cependant s'est bien prêté aux propositions. Lors de sa dernière séance il est en demande de conseils pour faire perdurer les "effets" des séances. Cela donne l'occasion de mettre des mots sur ces "effets" : sensation plutôt de bien-être en fin de séance, découverte qu'il est possible de plus utiliser son bras. C'est "possible". Reprise de petits temps de méditation, possibilité de penser à autre chose, comme une "pause", un temps "récréatif", de ressourcement. La psychomotricienne l'invite à réfléchir à ce qu'il pourrait avoir envie de faire chez lui, des choses agréables, récréatives, seul ou à partager avec son entourage.

M. T vient de commencer le groupe d'expression corporelle qui peut être très intéressant pour lui, même si pas forcément facile.

J'ai rencontré brièvement M. T lors de son 1er séjour. Je l'avais rencontré lors de sa 1ère participation au groupe d'expressivité corporelle (10/12/2019). Il y avait fait preuve de volonté de s'impliquer et d'indépendance (nous étions les 2 seuls à expérimenter le sol pour l'échauffement – c'était également ma 1ère et seule participation à ce groupe). Il avait pu signifier que ce n'était pas très simple pour lui, sans détailler. J'ai noté qu'il s'exprimait peu mais avec des mots choisis indiquant un fort contrôle mental et avait une réaction de prestance sous forme de sourire gêné. Lors du choix des mots pour qualifier son ressenti et le vécu de la séance il avait indiqué : « ouverture » et « pourquoi pas ? », comme pour marquer une expérience groupale positive dans le lien même s'il possédait quelques réticences.

Il avait été très enthousiaste sur la psychomotricité, se plaignant d'avoir trop de pensées qui le traversaient et qui notamment lui provoquaient des insomnies.

Conclusion : il semble pertinent de reprendre cet accompagnement en psychomotricité lors du retour de M. T en hospitalisation complète après son opération.

6. Que s'est-il passé au début du second séjour ?

6.1. L'évaluation psychomotrice

Lors de son second séjour, comme il avait perçu l'intérêt et l'impact des séances de psychomotricité dans son parcours de soin, M. T a demandé à poursuivre et cela a été validé par le médecin. Au retour de M. T, la psychomotricienne fait un entretien et une évaluation en ayant en tête l'historique du 1er séjour.

Tonus :

Tonus postural et d'action moins élevés que lors de son précédent séjour. Tonus de fond également moins élevé. Plus de capacité de relâchement.

Schéma corporel et image du corps :

Monsieur remarque que sa main et son bras sont beaucoup mieux intégrés. Il n'a plus cette sensation de bras « étranger ». Son poignet est maintenant positionné en pronation et il a plus de possibilités de mouvements et de préhension.

EMG : M. T spontanément le fait en réel. Les directions sont claires et bien conservées. Les mouvements à 2 bras peuvent demander un temps de réflexion. Lorsque le mouvement est effectué, celui-ci est précis. Les amplitudes sont justes. Il indique que cela "tiraille" côté droit.

A l'observation nous notons une amyotrophie de l'avant-bras droit, donnant un aspect maladif à ce membre.

Conclusion

L'évaluation a permis de noter un tonus postural relativement élevé mais avec une bonne capacité de relâchement tonique en mobilisation passive. Les gestes effectués sont justes mais semblent manquer d'automatisme et de fluidité.

M. T. arrive donc plus confiant et détendu pour son 2nd séjour. Il semble vraiment avoir été convaincu par les bienfaits de la psychomotricité lors de son 1^{er} séjour. Il semble gêné quand nous lui demandons ce qu'il attend de la psychomotricité pour ce séjour. Nous ressentons qu'il a de grandes attentes mais il ne formule précisément que l'approfondissement de la conscience corporelle pour limiter les ruminations.

M. T indique que cette fois-ci il n'a pas de douleurs comme il a pu en avoir de très fortes lors de son 1^{er} séjour.

Lors du 1^{er} RDV, le 27/02/2020, qui a été l'entretien de début de prise en charge, M. T semblait vraiment présent, plutôt confiant sur ce 2^{ème} séjour et content de retrouver la psychomotricité. Lorsque la psychomotricienne lui a demandé ses attentes, il a parlé de continuer le travail débuté lors du 1^{er} séjour de conscience corporelle et le travail de distanciation par rapport aux pensées. Il souhaitait développer encore la relaxation.

6.2. Penser le suivi en psychomotricité

a. Le projet et les axes thérapeutiques

Axes thérapeutiques de ce 2nd séjour – à la fois poursuivre le travail du 1^{er} séjour et préparer une réinsertion dans son milieu habituel :

- continuer le travail de réintégration de la main au schéma corporel et dans une image du corps revalorisée ;
- favoriser la conscience corporelle pour prendre du recul par rapport aux pensées et affiner la conscience corporelle globale ;
- travailler la prise de conscience des différents états de tension musculaire dans le corps ;
- travailler la régulation tonique pour favoriser la détente physique et mentale, ainsi que la régulation émotionnelle ;
- acquérir une gestuelle fluide pour regagner une motricité et une aisance de mouvement optimale de l'ensemble de la main, du membre supérieur droit en lien avec une aisance du corps entier.

b. Médiations

Le travail de la fluidité du geste en intégrant la main et tout le corps sera fait par le moyen de la médiation groupale d'expression corporelle. En effet, la présence du groupe et d'un objectif de mouvement global permettra à M. T de se décentrer de son membre supérieur et de l'intégrer dans un mouvement plus spontané. Les verbalisations de fin de séance pourront être également l'occasion pour lui d'exprimer son ressenti ou d'écouter les mots d'autres patients qui pourront éventuellement résonner pour lui.

Pour ce qui est du travail de relâchement tonique, une méthode de relaxation qui lui permettrait d'abord de se concentrer sur les ressentis de son corps en limitant les pensées et qu'il peut être intéressant qu'il s'approprie est la méthode de relaxation de Jacobson. Concernant les adaptations par rapport au membre touché, je propose de commencer par des parties plus éloignées du membre blessé car le 1^{er} objectif est d'expérimenter un état de détente et prendre conscience des différents états de contraction musculaire. Il est préférable dans un 1^{er} temps d'explorer des parties autres que le membre blessé pour développer les sensations corporelles de ces autres parties. Par ailleurs, le membre blessé est déjà beaucoup sollicité pendant les séances de rééducation et pour l'instant cela n'apporterait rien de le solliciter en relaxation.

Pour ce patient qui est beaucoup dans l'intellectualisation, la relaxation Jacobson avec un support physique musculaire pour poser son attention est très intéressante, permettant de placer sa conscience sur un sujet défini et corporel. Par ce biais, cela permet également de venir travailler la détente physique et mentale, ainsi que la régulation émotionnelle, mais aussi de venir affiner la conscience corporelle globale et de travailler la prise de conscience des différents états de tension musculaire dans le corps, et la régulation tonique.

Nous utilisons ainsi 2 des indications majeures précisées par S. Masson (1983) cité par M. Guiose² :

- les troubles pathologiques de l'intégration du schéma corporel ;
- les troubles psychologiques et de l'affectivité, hyperémotivité, anxiété, obsession, instabilité, irritabilité, inhibition, les troubles du sommeil, états névrotiques mineurs.

² GUIOSE, (2016), p.20-21

7. L'évolution de la prise en charge psychomotrice

Entre mes deux jours de stage, la psychomotricienne fait une 1^{ère} séance où elle présente au patient la relaxation Jacobson. Il accepte d'explorer cela sur plusieurs séances. La séquence choisie concerne les membres inférieurs. Le patient verbalise juste une détente en fin de séance. Le patient peut, au contraire du 1^{er} séjour où la relaxation s'était révélée anxiogène, désormais entrer dans la relaxation, comme si une résistance avait disparu.

Pour la séance suivante, le jeudi 5 mars, j'ai alors proposé, m'inscrivant dans la continuité du travail précédent, une séquence Jacobson sur l'articulation épaule-tronc pour se rapprocher du bras sans y aller encore, puis une verbalisation.

A son entrée dans la salle je trouve M. T assez tendu, crispé comme s'il tenait, retenait quelque chose. Après une attention particulière à l'installation du patient pour l'inviter à prendre conscience de son confort, je réalise la séquence Jacobson au niveau du tronc et de l'épaule : rapprochement de l'épaule de la colonne vertébrale en resserrant les omoplates puis haussement des épaules. Je l'ai senti plus à l'aise sur le 2^{ème} mouvement, plus connu dans l'imaginaire collectif. Le patient a pu se détendre d'après mon observation de ses pieds qui se sont écartés et son temps de reprise assez long. J'ai même dû répéter mon accompagnement verbal de la reprise. J'ai cependant encore la sensation de tension, de retenue de M. T, même si légèrement moins prégnante. Je note que je dois être attentive à ma respiration pour proposer un tonus plus faible.

Pour la verbalisation, M. T a pu dire qu'il s'était senti bien. Mais ce n'est qu'au moment de partir qu'il a parlé de ses insomnies et du fait qu'il avait, certaines nuits, pu reprendre des extraits de la séance Jacobson précédente avec plus ou moins de succès selon les nuits.

C'est à la toute fin de cette séance, au moment où il est en mouvement et se prépare à repartir, tandis que nous sommes moins dans une attente que Monsieur évoque la séance précédente de relaxation Jacobson. Alors que celle-ci s'était soldée par un « ça fait du bien » et « j'ai réussi à me concentrer sur les contractions », il indique qu'à un moment cela l'a reconnecté à un souvenir lié à une émotion forte. En l'accompagnant pour préciser un peu, il peut dire que l'émotion avait été forte lors de l'événement et dans les temps qui ont suivi alors que là il a observé qu'au moment où il pense à ce souvenir, l'émotion n'est plus là ou, l'émotion est là, et, rapidement, passe et peut permettre un autre rapport à ce souvenir.

C'est l'occasion de discuter sur le fait que le travail corporel et de relaxation peut parfois faire remonter des souvenirs ou des émotions, et que s'il le souhaite il peut nous en parler quand cela lui arrive. Il a ensuite changé de sujet. Le manque d'expression des émotions et ressentis de ce patient nous invite à soutenir la formalisation de celles-ci à travers des questions très ouvertes pour respecter sa pudeur. Nous ressentons un besoin d'étayage de son vécu émotionnel.

Les temps moins formels – il rattachait ses chaussures et je rangeais le matériel lors de cette verbalisation - sont importants pour lui et semblent plus propices à ce qu'il s'exprime. Il est important de bien gérer le temps de la séance pour garder un espace pour cette émergence de son expression.

A l'évocation du patient en réunion de synthèse, des kinésithérapeutes ont indiqué l'avoir vu en train de faire de la musculation dans une position qui pouvait mettre en danger la consolidation de son poignet alors qu'il était sinon très observant. Une kinésithérapeute lui a proposé d'autres types d'exercices de musculation. Cela nous interpelle : au-delà du besoin de se dépenser physiquement, peut-être amplifié par le besoin de se déconnecter de son mental, comment ce patient voit-il aujourd'hui son corps, et comment cet accident vient affecter son image du corps ? Notamment, l'amyotrophie de son avant-bras semble perdurer. Néanmoins, ses résistances semblent assez fortes pour aborder ce sujet.

Lors du 3ème RDV, le 12 mars 2020, j'aurais aimé explorer avec ce patient un dessin du bonhomme, même très ébauché pour favoriser la verbalisation sur sa représentation affective du corps. Mais il est justement droitier et ne peut actuellement pas encore dessiner. Lorsque j'ai évoqué cette possibilité, il a pu exprimer qu'il était perfectionniste et que pour lui le dessin d'un corps devait être très esthétique – plutôt un corps de femme alors - et qu'actuellement il ne pouvait plus dessiner même s'il remarquait une légère amélioration. Un entretien de Moyano m'aurait paru trop frontal après cet échange où j'avais senti déjà de l'émotion.

Lors de l'accueil, M. T exprime qu'il est fatigué car il a des difficultés de sommeil importantes, qu'il a cependant mieux dormi cette semaine dont une fois grâce à la mobilisation Jacobson, mais une autre fois cette stratégie a échoué.

Devant le peu de séances programmées, il est bon de développer l'apprentissage de cet outil que représente la relaxation Jacobson et je choisis la séquence sur le visage qui me semble plus facile à réaliser dans un lit. Je propose 2 mobilisations du visage : plisser le front en haussant les sourcils puis froncer les sourcils. M. T a pu verbaliser qu'il avait ressenti une détente au niveau du visage mais que ses mâchoires étaient tendues... cela nous donnait ainsi l'item de la séance suivante : les mâchoires. L'épidémie de Covid-19 a provoqué l'interruption du stage et j'ai dû interrompre ce suivi.

c. Conclusion

A ce moment-là, je souhaitais proposer, pour la séance suivante, la séquence Jacobson au niveau des mâchoires. Je me suis demandé si les douleurs dentaires de M. T lors de son 1^{er} séjour pouvaient être reliées à une tendance à contracter fortement ses mâchoires en cas d'anxiété.

Pour la suite du suivi, je pense également que la participation au groupe d'expressivité corporelle aurait vraiment pu être bénéfique pour le patient. En raison de l'épidémie de Covid19, les groupes thérapeutiques ont été suspendus. Je ne peux m'empêcher de me demander : « Quel sera l'impact de ces prises en soin qui n'ont pu être menées comme nous l'envisagions ? Quelles sont les conséquences à court et plus long terme pour les patients ? ».

La discussion en réunion de synthèse a renforcé l'attention de la psychomotricienne à cette question de l'image du corps, pour l'avoir en tête afin de pouvoir effectivement être réceptive à des éléments pouvant ressortir, ou attentive à un besoin de la part du patient. L'image du corps est en mouvement perpétuel et d'autant plus là, chez un patient qui a été impacté dans son image du corps, et dont le corps physique en rééducation évolue de semaine en semaine. Cependant, il n'est pas envisagé d'en parler directement avec le patient qui est extrêmement pudique et peu à l'aise avec cette expression de soi. Comment alors le soutenir, éventuellement dans une forme d'évolution de sa représentation, expression, de là où il en est dans sa représentation du corps ? Je pense que l'expérience de la médiation groupale « expression corporelle » peut être bénéfique.

Pour l'expression des émotions, la verbalisation, éventuellement moins formelle, soit au moment de sortir de la séance ou sur le chemin du jardin semble avoir créé un espace de

parole plus informel mais tout de même dans le cadre élargi de la séance. Pour moi, juste le fait de permettre que la séance ait lieu et de faire verbaliser le patient au début et à la fin de manières différentes peut permettre cela. Peut-être aussi que le fait que je verbalise mes émotions, au moment où j'ai oublié une consigne lors de la passation d'un test, a facilité et amené une verbalisation.

5. Sur l'espace de ces 3 séances du second séjour de M. T dans l'établissement, que s'est-il passé ?

La relation thérapeutique a été rapidement mise en place grâce au vécu très positif de la psychomotricité lors de son premier séjour. Cela a permis à M. T de se sentir en confiance et de s'impliquer dans les séances, de s'adonner aux expériences proposées tout en exprimant, au besoin avec notre aide, ses freins ou plus exactement une partie d'entre eux.

M. T a pu verbaliser une haute exigence envers ses productions et également une haute attente envers l'esthétisme. Cette verbalisation intéressante pourrait entraîner d'autres si le contexte le permet et selon le souhait du patient. C'est potentiellement une porte pour aborder avec lui sa représentation affective du corps.

Il me semble bon de noter ici que M. T a également un suivi avec la psychologue alors peut-être cela peut également être abordé dans cet autre espace.

Concernant son évolution en rééducation, il a lui-même noté qu'il avait vraiment cheminé et continuerait sûrement à le faire.

Concernant l'axe thérapeutique en lien avec la relaxation, M. T a pu expérimenter quelques séances de relaxation Jacobson et semble avoir pu atteindre des états de détente modérée – l'avant-bras droit reste assez crispé - et s'en emparer pour en refaire parfois de lui-même en cas d'insomnie.

Je trouve que ce parcours montre à quel point une rééducation de qualité peut se voir limitée par des résistances ou stratégies de compensation des patients par rapport à des souffrances parfois peut-être non exprimées et peut-être parfois même inconscientes mais bien présentes dans leurs actes. Et c'est là que le regard de la psychomotricienne peut être utile pour enquêter et élaborer sur ces conduites « à risque » pour la rééducation.

Une problématique psychocorporelle chez ce patient a pu être identifiée par les collègues rééducateurs en lien avec la gestion des pensées, des émotions, de la difficulté à être vraiment présent dans son corps ce qui a entraîné une 1^{ère} indication en psychomotricité qui s'est ensuite précisée par l'évaluation psychomotrice.

Chez ce patient, nous sentons que sa problématique liée à l'accident et à sa rééducation en traumatologie vient vraiment faire ressortir ou résonner d'autres problématiques plus profondes.

Pour permettre au patient d'intégrer ce qui se passe pour lui à divers niveaux, la psychomotricité propose une approche globale de la personne qui prend en compte son histoire psychocorporelle, sans toutefois avoir l'objectif d'un travail sur le passé. Dans le cadre de cet accompagnement lors d'un court séjour en centre de rééducation, il est important de tenir compte des défenses de la personne, et savoir ne pas aller chercher trop loin si on se rend compte que ces défenses sont présentes.

J'interroge d'ailleurs le souhait de M. T de déménager pour poursuivre le travail à l'hôpital de jour du centre. Dans quelle mesure est-ce lié à la complexité de sa pathologie qui nécessite une prise en charge spécialisée ? Dans quelle autre mesure cela répondrait à la démarche qu'il a entamée de questionner ses diverses attaches, professionnelles et affectives ? Cela semble en tout cas le chemin qu'il entrevoit vers plus d'apaisement dans le rapport à son corps et ainsi le rapport à lui-même.

Chapitre II – « Tonus, axe et représentations du corps dans cette atteinte corporelle »

A l'observation des patients du service de MPR, j'ai ressenti le besoin de clarifier en quoi je trouvais leur sémiologie très psychomotrice et comment nous pouvions les accompagner dans leur processus de rééducation et réadaptation. A la lumière des exemples cliniques rencontrés, j'ai pu identifier les items psychomoteurs qui étaient le plus touchés par l'atteinte corporelle de ces patients. Comme il n'est pas possible de traiter tous ces aspects, j'ai sélectionné les items qui m'ont paru les plus pertinents car les plus rencontrés lors de mon stage et également moins abordés par les autres rééducateurs ou sous des abords très différents. J'ai ainsi choisi de concentrer mon étude sur le tonus, la conscience corporelle, l'axe corporel, les représentations du corps, à comprendre ici en tant que schéma corporel et image du corps. Comment ces items sont touchés par l'atteinte corporelle des patients et comment pouvons-nous les accompagner en nous appuyant sur des théories et compétences psychomotrices ?

I) Les deux items psychomoteurs des indications principales : tonus et schéma corporel

A) Le tonus comme approche psychocorporelle de la personne

Le tonus est l'item psychomoteur par excellence et l'un des premiers médias de la rencontre.

Le tonus fait référence au tonus musculaire, défini, notamment par Vulpien³ comme « l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur du muscle) est permanente et involontaire. 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, les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales ».

³ VULPIAN, (1874)

Pour compléter cette définition, prenons celle de Foix et Rondot, qui décrivent le tonus comme l'état de tension permanente des muscles. Cette tension est active, involontaire et variable dans son intensité selon les diverses actions synchroniques* ou réflexes qui le renforcent ou l'inhibent.

Le tonus a donc une fonction de support et cadre de la posture et de la motricité mais il est également imbriqué avec l'état émotionnel du sujet en relation et c'est en cela qu'il intéresse particulièrement la psychomotricité : il est un reflet de l'état global de la personne. « Le tonus constitue la trame-support de l'existence, dont les aspects fonctionnel et relationnel ne peuvent être dissociés »⁴.

Wallon (1942) précise ainsi que « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire ».

D'un point de vue psychomoteur, la fonction tonique est le véhicule de l'expression et des émotions ainsi que le support essentiel de la communication infra-verbale, du langage corporel. Il nous renseigne ainsi sur notre état émotionnel ainsi que sur celui de notre interlocuteur.

Le tonus musculaire est un phénomène neuromusculaire complexe, étudié par la neurophysiologie, et qui apparaît comme la toile de fond indispensable à toutes les activités motrices, depuis le maintien de la posture jusqu'aux schèmes moteurs les plus élaborés, de l'immobilité au mouvement le plus compliqué (dissociation, coordination...). Sa régulation est soumise au cervelet, qui appartient au système nerveux central.

Un dysfonctionnement tonique, s'il n'est pas lié à une lésion organique, témoigne d'un désordre émotif et est le signe d'une altération de la communication.

Selon les classifications, deux ou trois types de tonus sont identifiés : a minima le tonus de fond, soit la quantité d'énergie qui stimule les muscles à l'état de repos, et le tonus d'action, c'est-à-dire la quantité d'énergie qui stimule les muscles lors de l'activité motrice.

Une classification plus détaillée distingue 3 catégories pour encore préciser ce qu'est le tonus sachant qu'en réalité il s'agit d'un phénomène complexe qui imbrique ces divers pans :

- Le tonus de fond, aussi appelé tonus passif ou basal ou permanent. Il se caractérise par l'état de légère tension isométrique des muscles, permanente et involontaire, qui ne disparaît pas même lors du sommeil. On peut le mettre en évidence grâce à la

⁴ ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL, (2015), p.172

mobilisation passive (lorsqu'une personne fait faire le mouvement à une autre), par les épreuves d'extensibilité (on étire le muscle de quelqu'un qui reste passif). Les épreuves d'extensibilité permettent d'évaluer le degré de contraction minimum d'une personne lorsqu'elle ne fait pas de mouvement. Il est le lieu d'inscription de l'affectivité et des émotions, qui « prennent corps » en lui. C'est-à-dire que le tonus de fond est empreint de l'affectivité de la personne. Il détermine l'expressivité des mouvements qu'il soutient. Le tonus de fond est variable, dépendant de nombreux paramètres.

- Le tonus de posture, aussi appelé tonus d'attitude. Il correspond au degré de tension des muscles antérieurs et postérieurs antigravitaires : maintien de la posture, l'équilibre. On nomme ainsi tonus postural l'activité tonique minimale qui permet de maintenir la posture. En effet, nous fonctionnons à l'économie d'énergie et donc lorsque nous allons bien nous recrutons un peu plus de tonus que le tonus de fond mais au minimum. Lors de troubles du tonus postural, troubles de la régulation tonique, la personne peut tenir sa posture mais cela lui demande beaucoup d'énergie, potentiellement autant que pour le tonus d'action. Cette activité est la plupart du temps automatique, mais on peut agir volontairement sur elle, par exemple lorsqu'on se redresse pour rester en éveil. Cela signifie que le tonus postural ne passe pas par le champ de la conscience. Cependant on peut décider de « mettre un peu plus de tonus » pour être plus vigilant ou de « se relâcher » pour se détendre, par exemple sur une incitation verbale à relâcher tout ce que nous pouvons relâcher en accompagnant ce relâchement progressif par la respiration lors d'un « balayage corporel », inventaire des différentes parties du corps.
- Le tonus d'action. Il correspond à tous les degrés de tension d'un muscle participant à une activité motrice. Il correspond à l'ensemble des variations de tension musculaire destinées à préparer et à soutenir le mouvement. Il peut se repérer dans le cadre d'un processus parfaitement conscient, recrutement tonique lié à la perspective de devoir se lever de la chaise par exemple, ou plus ou moins automatisé, telle la préparation à la fuite en cas d'alerte.

Ainsi, le tonus s'inscrit dans le corps mais aussi dans la relation à partir du corps. C'est le principe théorisé par Winnicott, puis repris par Julian De Ajuriaguerra qui l'a baptisé dialogue tonique. Celui-ci naît dans les interactions précoces avec la mère. Pour Julian De Ajuriaguerra

le dialogue tonique est la sensibilité du jeune enfant à percevoir l'état tonique et donc émotionnel de sa mère. A la naissance, le dialogue tonique est le premier moyen de communication.

Puis l'expérience prend sens au fur et à mesure du développement de l'enfant. Boiscani énonce que « l'expérience du dialogue tonico-émotionnel se fait par l'intégration des oppositions hyper/hypotonie avec ses valeurs physiologiques et psychiques ». Ainsi, l'enfant dans une journée passe par ces oppositions normales, saines, qui vont des moments d'insatisfaction aux moments de satisfaction. Cette opposition est importante dans la mise en place du développement.

Mon hypothèse est que c'est sur cette intégration que nous pourrions nous appuyer lors des exercices de relaxation, soit par des incitations verbales ou des visualisations, créant un pont avec le vécu du patient et son référentiel de satisfaction/insatisfaction.

Selon les théories que rassemble et dialectise Eric Pireyre⁵, le tonus va garder des premiers temps de l'enfance une trace de ces premières relations : cela va laisser des empreintes toniques. Celles-ci peuvent être plus ou moins marquées voire considérées comme plus ou moins pathologiques. Hypertonie*, hypotonie*, paratonie* et syncinésies* sont ainsi des exemples de troubles du tonus.

Le tonus et sa régulation sont inscrits depuis longtemps chez l'individu et l'évaluation du tonus par le psychomotricien permet aussi d'avoir une idée de cet « avant ». La spécificité du psychomotricien est d'aller interpellier, chercher, évaluer, prendre en compte cet avant, cette histoire corporelle de l'individu pour être le plus pertinent dans la prise en charge plus rééducative actuelle du patient et la compréhension de ses réactions corporelles.

L'indication la plus fréquente pour la psychomotricité dans l'établissement est un excès de tonus de fond empêchant ou du moins perturbant la rééducation et provoquant souvent des douleurs chez le patient, « trouble tonique, difficulté de relâchement volontaire ».

Chez les patients qui ont chuté, le tonus postural, le degré de tension des muscles antérieurs et postérieurs antigravitaires qui se doivent d'être équilibrés pour maintenir la posture, se présente également souvent sur un versant très tonique. Cette tonicité est liée notamment à l'appréhension d'une nouvelle chute et éventuellement la perte d'automatismes, automatismes plutôt juste dépassés par la peur mais généralement récupérables.

Le tonus d'action est également élevé chez les patients qui ont développé une certaine

⁵ PIREYRE, p.105

vigilance par suite de l'événement qui les a amenés à l'hôpital.

Ce qui est recherché souvent au cours des prises en charge sur le tonus c'est de développer la capacité du patient à réguler lui-même son tonus. La régulation tonique est l'équilibration du tonus, un affinement des nuances toniques permettant une gestualité plus fine et complexe. C'est ainsi qu'il pourra récupérer la fluidité et la précision du geste.

Illustrations cliniques :

- Mme C, la première patiente décrite dans ce document, très en vigilance à la fois par rapport à sa douleur, et à la fois par rapport à sa situation personnelle, a un profil hypertonique, avec un excès de contraction.
- Mme V, dont nous parlerons en détail plus loin, est sur le qui-vive, et ce n'est que lorsqu'elle accorde sa confiance à la psychomotricienne pour l'examen du tonus qu'elle peut progressivement se relâcher et diminuer les contractions.

La citation de Benoît Lesage éclaire bien ce que le tonus constitue pour cette patiente comme moyen de contrôle : « Le tonus qu'il soit musculaire, organique, cellulaire, neuronal ou émotionnel est une force de cohésion qui tient ensemble les parties...c'est aussi, une façon d'être prêt à, un degré de vigilance et de disponibilité...ce tonus est lié aux échanges sensoriels qui sont une véritable nourriture psychocorporelle ».

Nous avons vu que pour Henri Wallon, « Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire »⁶. Le tonus est en lien avec les émotions du sujet, c'est-à-dire ce qu'il ressent de son rapport à l'environnement. Suzanne Robert-Ouvray précise cela en définissant la tonicité comme « l'ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe. C'est un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain »⁷.

Les « variations musculaires constituent la première matière de ce qui nourrit la perception du corps » et donnent à sentir les limites corporelles indispensables à l'individuation de la personne. C'est sur cette hypothèse que la pratique de la relaxation s'appuie, en faisant appel à la prise de conscience de ces variations et ainsi renforcer le sentiment des limites du corps et de centrage de la personne.

Je précise que le tonus comprenant l'histoire du sujet et ce qu'il a établi comme fonctionnement, il n'est pas forcément préconisé de venir modifier celui-ci si les résistances

⁶ Cité par ROBERT-OUVRAY (2007), p. 42

⁷ *Ibid.*, p. 43

sont très fortes et protègent une vulnérabilité importante à cet endroit. C'est le travail du psychomotricien d'être à l'écoute des possibilités et limites du patient.

Conclusion : le tonus manifeste l'état psychocorporel de l'individu, et constitue une des modalités principales de son rapport à l'environnement. En interrogeant le tonus du patient, le psychomotricien va pouvoir mettre en lumière un vécu psychocorporel actuel, en lien avec l'histoire du sujet et ainsi explorer les éventuelles capacités du patient à développer une gamme plus large de régulation tonique pour une posture et un mouvement plus ajustés aux situations rencontrées.

B) Le schéma corporel

Il est important tout d'abord de considérer un préalable au schéma corporel : la proprioception.

La proprioception est la perception, consciente ou non, des parties du corps, de leur position et de leur mouvement dans l'espace.

Ces informations proviennent de l'intégration d'afflux sensoriels de capteurs contenus dans les fuseaux neuro-musculaires sensibles à l'étirement⁸. De nombreuses techniques de rééducation fonctionnelle et psychomotrice ont une visée proprioceptive.

Le schéma corporel selon Le Boulch est l'intuition d'ensemble ou la connaissance immédiate que nous avons de notre corps à l'état statique ou en mouvement, dans le rapport de ses différentes parties entre elles et surtout dans ses rapports avec l'espace et les objets qui nous environnent.

C'est pour Pieron, la représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace. Cette représentation est fondée sur des données sensorielles et sensibles multiples, proprioceptives et extéroceptives⁹.

Je trouve intéressant de se rapporter également à la définition de Julian De Ajuriaguerra : « Edifié sur la base des informations tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos

⁸ CARRIC (2014), p. 184-185

⁹ *Ibid.*, p. 226

perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »¹⁰.

Le schéma corporel est en perpétuel remaniement et il est normal lors d'une blessure que celui-ci évolue. Parfois, cette actualisation se fait difficilement pour le patient, lors d'atteintes corporelles importantes comme les amputations notamment.

J'ai pu suivre pendant plusieurs mois Mme U qui a dû se faire enlever sa prothèse de hanche et être alitée pendant plusieurs semaines sans pouvoir se verticaliser. L'alitement a eu pour effet une perte de représentation de la position de son bassin induisant l'impression d'être assise alors qu'elle était allongée. L'objectif thérapeutique est alors de redonner à la patiente, en tenant compte de ses limites motrices du jour, de vivre en partie une expérience vers la verticalisation. En cas d'impossibilité physique, le toucher thérapeutique permet de donner d'autres informations sur les positions des segments les uns par rapport aux autres. Je penserais également aux percussions osseuses, avec des claves ou un diapason médical, pour donner à sentir les positions des os et donc des segments les uns par rapport aux autres ou des micromouvements de Feldenkrais pour sentir de petites variations de positionnement du bassin.

Nous pouvons mettre en lien les troubles liés au schéma corporel à des conséquences sur le sentiment d'identité du patient. Effectivement, pour Wallon, cité par Carric¹¹, « le schéma corporel est un élément de base indispensable de la personnalité ». La connaissance du corps propre (réel) va être un élément d'individuation de la personne¹². Nous pouvons ainsi percevoir que les atteintes corporelles majeures peuvent venir bouleverser le sentiment d'identité.

Nous avons vu que nombre d'indications sont en lien avec un besoin du patient de se réappropriier son schéma corporel. Cela peut se faire sans la conscience, l'attention du patient sur son corps, par exemple en favorisant une motricité globale dans diverses situations mobilisant le membre blessé. Cela peut également nécessiter un travail de conscience corporelle.

C) Conscience corporelle

Une des indications fréquentes pour la psychomotricité dans l'établissement est un

¹⁰ AJURIAGUERRA, 1970, p.239

¹¹ CARRIC (2014), p.226

¹² *Ibid.*

« manque de connaissance de son corps ». Derrière ces termes, le psychomotricien va réaliser une évaluation pour préciser la sémiologie psychomotrice du patient. Il pourra ainsi préciser s'il y a un réel défaut sur les somatognosies, ou un défaut de la fonction proprioceptive, ou plus souvent un manque de conscience corporelle qui entrave directement la rééducation ou est indirectement source de douleurs dans les mouvements. Ainsi, certains patients n'arrivent pas spontanément à adapter leurs gestes pour éviter de solliciter le membre blessé créant des douleurs soit au niveau de la cicatrice soit par la contraction des muscles ou tendons.

Le défaut de proprioception ou de conscience corporelle peut être conséquent au choc de l'accident si le patient s'est en quelque sorte coupé de ses ressentis corporels comme mécanisme de protection mais cela peut être une situation existant déjà en amont chez le patient et qui ne se révèle gênante que dans le cadre de la rééducation. Cela peut également venir d'une modification des sensations ressenties et parfois d'une perturbation transitoire de la réponse motrice, en lien avec les effets de l'opération, de la douleur, du matériel posé, du fait de modifier ses comportements gestuels et posturaux, notamment selon les restrictions de mouvements en lien avec les consignes post-opératoires.

Vignette clinique : M. B, un patient de 29 ans, d'origine guinéenne, a d'abord émigré vers le Portugal il y a dix ans, puis vers la France il y a environ trois mois. Il arrive au centre de rééducation à la suite d'une opération pour remettre sa prothèse de hanche qui s'est déplacée, provoquant de fortes douleurs. M. B a également une paralysie de la partie inférieure de la jambe gauche depuis la naissance ou l'enfance. Il indique à la psychomotricienne lors de l'évaluation qu'il ne se repère même plus dans l'espace de son téléphone portable par moments. Un premier examen des somatognosies montre que M. B a accès à la plupart des parties de son corps assez précisément mais qu'il y a parfois un mot à la place d'un autre. Un travail régulier autour des somatognosies sur soi et l'autre, des expériences pour redévelopper la proprioception vont permettre à M. B de retrouver son référentiel corporel et s'orienter également dans son environnement.

Eric Pireyre, dans sa Clinique de l'image du corps, écrit : « La prise de conscience du corps peut trouver son origine dans l'équipement neurosensoriel. Prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences

sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle. C'est donc se confronter à la réalité corporelle vécue. »¹³

Il distingue cette expérience de celle abordée par le psychisme avec l'exemple de la relaxation, lors de laquelle le relaxé est invité à porter son attention sur une partie de son corps ou la globalité de celui-ci. L'afférence sensorielle étant alors moins significative dans le contexte de la relaxation, le relaxé peut faire appel à « l'expérience mémorisée de l'investissement, dès le début de la vie, par le psychisme et le corps des parents, dans leur conscient et leur inconscient, des différentes zones corporelles ainsi que de leur globalité. »¹⁴

Il est intéressant de compléter cette définition par des propos inspirés d'Alexandrine Saint-Cast et Franco Boscaini, cités par Anne Trichot dans son mémoire. Pour eux, la conscience corporelle est « la manière dont le sujet se sent, perçoit, reconnaît, se représente son corps »¹⁵. Cette conscience varie selon les individus et les expériences vécues. En temps normal, elle serait constante, globale, totale et immédiate et permet que « le sujet éprouve le sentiment d'être et d'exister comme une personne totale et singulière ». Elle serait même pour ces auteurs le « repère indispensable au sentiment de soi », un socle stable et fiable sur lequel l'individu peut baser sa vie motrice et psychique.¹⁶

La conscience corporelle est donc pour moi un ancrage, un appui comme le sol sur lequel le patient peut s'appuyer. Le format à respecter pour l'exercice du mémoire a été l'occasion pour moi de choisir l'ancrage qui me paraissait le plus pertinent à présenter dans notre spécificité de psychomotricien en centre de rééducation. D'autres professionnels travaillant également sur les appuis, le repousser du sol et la verticalité, j'ai opté pour cet autre ancrage de la personne, celui de sa conscience corporelle. Il serait intéressant de voir comment ces notions s'imbriquent dans un travail de rééducation comme nous avons pu le faire.

Atteinte des systèmes os/muscle/peau

Lors de la chute ou l'accident ayant entraîné la lésion, au moins un mais généralement plusieurs des systèmes os/muscle/peau a été abîmé voire rompu. Parfois également, le

¹³ PIREYRE, p.207

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ TRICHOT, p.62

¹⁶ *Ibid.*

système fascia est endommagé avec lésion au niveau d'organe comme c'est le cas dans un polytraumatisme avec pneumothorax* par exemple, présentant ainsi une lésion de l'enveloppe du poumon. Celle-ci a donc été intrusée.

Il peut ainsi être intéressant de distinguer le vécu psychomoteur selon le système atteint.

Lorsque l'atteinte concerne le système os et particulièrement lorsqu'un appareillage est nécessaire, le vécu de défaillance du corps, l'image de ce corps fragilisé peuvent engendrer « un vécu de morcellement, un effondrement de la sécurité de base, un effritement de la confiance en soi et une difficulté à accepter ces corps étrangers »¹⁷.

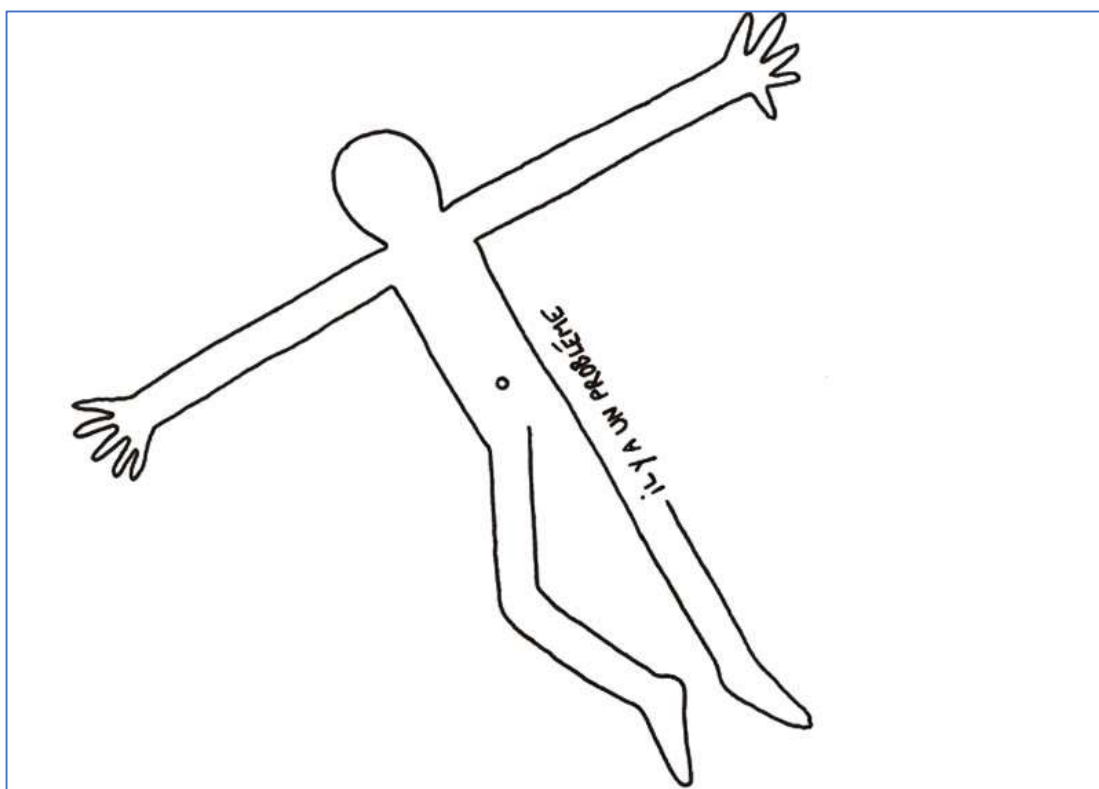


Illustration de Louise Pressager 1

Lorsque la peau a été altérée, perforée, soit au moment de l'événement, comme lors d'un accident avec dermabrasion, soit lors de l'opération chirurgicale qui a éventuellement suivi, le patient peut se sentir vulnérable. En effet, la peau peut être vue comme une enveloppe protectrice à la fois de l'extérieur et contenant l'ensemble de nos sensations, symbole de notre individuation. Cette théorie du « Moi-Peau »¹⁸ élaborée par Didier Anzieu permet de comprendre la potentielle détresse de ces patients pour mieux les accompagner.

¹⁷ BAYLOT, BEDNAREK, FRADET, p.279

¹⁸ ANZIEU (1985)

Parfois, en cas de greffe, le patient a une double atteinte de la peau : au niveau de la zone de prélèvement et au niveau de la zone greffée. Lors de multiples atteintes cutanées, il est intéressant de convoquer l'image du Moi-peau passoire d'Anzieu pour percevoir les images que cela peut entraîner chez le patient et les conséquences au niveau de la sensation des limites dedans-dehors et le vécu d'insécurité.

Il serait intéressant également d'aborder l'apport de la conscience corporelle dans la gestion de la douleur. C'est souvent un outil pour les nombreuses indications de trouble algique non soulagé par les traitements ou majoré par l'angoisse. Cependant, ce sujet est trop vaste pour être abordé ici.

II) Les représentations du corps dans la clinique ortho-traumatologique rencontrée

Pour bien saisir en quoi le psychomotricien peut accompagner le patient sur le chemin de sa guérison, c'est-à-dire l'intégration d'une éventuelle modification de schéma corporel d'une part et le retour à un rapport apaisé à son corps, il est important de préciser ce que sont les représentations du corps, comment elles se construisent et si elles peuvent évoluer et alors dans quelle mesure.

A) Définitions des représentations du corps

Nous avons au début de ce mémoire donné quelques définitions du schéma corporel. Les représentations du corps incluent divers concepts que sont le schéma corporel et l'image du corps, notions dont les définitions peuvent varier selon les époques et surtout les auteurs. Lorsqu'ils ne sont pas confondus ces concepts sont de toute façon imbriqués. Charlotte Paumel a réalisé une importante analyse comparative de ces notions, ce que celles-ci recouvraient, leurs zones de chevauchement, pour proposer une grille de lecture des diverses représentations du corps.

Nous nous contenterons pour cette analyse de sélectionner les quelques définitions nous permettant de nous appuyer pour développer l'analyse de la sémiologie des patients de traumatologie orthopédique et soutenir leur accompagnement.

L'une des principales définitions de l'image du corps est celle de Françoise Dolto : « c'est une construction imaginaire, inconsciente, résultant de nos expériences émotionnelles, affectives, relationnelles que nous projetons sur notre propre corps. C'est grâce à notre image du corps, portée et croisée à notre schéma corporel, que nous pouvons entrer en communication avec autrui. L'image du corps est propre à chaque individu et est liée à l'histoire de chacun. C'est la façon dont nous investissons affectivement notre corps, aussi bien globalement que partiellement, dans la relation à autrui ».

Chez les patients ayant vécu un traumatisme, on trouve souvent une représentation affective du corps dévalorisée : ce corps est défaillant, décevant, peut-être abîmé, avec une partie peut-être laide ou du moins inesthétique.

Lors d'une chute, il est fréquent que l'image du corps soit entamée : le corps a échoué à rétablir son équilibre. Plus particulièrement pour les sportifs qui peuvent avoir tendance à valoriser leur corps en l'indexant à sa performance, une chute peut avoir des conséquences très fortes sur leur image du corps. Parfois, leur corps leur paraît finalement faillible et décevant. Parfois, leur corps abîmé par l'accident les révolte et tout un processus de deuil doit se faire avant l'acceptation de ce corps modifié, peut-être diminué, comme c'est le cas lors d'amputation, de greffe ou de prothèse qui empêchera certains mouvements. Je renvoie pour ces aspects aux mémoires de Lou André et Sandrine Louis.

Je citerai, pour résumer l'impact de l'accident et ses répercussions un extrait du Grand Livre des pratiques psychomotrices, qui précise dans le chapitre sur les rééducations orthopédiques et neurologiques, que le schéma corporel est impacté « par des modifications de l'aspect extérieur et intérieur (amputations, cicatrices, ajout de corps étrangers, pertes sensibles et fonctionnelles), redéfinissant de nouvelles dimensions corporelles et bouleversant l'image du corps, le sentiment d'identité et l'estime de soi. Le deuil de l'image idéale du corps est d'autant plus complexe à réaliser qu'il fait écho à des traumatismes du passé non élaborés (maltraitements, abus sexuels, maladies graves, ou confrontation à la mort). La verbalisation et l'élaboration du vécu émotionnel seront indispensables pour permettre la reconstruction de l'identité psychocorporelle. »¹⁹

D'après notre cours²⁰, l'image du corps est une représentation subjective de notre corps,

¹⁹ BAYLOT, BEDNAREK, FRADET, p.287

²⁰ PAUMEL (2019-2020)

basée sur le sentiment continu d'exister qui se construit dans la petite enfance, sur l'identité sexuée et sur la construction identitaire. Ces trois niveaux conceptuels légitiment la notion de pluralité d'images du corps. Celles-ci se construisent en lien avec le schéma corporel, qui constitue un cadre de référence, et s'étayent dans la relation avec l'environnement. Les images du corps sont à ce titre en perpétuels remaniements. L'image du corps est l'idée, en perpétuel remaniement, que chacun se fait de son corps ; elle traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation aux autres, des qualités de notre corps. L'image du corps est une représentation imaginaire (ce n'est plus une topographie réaliste ou une modélisation), et qui reflète à la fois et en même temps le vécu passé le plus lointain aussi bien que l'actuel. C'est une construction qui au temps T est empreinte des expériences du passé.

B) Construction de l'image du corps

Nous avons vu comment le schéma corporel et l'image du corps pouvaient être touchés, modifiés dans le cas d'un accident ou d'une chute. Il est alors intéressant de comprendre les facteurs de la genèse et de l'évolution de ces représentations du corps.

Très succinctement sur l'élaboration de l'image du corps dans la théorie psychanalytique : les relations mère-enfant, père-enfant et famille-enfant représentent la manière dont l'enfant est aimé pour ce qu'il est. Les projections imaginaires et inconscientes de la mère et de la famille sur l'enfant influent sur l'élaboration de l'image du corps. Les affects négatifs risquent d'entraîner une dévalorisation de celle-ci. L'image du corps se construit dans la différenciation d'avec la mère et dans l'identification au parent de même sexe durant la phase œdipienne. L'éducation va influencer l'image du corps en transmettant une échelle de valeurs attachées au corps : certaines parties sont valorisées, d'autres sont tabous. Plus tard, la mode sociale et des médias renforce le culte du corps physique comme objet de séduction et crée des valeurs esthétiques du corps.

« La prise de conscience du corps n'est pas l'image du corps. En se situant à l'interface de la sensibilité somato-viscérale et des processus représentationnels, elle permet l'accès à certaines composantes de l'image du corps. En permettant une authentique reconnexion du patient avec son corps, avec ses émotions et, éventuellement en relançant le processus d'association d'idées, elle est un vrai processus thérapeutique. La psychomotricité y trouve

une puissante légitimité théorique et pratique. »²¹. Pour Pireyre, la prise de conscience du corps est un phénomène thérapeutique dans le sens où, reconnecté avec son corps, le patient peut accéder à une certaine conscience de lui-même.

C) Rôle du psychomotricien auprès de patients souffrant d'une image du corps altérée

Comme nous l'avons vu au fil des diverses vignettes cliniques, le psychomotricien va amener le patient à reconsidérer son image du corps, à la revaloriser.

Cette démarche est résumée en trois axes thérapeutiques dans le Grand Livre des pratiques psychomotrices. Ainsi, « le psychomotricien a pour rôle :

- De recréer de nouveaux liens avec le corps-affectif malgré les remaniements imposés ;
- De restaurer l'estime de soi, une image de soi narcissique valorisée et valorisante ;
- De cheminer vers la « réincarnation de l'être dans le corps » (Andrieu, 1999²²) »²³.

Ce travail rend compte dans sa spécificité, dans son approche corporelle, de ce que le psychomotricien peut apporter en complément des autres praticiens auprès de patients ostensiblement touchés dans leur corps.

III) Verticalité, axe corporel

Il n'est pas possible d'aborder ici l'ensemble des notions et items avec lesquels nous travaillons en centre de rééducation. L'équilibre est un sujet primordial évidemment dans la prise en charge des patients. J'ai choisi de traiter plutôt l'axe corporel que nous avons pu travailler avec des patients assis. Les kinésithérapeutes et ergothérapeutes travaillent également beaucoup sur l'équilibre. J'ai noté que nous étions adressés nombre de patients ne pouvant se déplacer voire même se tenir debout ou assis. La souffrance psychocorporelle de certains de ces patients était très importante et particulièrement en lien avec un trouble du sentiment d'identité.

²¹ PIREYRE, p. 207

²² ANDRIEU, p293

²³ BAYLOT, BEDNAREK, FRADET, p290

Le patient qui a chuté ou perdu de la mobilité dans sa marche ou son axe peut développer des troubles de l'équilibre ou mettre du temps à récupérer son équilibre. Il s'avère parfois que la chute a eu lieu car un trouble de l'équilibre était présent et n'avait pas été identifié, peut-être car c'était justement sa première manifestation importante. Il est important que le psychomotricien réalise une observation et éventuellement des tests pour clarifier les capacités et difficultés d'équilibration du patient. Et au-delà des compétences mécaniques, parfois l'appréhension de la marche au souvenir de la chute et dans la crainte d'une nouvelle chute peut créer des troubles de l'équilibre. Cela peut aller jusqu'au syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice rencontré chez certaines personnes âgées restées longtemps au sol sans pouvoir se relever.

Nous pouvons élargir ces réflexions à d'autres pathologies. Lorsque l'atteinte entraîne l'alitement de la personne, que ce soit une atteinte du membre inférieur ou un traumatisme au niveau du buste avec port du corset, des répercussions lourdes peuvent également être observées. Et cela, d'autant plus que la personne a été alitée longtemps, sans appui, au sol, et où la reprise de la verticalité des appuis et de la marche fait vraiment partie intégrante du processus et des objectifs de rééducations. L'appréhension de la marche va être plus importante lorsque l'accident fait suite à une chute. Cela touche également les patients qui peuvent avoir une atteinte du membre supérieur par suite d'une chute, ou pour laquelle l'atteinte ou la douleur amène une modification de la perception du corps dans l'espace et de l'équilibre.

Nous avons étudié l'axe corporel en cours d'anatomie en 2^{ème} et 3^{ème} années, avec une ouverture vers différentes théories. Le paragraphe suivant s'en inspire grandement. L'axe corporel, anatomiquement, représente une ligne virtuelle passant par le sommet du crâne et le centre du périnée. C'est le point d'appui à la fois physique et représentatif de l'action finalisée. L'axe n'est pas la colonne, il passe par le trou occipital, le centre de L3, les coxo-fémorales, le centre du genou et les malléoles. L'axe correspond donc à tout un ensemble qui comprend également la partie haute et la partie basse. La verticalité se construit en empilant les volumes les uns sur les autres, la colonne vertébrale étant le lien organique de l'ensemble, elle relie la tête et le bassin. Les expériences corporelles complétées du climat amènent à la verticalité et par conséquent au processus d'individuation. Charpente corporelle et psychique sur laquelle le sujet s'appuie pour interagir avec le monde, être dans la relation, se mobiliser, développer des fonctions instrumentales. Il est symbolisé par

l'ensemble anatomique tête et colonne vertébrale, il permet la verticalisation et l'affirmation du « Je ». Il se construit selon Bullinger en différenciant les hémicorps droit et gauche (schème homolatéral), ainsi que le haut et le bas du corps (schème homologue), pour, à partir de l'expérience psychomotrice, parvenir à croiser l'axe médian (schème controlatéral) permettant les retournements et développant ainsi les schèmes moteurs amenant à la marche autonome. Dans le même temps, les espaces s'unissent pour permettre l'espace de préhension, permettant au sujet d'agir sur le monde.

Avec ces patients qui ont vécu un alitement important, qui ont été atteints corporellement à la suite d'une chute, il est fondamental de travailler l'axe corporel et l'équilibre. Le psychomotricien va ainsi permettre la reprise d'appui, la verticalisation mais aussi la reprise de confiance en soi, qui peut se voir comme un appui interne. Cela concerne notamment pour les personnes en reprise d'appui et reprise de la marche, mais également toutes les personnes atteintes au niveau des membres supérieurs car leur atteinte crée un déséquilibre postural, musculaire et gestuel droite gauche, qui modifie le schéma corporel. Retravailler l'axe permet alors de renforcer le centre, fondamental dans l'organisation globale.

Chapitre III – « Quel apport spécifique du psychomotricien en traumato-orthopédie ? »

Nous avons présenté quelques patients que nous pouvons rencontrer au centre de rééducation, entre la description de la sémiologie la plus rencontrée lors de mon stage et deux exemples cliniques plus détaillés. Nous avons ensuite approfondi deux concepts principaux sur lesquels s'appuie la pratique psychomotrice : le tonus et les représentations du corps. En quoi cette pratique est-elle spécifique au psychomotricien et qu'apporte-t-elle au patient et à l'équipe pluridisciplinaire en service de traumatologie orthopédie ?

Nous verrons comment la formation permet de développer une approche spécifique du patient, en quoi la relation est un élément primordial dans la prise en soin en psychomotricité et comment cette discipline vient renforcer le travail pluridisciplinaire.

I) Une formation à la fois pratique et ouverte sur des théories variées

A) Une formation pratique pour un métier incarné

Etant issue de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, mes propos concernent la formation que j'ai effectuée dans cet établissement de septembre 2017 à ce printemps 2020. Je sais qu'il y a une variabilité de l'enseignement selon les écoles mais également qu'une démarche d'harmonisation des cursus, tout en gardant la spécificité de chaque école, est menée par tous les établissements formateurs.

La formation telle que je l'ai suivie comprend une grande part de pratique. Il est essentiel d'avoir traversé les propositions que nous faisons aux patients et de savoir quel peut être leur vécu. Cela évite d'ailleurs de jouer aux apprentis-sorciers.

Par ailleurs, je pense personnellement qu'il est plus facile de transmettre ce que nous sommes ou ce dont nous pouvons témoigner. Ainsi, nous communiquons notre état tonique par le dialogue tonico-émotionnel et, même inconsciemment, le patient perçoit dans quelle mesure notre incitation à la détente est cohérente. Je me rappelle la période des grèves de transport fin 2019, mon tonus était alors très élevé. J'arrivais parfois à me détendre avant de mener la relaxation de groupe et être accordée à ce que je souhaitais transmettre. Au fil des

semaines ma tension intérieure augmentant j'avais plus de difficulté à diminuer mon tonus et parfois j'entendais mon débit de paroles plus rapide que ce que je voulais. Le résultat n'a pas été systématique mais plusieurs fois des patients ont eu des vécus avec moins de détente que lors des séances précédentes.

Il me semble nécessaire d'être capable d'une conscience fine de son propre état corporel pour pouvoir inviter le patient à développer sa conscience corporelle. Parfois, c'est à travers des exemples incarnés, précis, cohérents entre ce que le patient perçoit de nous et la verbalisation de notre ressenti que le patient va saisir cette corrélation qui vient résonner avec son propre vécu.

Cette conscience corporelle et cette lecture fine de nos propres corps et de ceux de nos collègues de formation se développent au cours des 3 années de formation. C'est ainsi que notre regard s'est habitué à la lecture psychomotrice des corps, c'est une compétence, un savoir-faire fondamental de notre formation. Cette compétence peut être mise à profit auprès des patients de traumatologie et d'orthopédie pour éclairer leurs difficultés et points d'appui lors d'un suivi.

B) Formation à la croisée des théories pour conserver prudence et adaptabilité

La psychomotricité étant à la croisée de nombreuses disciplines, nous bénéficions à la fois de l'apport de la neurologie, de la physiologie, de la psychiatrie et de la psychologie dont l'approche psychodynamique. Catherine Potel parle d'une psychomotricité actuelle qui devient de plus en plus intégrative²⁴. Et je pense que c'est cela qui nous permet de pouvoir, dans la limite de nos souhaits personnels, de nous adapter à des contextes d'exercice différents et des patients qui expriment leurs difficultés de manière souvent très variable.

Je pense qu'un de mes moments clés dans cet enseignement a été la 1^{ère} fois que j'ai entendu un professeur dire que les diverses théories qu'on nous enseignait étaient des grilles de lecture pour comprendre le patient et appuyer notre démarche thérapeutique, mais qu'elles n'étaient pas des « vérités absolues », d'où d'ailleurs leurs limites et contradictions. Cela m'a permis de saisir à quel point il était important d'être lucide sur le cadre théorique sur lequel on s'appuyait et rester prudent et souple pour pouvoir s'adapter au patient ou à notre lieu d'exercice. C'est également pour moi le moyen de garder une

²⁴ POTEL (2019), p7-10

psychomotricité qui traverse les époques sachant s'adapter au contexte théorico-sociétal pour comprendre le patient dans son environnement, à la fois personnel et sociologique.

Anne Vachez-Gatecel, directrice de l'IFP de la Pitié-Salpêtrière, précise au sujet de la formation : « L'enseignement repose sur une éthique générale du soin en psychomotricité qui doit conférer au sujet défaillant une capacité corporelle relationnelle satisfaisante ou du moins suffisante pour recréer un équilibre psychocorporel acceptable. »²⁵

Quel est alors l'enjeu de la relation psychomotricien-patient dans le soin psychomoteur et plus particulièrement en centre de rééducation ?

II) La relation spécifique du psychomotricien au sein du dispositif rééducatif

La plupart des rééducateurs s'adaptent généralement assez spontanément à leurs patients, surtout avec l'expérience. Les psychologues également vont être attentifs à créer une alliance thérapeutique avec leur patient allant même dans le cas de la psychodynamique jusqu'au transfert. En quoi la relation est-elle spécifique dans le domaine des compétences du psychomotricien ?

Le psychomotricien accueille le patient dans sa globalité, corps et psyche, à la fois avec son écoute globale, son regard attentif et valorisant, et va interagir avec son propre corps, notamment sa réceptivité corporelle. Il est conscient de ce qui se joue dans la relation, dans cette interaction de deux êtres psychomoteurs. Parfois cette conscientisation se fait dans l'après-coup, notamment en analysant le ressenti corporel lors de la séance, c'est la notion de corps-antenne de Benoît Lesage.

Catherine Potel me semble bien décrire cette spécificité de notre approche, de cette rencontre que nous faisons avec un patient que nous reconnaissons en tant que sujet. Elle n'utilise ainsi pas l'appellation « cas » à connotation médicale, et qui supposerait une mise à distance, pour lui préférer le mot « histoire ». « Dans une histoire, il y a cocréation, quelque chose qui se vit ensemble, qui se tisse ensemble. La psychomotricité est un métier à tisser, à tisser de la relation, de l'histoire, du temps et du symbolique »²⁶. Je pense que c'est cette spécificité de notre métier qui nous permet de soutenir ces patients en souffrance

²⁵ VACHEZ-GATECEL (2012), p27

²⁶ POTEL, p10-13

psychocorporelle et aux problématiques parfois complexes allant toucher jusqu'à leurs sentiments d'identité et de sécurité.

Dans la prise en soin en psychomotricité, l'accent est souvent mis sur l'importance de la relation. Bien sûr nombre d'écrits insistent sur l'alliance thérapeutique. Le cadre de prise en soin en centre de rééducation avec des suivis de courte durée mais quotidiens ou bihebdomadaires ne constitue pas toujours un cadre favorisant une alliance thérapeutique au sens psychodynamique. Au-delà de l'alliance, la qualité de la relation proposée, même pour une à cinq séances, m'est apparue primordiale et clé dans la nature thérapeutique de l'accompagnement en psychomotricité. Comment décrire les aspects de cette relation ? Une écoute ? Un autre regard, global, sur la personne ? Une interaction qui fait ressortir l'agentivité ou une partie plus authentique de la personne, peut-être à travers le Jeu au sens large ?

Je propose d'illustrer ce questionnement avec notamment la vignette clinique de Mme V :

Mme V a 77 ans. Toute menue, elle est généralement assise dans le fauteuil de sa chambre. Son mari est très présent, tant que les visites sont autorisées. Elle a un fils dans une autre région et un petit-fils de 3 mois. Mme V a eu une prothèse de hanche gauche en 2011. Depuis 1 an celle-ci était devenue très douloureuse limitant la marche à 20 minutes. Elle faisait une halte dans un hôtel sur le trajet pour aller voir son fils quand elle a fait une chute dans la salle de bain, peut-être à la suite de vertiges en lien avec une asthénie*. Elle présente une fracture du petit trochanter sur la prothèse et un enfoncement de la tige de la prothèse. Le 20/12/19, une opération est réalisée pour changer la tige de la prothèse de hanche. La patiente ne doit pas s'appuyer sur sa jambe gauche pendant 45 jours. Mme V entre au centre de rééducation le 31/12/19. Le 04/02/19, Mme V chute de sa hauteur dans sa chambre du centre, entraînant une fracture au niveau de l'humérus. Celle-ci sera traitée par le maintien du bras et du coude au corps.

Comme autres antécédents médicaux et sociaux notables, Mme V souffre d'arthrose* diffuse, d'un probable syndrome dépressif chronique depuis environ 7 ans avec insomnie, apathie et limitation de sa vie sociale. Elle alterne fréquemment entre diarrhée et constipation.

Mme V est indiquée en psychomotricité pour angoisse importante et peur de la chute. La demande vient plus précisément des infirmières et aides-soignants, qui ont observé que cette dame est très tendue, qu'elle a beaucoup d'appréhensions liées au corps, aux déplacements et aux mobilisations. Lors des soins, les soignants observent ces appréhensions, des réactions de vigilance très importantes, qui se manifestent par des douleurs vives, parfois sans lien avec un toucher ou un mouvement direct. Son hypervigilance peut se percevoir notamment à travers le fait qu'elle sursaute vivement dès qu'elle entend un bruit soudain.

Je rencontre Mme V le 27/02/20. La veille, la psychomotricienne rencontre Mme V pour lui présenter la psychomotricité et lui demander si une stagiaire peut l'accompagner pour le suivi. Mme V accepte ma participation et semble adhérer à la psychomotricité. La description de l'approche psychomotrice et des possibles effets a semblé répondre à ses besoins actuels : discipline paramédicale prenant en compte la personne dans sa globalité, proposant notamment un accompagnement pour soulager l'anxiété, pour améliorer l'équilibre, et retrouver de l'assurance dans la marche après une chute ayant généré une forte appréhension.

Le cadre est posé.

A) Préalable de la relation thérapeutique : le cadre

Lorsque la psychomotricienne vient se présenter au patient elle inscrit l'accompagnement en psychomotricité dans un cadre : elle intervient sur prescription du médecin du centre, avec une fréquence programmée de séances d'une durée préalablement définie, 30 ou 45mn. Lorsque le patient ne connaît pas encore le métier de psychomotricien, elle précise qu'elle est praticienne du secteur paramédical comme ses collègues kinésithérapeutes ou ergothérapeutes avec, de même qu'eux, une formation délivrant un diplôme d'état, même catégorie de diplôme que celui des infirmières.

Comme le précise Christian Ballouard, le cadre thérapeutique constitue un contenant permettant le développement de la relation.

« Le cadre est avant tout une garantie de part et d'autre. Il permet au patient de trouver une place, c'est-à-dire un espace et un temps pour lui, qui lui est réservé. [...] Il est contenant au développement d'une relation. Ce cadre, qui ne dépend ni du patient, ni du thérapeute, est garant d'une permanence :

nous verrons le patient, quoi qu'il arrive, pendant un certain temps, avec des règles à l'intérieur de cette relation. Il est aussi solidité qui nous protège contre sa « folie », son angoisse et en le protégeant aussi des nôtres. Cette protection du thérapeute par le cadre qui le contient lui permet de s'impliquer dans une prise en charge. »²⁷

B) L'écoute du psychomotricien

L'écoute est une qualité attendue de la plupart des métiers d'aide à la personne et du soin. Pour moi il s'agit d'une disponibilité, d'un accueil de là où en est le patient dans l'ensemble de sa personne, au moment de la rencontre et plus précisément de la séance.

Le premier entretien, même s'il possède une trame avec des objectifs de bilan à évaluer, est ouvert avec, comme premier objectif, de rencontrer le patient et comprendre où il en est, à la fois par l'écoute et l'observation. Cet entretien est moins centré sur les aspects fonctionnels et à la différence d'autres rééducateurs, le psychomotricien va convoquer la globalité de l'investissement corporel du patient, dans son « maintenant », qui peut venir chercher son « avant ».

L'objectif de la prise en soin n'est pas déjà figé et va tenir compte de ce qu'exprime le patient. Françoise Désobeau cherchait déjà l'adhésion de l'enfant et qu'il soit lui-même volontaire pour s'engager dans le suivi, cela est encore plus nécessaire et verbalisé dans le suivi adulte.

Et si le rôle du psychomotricien est de favoriser les représentations du patient, notamment à travers la verbalisation, à travers ses diverses réalisations, cela nécessite une écoute du thérapeute, à la fois des mots et de tout le vécu corporel et créatif du patient. C'est lorsque ce dernier sent, expérimente cette écoute qu'il va pouvoir éventuellement exprimer autre chose que dans d'autres espaces.

C) Un regard pour faire naître une autre relation

Ecoute et regard se répondent, se complètent et résonnent. Ceux-ci doivent être cohérents : une disponibilité, une ouverture et un accueil de ces 2 moyens du lien à la fois à travers le sensoriel et à travers le relationnel.

Le regard de certains rééducateurs et médicaux se doit d'être très précis pour saisir la finesse de la difficulté technique de la blessure. Le psychomotricien se doit de proposer une

²⁷ BALLOUARD (2011), p.183-198

vision globale pour permettre au patient un autre espace où il peut se voir également dans son entièreté.

Et si d'autres rééducateurs se doivent de se focaliser sur le membre blessé pour permettre une guérison fonctionnelle, le psychomotricien cultive un regard sur la globalité de la personne. Cela permet de soutenir le sentiment d'intégrité du patient malgré les éventuelles atteintes corporelles. Le patient est regardé, considéré, interpellé, écouté, en tant que sujet dans toute son entièreté.

D) Des fruits de la relation : l'expression, la verbalisation pour recréer une historisation

Le psychomotricien va proposer au patient de mettre des mots sur son vécu corporel, des derniers jours ou de la séance en l'encourageant à parler de son ressenti. Un des risques dans ce cadre de soin est que le patient, démuni, dépassé par ce qui lui arrive se retrouve à se raccrocher aux discours médicaux, des sachants qui l'entourent. Intellectuellement, le patient a compris la pathologie mais il n'a, dans les cas nécessitant de la psychomotricité, pas eu le temps ou les ressources pour intégrer ces informations. Il y a comme un décalage voire un clivage entre le vécu du corps, la suite des émotions et le discours savant sur ce qui lui arrive. L'accompagnement en psychomotricité sert notamment à retisser du lien entre tout cela, à redonner du sens et comme resynchroniser le vécu corporel, émotionnel et la compréhension intellectuelle, les mots prononcés. C'est pour moi en revenant à cet ancrage personnel qu'est la conscience corporelle que le patient va pouvoir revenir à son vécu, se resituer, se recentrer. De sa place, il pourra alors symboliser avec ses ressources ce qui lui arrive et retrouver un sens pour peut-être rejoindre les mots entendus avec la signification qu'il leur donne à travers le prisme de son vécu. Il se réapproprie ainsi son vécu en l'inscrivant dans son histoire, l'histoire de son corps, l'histoire de sa vie.

J'ai pu sentir la différence de cohérence dans le discours avec plusieurs patients avec et après cette intégration. Mais il y a sans doute plusieurs phases et cela se fait peut-être par itération.

Dans le cas de Mme V, l'émotion était initialement trop présente pour qu'elle puisse parler de sa chute au centre, en revanche elle avait pu me donner le nom du type de fracture de l'humérus dont elle souffrait. Un jour elle m'a raconté l'histoire de sa chute à travers son

vécu, sans rien du discours médical, avec les pensées qui lui avaient traversées la tête avant, pendant et après la chute, notamment sur le fait qu'elle pensait à son mari qui était juste un peu plus loin, à ce moment, dans la salle de bain. Le dernier jour où je l'ai vue elle a juste évoqué cet accident de manière assez succincte et comme situé à un moment du passé et n'ayant d'effet ce jour que par les conséquences au niveau de la motricité de son bras gauche, celle-ci pouvant évoluer.

Il y a d'ailleurs dans les mots du psychomotricien, un travail d'équilibre à ajuster : des mots pour permettre de transformer mais pas trop de mots qui pourraient ramener le patient plutôt au niveau de son intellect uniquement ou qui risqueraient d'influencer la symbolisation du patient.

Je trouve que, pour cela, la médiation de relaxation avec prise de conscience du corps par scan corporel est très intéressante : le patient est invité à remettre au centre de son attention son expérience corporelle et c'est cela qui importe et est verbalisé. Chaque parole est prise en compte, accueillie et ne peut être remise en cause par tel diagnostic car c'est l'expérience du patient. Il y retrouve sa liberté de sujet. Ainsi une patiente avait eu un vécu qui l'avait intriguée : elle avait ressenti ses jambes toutes légères et valides alors que celles-ci étaient lourdes au quotidien, l'une étant complètement immobilisée par une fracture. La place était redonnée, au moins dans un premier temps, dans l'espace de cette séance, au ressenti subjectif du patient et non pas uniquement au discours médical.

E) Et le Jeu pour soutenir le sentiment d'identité, l'agentivité

Le Jeu est très utilisé en psychomotricité, notamment auprès des enfants. Il permet également dans un usage spécifique en ortho-traumatologie adulte, où le patient est régulièrement ramené à son corps fonctionnel, de stimuler d'autres versants du corps : corps comme outil relationnel, corps comme support vers l'imaginaire.

Montaigne écrit que « les enfants n'ont pas d'affaires plus sérieuses que leurs jeux ». De nombreux auteurs et thérapeutes ont étudié le rôle du jeu dans le développement de l'enfant. Ainsi, le jeu de faire semblant, un des premiers jeux très pratiqués par les enfants – sauf justement en cas de pathologie spécifique - met à l'œuvre les capacités de symbolisation de l'individu, capacités à représenter quelque chose qui n'est pas là par des signes ou symboles. Ce processus permet de prendre de la distance par rapport à ce qui est

représenté, à tenter de lui donner du sens ou de le contrôler. C'est ce qui paraît être l'enjeu lorsque les enfants rejouent, parfois de très nombreuses fois, des scènes qui les ont marqués et qu'ils semblent chercher à comprendre. Cette vision rejoint la théorie présentée par Anne Vachez-Gatecel dans son ouvrage « L'enfant et l'imaginaire »²⁸.

C'est dans la liberté que permet la créativité que l'enfant peut se sentir sujet, peut se sentir lui-même... ce qui peut être mis en lien avec le vrai self créatif de l'enfant au contraire du faux self obéissant, concepts décrits par Winnicott²⁹.

Fabien Joly parle de « carrefour psychomoteur du jouer »³⁰ faisant appel à la fois aux capacités cognitives, à la sensori-motricité, au plaisir du corps-en-relation, aux capacités de symbolisation...

Je pense qu'en transférant et donc en adaptant le Jouer de l'enfant à l'adulte il est envisageable de considérer également les apports très fructueux du Jouer. Comme de nombreux dispositifs de distanciation et de symbolisation, le Jouer peut permettre au patient une autre modalité de représentation que la verbalisation, parce que celle-ci est trop douloureuse ou inaccessible. C'est dans le Jouer que le patient peut faire appel à sa créativité et ainsi se relier à son agentivité et à son essence dont ce qu'il a de relié à sa particularité, non forcément imposé par une attente en termes de performance. Pour cela, le psychomotricien doit bien sûr construire les conditions adéquates d'un tel Jouer.

Lorsque je parle du Jouer pour l'adulte, je pense également à l'humour.

Lorsque je revois Mme V pour la 2^{ème} séance et lui demande ce qu'elle a fait la veille avec la psychomotricienne, elle se met en place pour un jeu et sans me donner d'explication des consignes me lance dans un jeu de miroir auquel je me connecte rapidement. Dès son 2^{ème} mouvement elle est dans le jeu de faire très rapide pour essayer de me « faire perdre ». Le fait que je suive bien l'amuse et elle rit d'essayer de me faire perdre le fil de son mouvement et y arrive. Elle était ravie de cette reconnexion dans un partage ludique, sans trop de mots et dans une position où c'était elle qui menait le jeu dans les deux sens du terme. Je me sentais vraiment ce « médium malléable », qui selon Roussillon est l'objet transitionnel de la représentation³¹.

²⁸VACHEZ-GATECEL (2016), p.29

²⁹RIBAS (2011), p27

³⁰JOLY

³¹ROUSSILLON (1991), p. 130-146

Lors d'une autre séance avec Mme V, après avoir croisé les collègues kinésithérapeutes l'ayant trouvé très pessimiste la veille, je propose une séance pour travailler la remise en mouvement et la reprise de la station debout à partir d'un jeu qui intègre à la fois la beauté du paysage et l'espièglerie de vouloir piéger les 2 autres participantes. Mme V a été très motivée par ce jeu et cela lui a permis de se révéler autrement : elle a montré ses capacités à être attentive à sa posture pour se relever et se déplacer en sécurité, sans être dans l'anxiété. Une partie de son anxiété semblait gommée par le désir et le plaisir de jouer. C'était la 1^{ère} fois qu'elle restait debout aussi longtemps, en pouvant s'appuyer sur le rebord de la table collée au mur, en étant bien stable et en pouvant faire des petits déplacements le long de la table et en transférant le poids d'avant en arrière. A la fin du jeu, quand elle commençait à fatiguer elle est redevenue moins stable sur ses jambes, en se laissant presque tomber dans le fauteuil. Elle a été ravie de cette séance et cela a permis d'expérimenter une nouvelle capacité qu'elle avait récupérée. Je rejoins donc les propos de Christian Ballouard : la relation soutient la motricité. Il tente un résumé du métier du psychomotricien à travers 2 postulats : « on apprend par la motricité, celle-ci est portée par la relation. »³² C'est en tout cas sur ces hypothèses que je me suis appuyée pour réaliser ma séance et permettre à Mme V de surmonter une forte anxiété générale pour vivre cette expérience motrice qui, du fait d'avoir été juste vécue, lui prouve sa capacité à se déplacer et se tenir debout et permet à son corps de retrouver ce mouvement.

Je rajouterai que le jeu permet également de mettre entre parenthèses l'asymétrie liée à la relation de soin et favorise plutôt, le temps du jeu, une relation « d'égal à égal », entre deux personnes qui partagent une forme de complicité.

Il s'agirait peut-être plutôt de ce qui se passe dans la relation lors d'une séance de psychomotricité : le psychomotricien « fait avec » l'autre. Avec le dialogue tonique notamment, il permet au patient de prendre conscience de son état corporel en lui demandant son ressenti et en adaptant le déroulé de la séance à cela. Le cadre de la séance et la qualité de cette relation lui offrent un espace où il peut s'exprimer et que cette expression de sa limite, qu'elle soit corporelle, ou langagière, soit prise en compte. Cela fait également partie de la rééducation.

³²BALLOUARD. (2011), pp.3-10

Le travail du psychomotricien avec et sur la relation ne se fait pas uniquement pendant la séance mais également entre deux séances, selon les mots de Christian Ballouard :

« ces moments où l'on met en mots, où l'on élabore bien souvent du non-verbal. Ici se situe une de nos difficultés principales, car il faut se battre avec soi-même, s'obliger à repérer les choses pour mettre des signifiants ou des significations en place. Ceci demande une quantité d'énergie considérable, mais nous sommes garants de cette élaboration, du fait « que ça ne tombe pas dans l'oreille d'un sourd ». C'est condamner, dans le cas contraire, un patient à la répétition, à ce que cela ne change pas. Et si le thérapeute n'interprète pas au sujet ses conduites, il demeure essentiel qu'il puisse les comprendre et les référer aux siennes propres. C'est bien souvent par le contre-transfert qu'une élucidation peut prendre forme. »³³

Ce travail permet de mettre de la lucidité dans la relation et faire cheminer le patient et être conscient de nos réactions en lien avec le comportement du patient, et ainsi permettre plus de justesse dans l'accompagnement et la compréhension de la relation pour un éventuel échange avec l'équipe.

Comme pour chaque trait ou comportement du patient, il peut ainsi être utile de notifier l'importance de la prise de recul par rapport à un excès ou mauvais usage de l'humour. Celui-ci devient alors un moyen soit de sortir du cadre ou de l'attaquer, soit de constituer un tel mécanisme de défense du patient que cela peut éventuellement demander au psychomotricien de trouver un autre moyen d'accompagnement.

C'est à travers la relation qu'il propose au patient, à travers ses compétences d'écoute, de regard que le psychomotricien ou la psychomotricienne favorise les processus thérapeutiques du patient, qui peuvent prendre forme à travers la verbalisation, permettant une historisation du sujet, ou à travers le Jeu, fédérateur du sentiment d'identité.

C'est également en cultivant une certaine lucidité sur cette relation que le psychomotricien va pouvoir venir travailler de manière plus adéquate avec le patient et éventuellement soutenir l'équipe rééducative dans l'adaptation au relationnel de ce patient.

³³ BALLOUARD, (2011), pp.183-198

III) L'apport spécifique du psychomotricien en centre de rééducation

1) L'apport du psychomotricien dans une équipe pluridisciplinaire

Le constat actuel du cadre de rééducation de mon lieu de stage est que les patients accueillis présentent en proportion des situations plus complexes – cela étant dû à un renvoi vers le libéral pour les soins plus simples – avec des contraintes budgétaires entraînant des séjours plus courts. Pour ces prises en charge plus complexes, la collaboration pluridisciplinaire peut prendre encore plus de son importance et de son utilité. La compréhension du patient à travers la somme des regards des divers praticiens peut permettre d'adapter au plus juste le projet de soin en fonction des objectifs pour le patient et des contraintes des équipes.

C'est la parabole indienne des 6 aveugles et de l'éléphant, que nous a enseignée Mr Grim, dans le cours de 1^{ère} année de méthodologie, très intéressante à appliquer au travail d'équipe pluridisciplinaire : chacun de ces 6 aveugles, averse de découvrir ce qu'est un éléphant, touche une partie de celui-ci et en déduit la nature de l'animal par rapprochement avec ce qu'il connaît. Ainsi, celui qui touche la trompe pense que l'éléphant ressemble à un serpent, celui qui touche le genou pense à un arbre, celui se faisant cogner par la queue pense à une corde... ainsi, chacun fait valoir son opinion avec force et fermeté. Mais si chacun a partiellement raison, tous sont dans l'erreur. Il est alors important d'être vigilant à ne pas identifier son propre point de vue, nécessairement limité et partiel, à la réalité globale. Chaque praticien ne possède qu'une partie seulement de la vérité, en lien avec sa profession et sa personnalité. Il est ainsi nécessaire de prendre en compte avec respect mutuel le point de vue de chacun, exprimé de sa place, et alors une mise en commun collective peut permettre de se faire une idée plus juste de la situation du patient et approcher d'une représentation plus précise permettant de prendre des décisions plus ajustées.

Dans ces échanges, la capacité du psychomotricien à faire du lien entre les divers aspects d'une personne peut être d'une aide précieuse pour mieux appréhender la difficulté dans la rééducation d'un patient.

Il pourrait être envisagé, d'ailleurs, pour préciser l'articulation de ces visions qui se chevauchent et sont distinctes et complémentaires, la mise en place de séances ou de groupes de co-thérapie. Ainsi, la complémentarité peut être utilisée dans les situations pour

lesquelles chacun stagne et alors c'est la mutualisation des approches qui peut parfois répondre au besoin spécifique du patient, comme cela a été testé par exemple dans une expérience de séance kinésithérapie-psychomotricité³⁴.

Dans le service de traumatologie orthopédique, beaucoup de patients sont relativement jeunes et l'objectif est de leur rendre la plus grande amplitude de mobilité. Cet objectif d'ailleurs chiffré est réactualisé chaque jour. En dépendent l'évaluation de la performance de la rééducation et la décision de poursuivre cette prise en charge en hospitalisation complète « car le patient progresse encore » ou de renvoyer le patient chez lui et vers un suivi en libéral. Cela peut faire peser une certaine pression sur les équipes de rééducateurs et faire perdre de vue la globalité de la personne. C'est notamment le rôle du psychomotricien de replacer le patient dans son histoire, avec une lecture fine de son corps en relation, avec ses hypothèses sur les représentations du corps du patient. Eventuellement en lien avec la psychologue, cela peut permettre de proposer une priorisation ou un ajustement des objectifs pour prendre en compte le contexte psychocorporel du patient. Cet apport pourra prendre d'autant plus de sens si un jour il n'est plus possible d'assurer une rééducation aussi efficiente aux patients pour des raisons de contraintes budgétaires et de contexte bio-psycho-social plus complexe de patients.

Le psychomotricien peut également compléter la vision des collègues pour favoriser une adéquation encore plus grande au patient. Nous demandons parfois aux kinésithérapeutes jusqu'où nous pouvons aller dans les mobilisations, notamment au niveau des articulations quand nous avons un doute. De même, nous pouvons leur transmettre une hypothèse sur comment le patient voit son corps, le vit, comment ses émotions influent sur son état tonique et ainsi son état en séance de rééducation, ce qui l'aide pour retrouver de la disponibilité.

C'est ainsi que le psychomotricien va pouvoir clarifier les mécanismes d'interaction du patient et le relier à son fonctionnement, à son histoire.

Pour illustrer ceci, un patient était décrit par un kinésithérapeute comme « ne voulant rien faire, n'ayant aucune volonté », l'échange avec la psychomotricienne a permis d'éclairer ce qui pouvait se passer pour ce patient : un homme de 70 ans anciennement très sportif qui se

³⁴ BERLOT, CALLET, MOREAU, PARREIRAL, PASCUAL-BOUYS, p219-236

voyait en grande difficulté, face à ce jeune de 24 ans qui arrivait et repartait en courant, avec toute sa facilité, et qui lui demandait des exercices dont la difficulté était perçue bien différemment par l'un et l'autre. En tant que soignant, on vient convoquer quelque chose chez le patient, et le psychomotricien, conscient de cela peut soutenir l'équipe dans l'éclairage de la relation patient.

2) L'apport spécifique du psychomotricien : retisser du lien pour le patient

Malgré l'attention de tout le personnel de l'établissement, « dans ces services où le symptôme est l'objet de toutes les attentions et où le patient risque de perdre sa dimension de sujet, l'intervention du psychomotricien est nécessaire et à développer »³⁵. En effet, « les traumatismes orthopédiques viennent percuter l'unité psychocorporelle, parfois de plein fouet, sinon de manière plus insidieuse »³⁶. Quant au psychomotricien,

« Son travail sera de rétablir, de re-tisser comme un artisan du soin les liens perdus entre le soma et la psyche des patients. Il recherche la transformation du corps objet d'attention au corps sujet d'intention. Par son engagement corporel, sa facilité à s'accorder et à s'adapter, il ouvre un espace-temps de recherche et de création, où il invite le patient à revisiter sa singularité, à l'appivoiser, à se détacher de sa vie d'avant pour s'attacher à sa vie de maintenant malgré la maladie ou l'accident. Quelle que soit la situation, et malgré la prédominance du symptôme, il préserve la vie de relation, le dialogue tonico-émotionnel et l'ensemble verbal et non-verbal de l'interaction. Il travaille également le lien et le liant entre l'éprouvé du patient, les sensations, le mouvement, la représentation et la symbolisation »³⁷.

Si bien involontairement la structure du centre tend parfois à entretenir un certain dualisme corps-esprit, il est d'autant plus important que le psychomotricien prenne sa place d'ouvrier de l'harmonie corps-esprit. Comme exprime Christian Ballouard, « nous tendons alors corps et esprit vers un objectif de paix, tant interne par la sérénité qu'externe par l'adaptation »³⁸. Et je pense qu'il serait vain de vouloir dissocier ces 2 traits et travailler sans relâche à adapter un patient en lutte avec son vécu interne.

Lors de mon stage, j'ai remarqué qu'en repensant à un patient pour prendre des notes à la suite d'une séance, j'avais à la fois une sensation et une image comme une photographie qui me revenait à l'esprit. Une image très globale du patient, parfois même dans son environnement et une sensation comme une empreinte de la rencontre du jour, une

³⁵ BAYLOT, BEDNAREK, FRADET, p.292

³⁶ *Ibid.*

³⁷ *Ibid.*

³⁸ BALLOUARD (2011)^o, p3-10

sensation corporelle. C'est ainsi que j'ai pu préciser mes observations : réaliser que Mme V était strictement dans la même position de tension et de repli, dans un espace organisé exactement comme la veille – ce qui me permettra de mettre en lumière son état de vigilance en lien avec son insécurité ainsi que ses stratégies de rituels et habitudes avec des repères très précis dans l'espace.

Ainsi, la citation de Françoise Désobeau, lorsqu'elle décrit sa pratique envers les enfants, m'a particulièrement parlé en la transférant aux adultes : « la thérapie psychomotrice avec l'enfant se fonde : Sur une approche globale de l'enfant : ce n'est pas le corps du sujet qui est l'objet de la rencontre thérapeutique mais le sujet dans son corps. Sur le fait que la psychomotricité de l'enfant n'est pas le but de notre approche, la psychomotricité de l'enfant est la médiation de cette thérapie ; elle est le lieu de la rencontre thérapeutique. »³⁹ La psychomotricienne explique que l'enfant, pour faire face à une situation traumatique, va souvent avoir recours à une modulation de son activité tonique pour se défendre de l'environnement qui le perturbe. Elle souligne que cette modification de son mouvement et de son tonus va induire des perturbations au niveau de son comportement psychomoteur et relationnel comme de son activité mentale. Et c'est pourquoi elle préconise une vision globale de l'individu et non une intervention de rééducation d'une unique fonction, « chaque partie étant tributaire d'un tout, on ne pouvait céder aux clivages il nous fallait travailler en facilitant le libre jeu des multiples liaisons nécessaires à l'équilibre psychoaffectif de l'enfant en développement »⁴⁰. Je pense que cette vision globale est également à favoriser pour l'adulte en centre de rééducation lorsque nous visons une autonomie permettant la réinsertion de la personne. Si l'autonomie physique et psychoaffective ne peut être visée pour la fin du séjour, le fait de la prendre en compte et éventuellement de l'évoquer avec le patient pour lui permettre d'identifier où il en est sur ce chemin peut lui être bénéfique. C'est aussi l'occasion de proposer des pistes de suivi à plus long terme ou d'autres pratiques si le patient souhaite améliorer ces domaines de sa vie.

Françoise Désobeau décrit encore que « le corps parlant du psychomotricien rencontre le corps parlant du patient »⁴¹. Le dialogue tonique qu'elle propose pour la rencontre est de rejoindre le tonus de l'enfant pour le rencontrer là où il en est et ainsi faciliter la

³⁹DESOSBEAU (2010), pp.58-68

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *Ibid.*

communication. Avec l'adulte, parfois, il peut également être nécessaire de rejoindre l'état tonique du patient ou du moins de moduler son propre tonus pour permettre ensuite de pouvoir emmener le patient avec soi vers un autre tonus. Parfois, l'adulte qui a pu mettre, lui, des mots sur son ressenti, n'a pas forcément besoin de cette récupération tonique. Il s'agirait plutôt, pour moi, que le psychomotricien dès la première rencontre, adapte son tonus au type de relation thérapeutique souhaitée ou incarne l'état tonique où il souhaite emmener le patient. Ainsi, avec Mme V ou lors des séances groupales de relaxation, je sentais qu'il était important que je respire et favorise un tonus détendu dans mon corps pour soutenir ce dialogue tonico-émotionnel ou du moins des conditions cohérentes pour le cadre de la prise en soin de ces patients anxieux ou douloureux. C'est pour moi la nuance que j'apporterais – et qui serait à investiguer au-delà de ma courte expérience de stage - pour le transfert à l'adulte de ce cadre de la rencontre thérapeutique, gardant les qualités que rappelle Françoise Désobeau : « au départ, l'accueil, la disponibilité, l'attente, je dirai la considération du sujet tel qu'il se montre et s'exprime, nous sont indispensables »⁴². Je pense que dès cette rencontre nous affirmons notre spécificité de psychomotricien ce qui permet au patient de créer une relation différente d'avec d'autres professionnels du centre de rééducation.

Ce que je remarque dans le vif de la séance c'est que le psychomotricien a en tête l'ensemble des concepts psychomoteurs et surtout les liens entre ces notions et cela lui permet de s'adapter à « la perche que le patient va lui tendre », au besoin que le patient va indiquer ou présenter. Parfois, un œil extérieur peut avoir l'impression que le psychomotricien utilise une modalité apparemment éloignée de l'objectif. Cependant, c'est parce qu'il connaît les liens entre les divers aspects de la personne humaine et reste attentif à l'évolution chez le patient de ces aspects qu'il peut réorienter la prise en soin.

« Tenir compte de la relation entre plusieurs phénomènes est bien l'objectif premier de la psychomotricité [...] image de réceptacle à l'œuvre dans l'activité du psychomotricien qui contient, rassemble et unifie. »⁴³

⁴² DESOBEAU (2010), pp.58-68

⁴³ BALLOUARD (2011), pp. 3-10

Conclusion générale

L'exercice de la psychomotricité dans un service de traumatologie orthopédique en centre de rééducation se pratique auprès de patients aux profils variés. Les patients qui nous sont indiqués présentent des troubles psychomoteurs en lien avec leur souffrance psychocorporelle. Nous avons vu plus particulièrement des parcours de patients avec des difficultés de régulation tonique ou de réappropriation de leur schéma corporel. L'accompagnement par un psychomotricien, très entraîné notamment à la conscience corporelle, permet de soutenir le patient dans ce cheminement de réaccordage avec son corps et l'histoire de celui-ci.

Les atteintes corporelles modifient les représentations du corps que la relation du psychomotricien va permettre d'étayer, à la fois par une écoute et un regard globaux, une verbalisation alimentant la symbolisation du vécu psychocorporel, et dans une interaction confortant le patient dans une posture de sujet de son corps.

Les compétences du psychomotricien se révèlent bénéfiques pour le patient et ainsi pour participer à l'analyse pluridisciplinaire de la situation globale de celui-ci. Si les prises en charge en centre de rééducation se complexifient, cette observation fine du psychomotricien qui tisse des liens entre corps et psychisme, entre réactions corporelles actuelles et histoire corporelle du sujet, entre émotions et relation peut être un soutien précieux pour les équipes souhaitant ajuster au mieux l'accompagnement des patients dans leur rééducation.

Le cadre particulier de ces accompagnements de quelques semaines ou quelques mois maximum avec des objectifs thérapeutiques assez ciblés est l'occasion pour le psychomotricien de faire preuve de son adaptabilité et de sa capacité à jongler avec les items psychomoteurs, ses différents référentiels théoriques, ayant en tête les liens entre ces divers domaines psychomoteurs pour accompagner le patient tout en respectant son rythme et ses résistances.

Parmi les limites de cette pratique psychomotrice, la première est le prérequis d'une bonne connaissance de la psychomotricité par les médecins, à la fois au niveau du repérage d'une souffrance psychocorporelle chez un patient, et au niveau de la prescription de prise en charge en psychomotricité. Il semble qu'il y a là encore un important travail de communication à réaliser dans nombre d'établissements.

Ensuite, la durée des séjours en centre de rééducation ne permet pas toujours selon le rythme de l'évolution du patient de l'accompagner sur certaines problématiques exigeant une temporalité plus longue. Dans une démarche d'accompagnement à plus long terme, pour une réadaptation la plus ajustée possible un relais de prise en soin par des psychomotriciens libéraux serait alors intéressant à envisager. Voici donc deux domaines, l'accompagnement de la rééducation des patients de traumatologie orthopédique en centre de rééducation et en libéral où les psychomotriciens ont des compétences à valoriser.

Bibliographie

- ANDRE L. (2015), Quand l'atteinte corporelle marque l'historicité du sujet : une reconstruction psychocorporelle à son rythme. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, (1995)
- AJURIAGUERRA, J. de. (1977), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson
- BALLOUARD C. (2011), *L'aide-mémoire de psychomotricité*, Paris, Dunod
- BAYLOT A., BEDNAREK S., FRADET M. (2019), Chap. 21 « Psychomotricité en rééducation orthopédique et neurologie adulte », in VACHEZ-GATECEL A., VALENTIN-LEFRANC A. (dir), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*, Paris, Dunod (pp270-293)
- BERLOT V., CALLET C., MOREAU E., PARREIRAL R., PASCUAL-BOUYS O. (2008), « Kinésithérapie et psychomotricité : une alliance fructueuse ? », in *Contraste*, 2008/1, n°28-29, p.219-236, ERES
- CARRIC J-C., SOUFIR B. (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, Paris, Editions Robert Atlani
- DESOBEAU F. (2010), « Identité et fonction du psychomotricien » in *Thérapies psychomotrices et recherches*, n°162, p.58-68
- DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil
- GUIOSE M. (2016), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heures de France
- JOLY F. (2015), « Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique », In Press
- LAROUSSE (2007), *Le petit Larousse*, Edition Larousse
- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Eres
- LOUIS S. (2017), *Se regarder et être regardé : l'apport de la psychomotricité dans le réinvestissement du corps à la suite d'une atteinte psychocorporelle. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien*
- PIREYRE E. W. (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod
- POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien*, Toulouse, Edition Erès (2013)
- ROBERT-OUVRAY S., (2007), *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*. Paris : Desclée de Brouwer, 2002
- ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A. (2015), Chap. 5, « Le tonus et la tonicité », in SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (dir), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 161-199), Marseille : Solal
- ROUSSILLON R. (1991), *Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise*, in *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 130-146
- RIBAS D. (2011), « La créativité pour Donald Wood Winnicott », in « *Le carnet psy* », Ed. Cazaubon, 2011/2 n°151, p27

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. (2011), Manuel d'enseignement de Psychomotricité, Edition De Boeck Solal (2014)

TRICHOT A. (2018), Tiens-toi près, ôte-toi de là! Le psychomotricien en quête de la juste distance thérapeutique auprès de patients souffrant d'un Etat de Stress Post-Traumatique. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien

VACHEZ-GATECEL A.(2016), L'enfant et l'imaginaire, Paris, Dunod

VACHEZ-GATECEL A.(2012), La psychomotricité relationnelle, Paris, EDK

VULPIAN A. (1874), Note sur les effets de la faradisation directe des ventricules du cœur chez le chien. *Archives de Physiologie Normale et Pathologique*, 6, 975-982

WALLON H. (1942), in SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (dir), Manuel d'enseignement de psychomotricité (p. 175).

Autres sources bibliographiques :

Cours d'anatomie (2018-2020), SERVANT Agnès, 2ème et 3ème année, IFP Pitié-Salpêtrière

Cours de méthodologie (2017-2018), GRIM Olivier, 1ère année, IFP Pitié-Salpêtrière

Cours de psychologie (2019-2020), PAUMEL Charlotte, 3ème année, IFP Pitié-Salpêtrière

Sitographie

Cairn Info, consulté tout au long de ma recherche d'octobre 2019 à mai 2020, avec mes remerciements pour l'accès élargi donné aux étudiants pendant le confinement :

<https://www.cairn.info/>

Illustrations

Merci à Louise Pressager pour son aimable autorisation pour l'utilisation de deux de ses œuvres :

- Transformer les béquilles en échasses
- Il y a un problème

Son site : <http://louisepressager.fr/>

GLOSSAIRE

Arthrose : Affection articulaire, d'origine mécanique et non inflammatoire, caractérisée par des lésions dégénératives des articulations, associées à une atteinte du tissu osseux sous-jacent. Les localisations les plus fréquentes de l'arthrose sont le genou, la main, le pied, la hanche, le cou et la colonne vertébrale lombaire.

Arthrite : inflammation d'une ou plusieurs articulations, qui peut avoir des causes variées, infectieuse (sepsis*), immunitaire (polyarthrite), métabolique...

Contre-transfert : Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation. Les effets du contre-transfert ont été posés comme ce qui exigeait de l'analyste une analyse didactique. Catherine Potel a théorisé le contre-transfert corporel : ainsi l'analyse par le psychomotricien de son ressenti corporel dans l'interaction avec le patient lui donne de précieuses informations dont il doit prendre conscience pour accompagner le patient dans le processus de transformation de ses sensations en émotions, pensées, langage.

Fixateur externe : appareillage externe à l'organisme fixé aux os par des broches ou vis, au travers des tissus mous

Hypotonie : diminution de la résistance du muscle à son allongement, manque de tonus musculaire

Hypertonie : augmentation de la résistance du muscle à son allongement, excès de tonus musculaire

Lordose : déviation de la colonne vertébrale se manifestant par une courbure antérieure. Elle est souvent le résultat de mauvaises positions en station debout

Paratonie : Trouble du tonus musculaire consistant surtout en une difficulté du relâchement musculaire volontaire. Résistance perçue lors de la mobilisation passive des membres liée à l'incapacité de relâcher sur commande un groupe musculaire

Pneumothorax : épanchement ou saignement au niveau du ventre (épanchement d'air dans la plèvre (Dictionnaire Larousse en ligne consulté le 03/03/20))

Pseudarthrose : fausse articulation, entre les deux extrémités d'une fracture, c'est-à-dire la constitution au sein d'un os d'une zone molle qui peut plier légèrement donnant donc une mobilité anormale

Rythme alpha : rythme de l'activité électrique cérébrale, qui se manifeste lorsque la personne éveillée ferme les yeux et se détend.

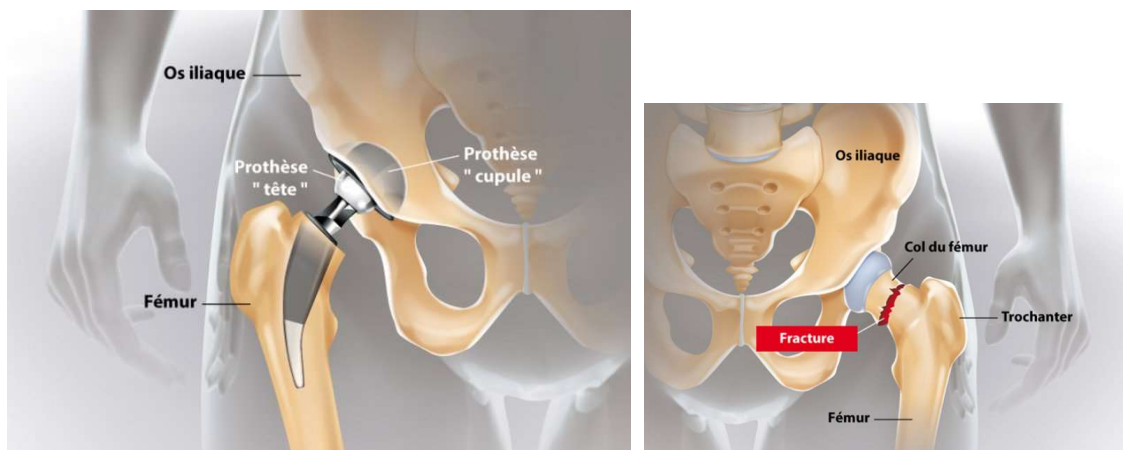
Sepsis : syndrome clinique associant un syndrome de réponse inflammatoire systémique à une infection confirmée au moins cliniquement, d'après le Larousse médical

Syncinésie : Mouvements involontaires qui s'effectuent dans une partie du corps au moment où ont lieu dans une autre partie des mouvements volontaires, automatiques ou réflexes.

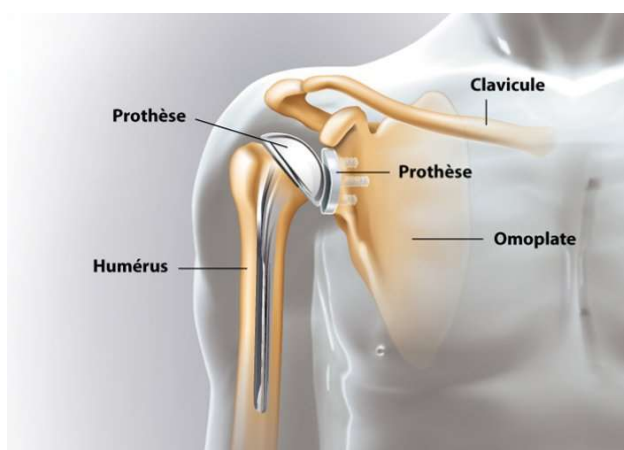
ANNEXES

ANNEXE A : Brève présentation des prothèses de hanche et d'épaule et de quelques termes fréquemment rencontrés concernant les pathologies orthopédiques

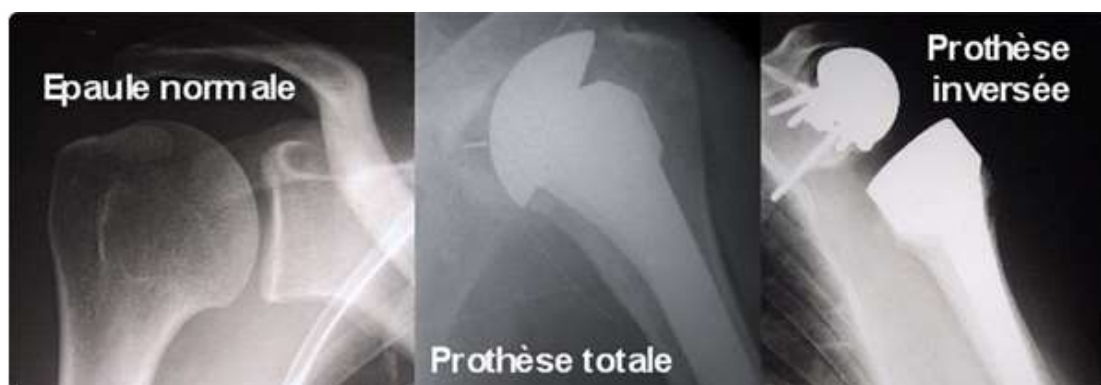
Prothèse orthopédique : Pièce de remplacement d'une articulation posée lors d'une intervention chirurgicale. Les prothèses internes remplacent une articulation malade ou détruite et permettent de lui restituer sa mobilité.



<https://ramsaygds.fr/vous-etes-patient-en-savoir-plus-sur-ma-pathologie/prothese-de-hanche>



<https://ramsaygds.fr/vous-etes-patient-en-savoir-plus-sur-ma-pathologie/prothese-depaule>



<http://www.docteurrouxel.com/arthrose-epaule.html>

La place de la prothèse

La prothèse est une **articulation artificielle qui remplace l'articulation malade**. Sa mise en place nécessite une intervention chirurgicale : l'**arthroplastie**. Elle est indiquée pour la hanche ou le genou en cas de handicap sévère. Si elle permet le plus souvent d'améliorer nettement la qualité de vie, son efficacité est néanmoins limitée à une quinzaine d'années en moyenne.

Source : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/arthrose>

Après l'opération

Les suites opératoires

Un traitement antalgique est prescrit pour limiter les douleurs. Un traitement est par ailleurs prescrit pour prévenir une phlébite. Les pansements, à garder durant 3 semaines environ, sont à renouveler tous les 2 à 3 jours.

L'hospitalisation dure en moyenne 3 jours, mais parfois, ce séjour peut être raccourci à 24 heures, voire réalisé en ambulatoire avec les techniques récentes moins invasives, et si le patient ne présente pas de facteurs de risque (traitement anticoagulant, antécédents cardiaques, diabète non stabilisé, etc).

La reprise de la marche et du sport

La marche peut être reprise dans les 24 à 48 heures après l'opération, aidé et conseillé par le kinésithérapeute. Les techniques opératoires les plus récentes permettent une reprise de la marche plus précoce, dans les heures suivant l'opération.

Il est possible de pratiquer une activité sportive avec une prothèse de hanche, à condition de reprendre progressivement afin d'éviter une luxation, dont le risque est majoré les premiers mois après l'opération, et de choisir un sport non traumatisant pour les articulations. A la course à pied, mieux vaut préférer le vélo ou la natation. Les sports de contact et les sports à saut sont également déconseillés.

Les résultats

La prothèse de hanche permet de faire disparaître les douleurs à la marche et au repos et de restaurer une mobilité normale de la hanche. La qualité de vie du patient est donc grandement améliorée.

Ces dernières années, de nombreux progrès ont été faits tant au niveau des matériaux (céramique, polyéthylène, ajout de zircone) que des techniques (double mobilité par exemple), permettant d'améliorer les performances (fixation à l'os, mobilité, prévention de la luxation) et la durée de vie de la prothèse de hanche. En l'absence de complications, une prothèse de hanche a une durée de vie de 20 ans en moyenne. La prothèse tout céramique est quant à elle inusable et n'abîme pas l'os : elle est posée à vie et ne nécessite pas de ré-intervention.

Le resurfaçage de hanche (RH) possède de nombreux avantages par rapport à une prothèse totale de hanche classique (PTH) : préservation du stock osseux fémoral, respect de la biomécanique fémorale, risque absent de luxation d'inégalité de longueur après un resurfaçage constitue un atout majeur par rapport aux prothèses classiques, proprioception physiologique, reprise possible des activités sportives sans restriction. Cette technique est privilégiée chez les patients jeunes et/ou sportifs.

Les risques de l'opération

L'intervention comporte quelques risques : des fractures accidentelles en cas de fragilité osseuse ; des lésions accidentelles des nerfs et vaisseaux.

Après l'intervention : un hématome ; la formation et la migration d'un caillot sanguin pouvant entraîner une phlébite ou une embolie pulmonaire ; une infection de la zone opératoire ; la luxation ou le déplacement des éléments de la prothèse, nécessitant une révision de la prothèse de hanche ; des membres inférieurs de longueurs différentes.

Rédaction : Julie Martory, Journaliste santé, Octobre 2018

Références

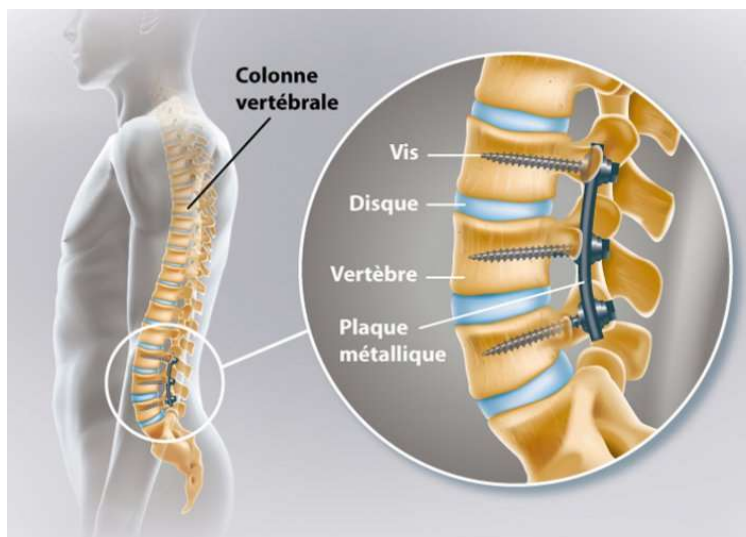
Dr Pierre-Marie Jugnet, Traitement de l'arthrose de hanche par prothèse (en ligne) http://www.chirurgie-orthopedique-nice.com/arthrose_prothese_hanche.pdf (page consultée le 27/10/2018)

Julien Girard, Le resurfaçage de hanche : évolution du concept de l'arthroplastie de hanche, e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2015, 14 (1) : 071-074

Source : <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/examens-medicaux-operations/Fiche.aspx?doc=prothese-hanche>

Ostéosynthèse : Intervention chirurgicale consistant à utiliser des matériels divers (plaques, clous, vis, broches, fils métalliques, agrafes ou fixateurs externes) pour assurer la réduction et la contention d'une fracture. Ce procédé permet une meilleure reconstitution de l'anatomie et rend également possible une utilisation plus précoce du membre, ce qui facilite la récupération des articulations adjacentes.

Arthrodèse : Intervention chirurgicale consistant à bloquer définitivement une articulation afin de la rendre indolore et stable.



<https://ramsaygds.fr/vous-etes-patient-en-savoir-plus-sur-ma-pathologie/arthrodese-vertebrale>

Ténodèse : fixation d'un tendon (sur un autre tendon ou bien sur un os)

ANNEXE B: Epilogue et extraits du bilan global de sortie de Mme C

- Sur le plan fonctionnel, la patiente arrive à faire un main tête sans difficulté, un main épaule opposée ; la main atteint encore difficilement la nuque
- L'échographie effectuée fin novembre pour le suivi à J + 3 mois montre la présence d'une ténodèse* en place, sous-scapulaire bien inséré, stigmates de réinsertion du supraépineux, infraépineux sans anomalie, persistance d'une inflammation de la bourse sousacromiale.
- Sur le plan thérapeutique, la patiente est arrivée avec une forte dose d'antalgiques qui a pu être progressivement diminué même si celle-ci reste non négligeable mais avec une bonne efficacité antalgique. Une prise en charge en relaxation collective a été effectuée afin de faire un travail de relaxation musculaire à laquelle la patiente a bien adhéré et qu'elle a pu intégrer dans son quotidien avec une bonne efficacité antalgique.
- Une prise en charge par la psychomotricienne a été également effectuée avec apprentissage pour gérer la douleur grâce à des pauses, à se mouvoir dans sa zone de confort.
- Une prise en charge avec l'ergothérapeute a été effectuée avec travail des activités de la vie quotidienne, mises en situation pour utiliser une machine à coudre tout en restant dans cette zone de confort et en apprenant à adapter son environnement afin d'éviter tout réveil douloureux.
- Une prise en charge par la psychologue a été également effectuée.
- Un suivi par l'assistante sociale a été réalisé : les papiers nécessaires ont été envoyés afin que cette lésion de la coiffe rentre dans le cadre d'une maladie professionnelle. La patiente perçoit de nouveau des indemnités journalières. Des informations lui ont été données quant à sa future retraite sachant que les 15 ans travaillés à Madagascar vont être pris en compte.

Madame C souhaitant reprendre son travail d'assistante maternelle nécessitant par définition l'utilisation intensive des 2 épaules et afin d'atteindre un excellent résultat quitte donc le service de PMR avec poursuite de rééducation en hôpital de jour dans ce même établissement, avec kinésithérapie, balnéothérapie, ergothérapie, et suivi par la psychologue.

Résumé

Lors d'un traumatisme, le corps du patient peut se trouver atteint dans sa chair, sa structure, mais également son histoire et son image. Peut alors émerger une souffrance psychocorporelle. Le psychomotricien, à travers sa connaissance et son expérience des liens corps psyche, va soutenir le patient dans son travail de rééducation et de réadaptation. En s'appuyant notamment sur le travail du tonus, des représentations du corps, sur la relation, le psychomotricien participe à ce que le patient s'accorde de nouveau avec son corps et avec son environnement. Il contribue également à ajuster le projet thérapeutique dans l'équipe rééducative pluridisciplinaire.

Mots-clés : psychomotricité, rééducation, traumatologie, corps, souffrance psychocorporelle, relation

Abstract

Body injuries not only lead to structural and physical trauma but also to mental trauma attacking the patient's personal history and image. A body-mind pain can appear. Psychomotor therapists play a key role in helping the patient through the rehabilitation process thanks to a deep knowledge and expertise on the psyche-soma relations. Based on psychomotor concepts such as muscle tone, body representations and on the relationship, patients are empowered to reconnect to their bodies and their environment. The psychomotor therapist also contributes in the adjustment of the therapeutic project in a multidisciplinary team.

Keywords : Psychomotricity, reeducation, traumatology, body, body-mind pain, relationship