



HAL
open science

AVC, Héminégligence et Anosognosie : quelle place pour la psychomotricité en rééducation ?

Alexia Gerard

► **To cite this version:**

Alexia Gerard. AVC, Héminégligence et Anosognosie : quelle place pour la psychomotricité en rééducation ?. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03716566

HAL Id: dumas-03716566

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03716566v1>

Submitted on 7 Jul 2022

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.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé – Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du
Diplôme d'État de Psychomotricien.

**AVC, Héminégligence et Anosognosie : quelle
place pour la psychomotricité en rééducation ?**

GERARD Alexia
Née le 30 mars 2000 à Paris 14^e (75)

Directrice de mémoire : Laurence DE LAS HERAS

Juin 2022

Remerciements

Je remercie les psychomotriciens avec qui j'ai partagé des prises en charges enrichissantes au cours de mes différents stages : Zoé ONILLON, Emmanuelle MARTY, Marion ANQUETIL, Benjamin BELLIN, Céline BOBE, Anne LACOSTE et Marine LALANNE.

Je remercie très chaleureusement ma directrice de mémoire Laurence DE LAS HERAS qui m'a guidée lors de la rédaction de ce mémoire et dans la découverte de nouvelles pathologies,

Je remercie l'IFP de Bordeaux et les professeurs pour l'opportunité d'apprendre ce beau métier de psychomotricien,

Merci à Adeline BLANCHARD pour son regard critique sur la structure de ce mémoire,

Un grand merci à mes parents pour leurs encouragements et pour toute l'aide qu'ils m'ont apportée à travers leurs nombreuses relectures,

Un grand merci à Timothé pour son soutien indéfectible et son énergie pour me motiver,

Merci à mes très chères amies Pauline et Marie qui ont été présentes dans les moments difficiles et dans les moments de joie,

Pour finir une pensée à mes camarades de promotion et à Caroline ma formidable binôme de pratique, pour tous les moments passés et les souvenirs ensemble.

Table des matières

Introduction.....	1
I. État des connaissances des troubles post-AVC : l'héminégligence et l'anosognosie.....	3
A) Les accidents vasculaires cérébraux.....	3
1. Épidémiologie, causes et séquelles d'un AVC.....	3
2. Anatomie du neurone et récupération spontanée ou induite.....	4
1) Anatomie.....	4
2) Récupération de la lésion.....	6
3) Phénomènes de neuroplasticité.....	7
B) La négligence spatiale unilatérale (NSU) ou Héminégligence.....	8
1. La NSU et ses diverses formes d'expression.....	8
1) Définition et espaces impactés.....	8
2) Troubles associés à la NSU.....	11
3) Bilans.....	13
α) Tests normés.....	13
β) Observations cliniques.....	14
γ) Bilan psychomoteur.....	14
2. Hypothèses théoriques de fonctionnement.....	18
1) Théories attentionnelles.....	18
2) Théories représentationnelles.....	19
C) L'anosognosie.....	20
1. Description et évaluation.....	20
1) Définition.....	20
2) Évaluation.....	21
3) Hypothèses explicatives.....	22
2. Situations différentielles avec l'anosognosie.....	24
1) Déni et anosognosie.....	24
2) Méconnaissance et anosognosie.....	25
3. La conscience au centre du trouble.....	26
1) La perception forcément consciente ?.....	27
2) Conscience de soi.....	28
3) Interactions entre identité et anosognosie.....	29
II. La rééducation / réadaptation psychomotrice.....	30
Présentation des patients.....	30
A) Modèles généraux des pratiques rééducatives post-AVC.....	31
1. Top-down et Bottom-up.....	31
2. Paramètres d'organisation de la rééducation.....	33
B) Représentations corporelles.....	35
1. La boucle sensation-perception-représentation.....	35

1) Description de la boucle.....	35
2) Atteinte de la NSU sur cette boucle sensation-perception-représentation.....	37
3) Assimilation et accommodation.....	38
2. Le schéma corporel et l’image du corps.....	41
1) Schéma corporel (SC).....	41
2) Image du corps (IC).....	43
3) Les ressources découlant des représentations corporelles.....	45
C) Prise en charge psychomotrice.....	46
1. Ré-investir son corps, une démarche physique et psychique.....	47
2. Axe corporel : le rôle du tonus et de la proprioception.....	49
1) Utilisation de l’environnement pour soutenir la ré-équilibration du tonus.....	51
2) Utilisation d’une plateforme de proprioception, méthode du feedback extrinsèque.....	52
3) Stimulations tactile et visuelle pour attirer l’attention sur l’hémicorps négligé.....	53
3. Travail sur l’espace et le mouvement.....	56
1) L’intention stimulée par l’imagerie motrice.....	57
2) La thérapie par le mouvement.....	58
3) Proposition de médiation danse.....	60
4. Subjectivité : de l’importance des mots.....	61
1) Le rôle des mots / communication en psychomotricité.....	62
2) Exemples d’écoute et de lecture du récit du patient.....	63
3) L’expression verbalisée de l’anosognosie.....	64
III. Discussion.....	66
1. Fréquence des soins psychomoteurs.....	66
2. La rééducation oui, mais jusqu’où ?.....	66
3. Diversification ou répétition des tâches ?.....	70
Conclusion :.....	71
Bibliographie.....	73

Introduction

Pour ce mémoire, j'ai choisi le thème des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Le spectre des troubles provoqués par un AVC étant très large, j'ai réduit le champ d'investigation autour du syndrome d'héminégligence, c'est-à-dire la non-prise en compte de l'espace opposé à la lésion cérébrale de l'AVC. Mon intérêt pour ce thème s'est développé grâce à des cours du parcours d'initiation à la recherche proposé par l'Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation. En particulier les cours « Plasticité cérébrale et réadaptation » suivi durant ma 2ème année de psychomotricité m'ont donné envie d'approfondir ce domaine en 3ème année.

Lors d'un stage dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), j'ai fait la rencontre de patients adultes atteints d'héminégligence. En les observant et écoutant leurs histoires de vie, j'ai eu une impression d'un « entre-deux » et d'un sentiment de rupture. Cette impression de rupture a été difficile à qualifier en termes psychomoteurs entre ce que les patients subissent de leur trouble et la façon dont ils le vivent et l'expriment.

Trois points d'intérêts se sont cristallisés autour de ces notions : l'héminégligence, le corps et la l'expression psychomotrice du trouble. Je me suis donc plongée dans la littérature scientifique pour en apprendre plus sur cette pathologie. Cette recherche a fait émerger le rôle de l'anosognosie dans la rupture psycho-corporelle ressentie à la première rencontre avec ces patients. L'anosognosie est l'absence de conscience d'un trouble, qui est fréquemment associée à l'héminégligence.

La formation de psychomotricien permet d'acquérir la capacité de penser simultanément au corps et à la psyché. Ma réflexion s'est organisée à partir de l'expression psychomotrice de l'héminégligence et de l'anosognosie, à la fois extraite des articles scientifiques et repérée cliniquement en stage. L'observation clinique m'a montré que ces syndromes sont polymorphes et très variables dans le temps et d'un sujet à l'autre.

Suite à cette réflexion, je me suis demandée quel était le rôle de l'absence de conscience du trouble ? En quoi l'AVC entraînant une héminégligence perturbe l'investissement corporel des patients ? L'investissement corporel se décline sur plusieurs sphères psychomotrices telles que les représentations corporelles, l'espace occupé par le corps et l'interface sociale du corps.

Ces notions sont centrales dans la pratique psychomotrice d'où son importance dans la prise en charge des patients post-AVC dans les SSR.

En ligne avec ces questionnements, j'ai souhaité approfondir la problématique suivante : **Comment la psychomotricité s'inscrit dans la prise en charge des patients héminégligents, notamment ceux avec une anosognosie de leur pathologie ?**

J'aborderai en premier lieu le contexte des AVC car c'est un traumatisme important qui impacte souvent sévèrement la victime et son entourage, provoquant un handicap chronique. L'héminégligence est une séquelle fréquemment retrouvée après un AVC. Je décrirai l'impact sur l'autonomie de la personne et les répercussions sur la récupération post-AVC.

Je poursuivrai par la description de l'héminégligence aussi appelée négligence spatiale unilatérale (NSU). Le fonctionnement de ce trouble n'est pas à ce jour expliqué complètement. Les différentes manifestations cliniques observées suscitent toujours beaucoup d'interrogations sur les théories sous-jacentes pré-existantes. Le syndrome d'héminégligence est complexe et nécessite une bonne connaissance des symptômes afin de pouvoir l'aborder en rééducation.

Je continuerai avec la description de l'anosognosie et ses caractéristiques lorsqu'elle est liée à l'héminégligence. Cela va amener des questionnements autour du concept de conscience de soi puisque l'anosognosie est «l'absence de conscience du trouble».

Dans la deuxième partie de ce mémoire je traiterai de la rééducation/réadaptation psychomotrice. Je partirai du cadre général commun à toutes les professions de la rééducation pour aboutir aux axes de travail en psychomotricité avec la population spécifique des adultes atteints d'héminégligence. Pour cela je détaillerai l'influence de l'héminégligence sur la boucle sensation-perception-représentation et sur les représentations corporelles du patient. Les séances de psychomotricité auprès de cette population se dirigent principalement vers le tonus et l'axe corporel, l'appréhension de l'espace et enfin la subjectivité du patient dans ce tourbillon de prises en charge post-AVC.

Enfin pour terminer ce mémoire, je propose une discussion sur la place du psychomotricien dans le versant de la rééducation post-AVC. Il y a quelques points qui me semblaient intéressants de questionner tel que la chronologie de la rééducation et le mode de construction des exercices.

La psychomotricité est riche de sa position au carrefour de différentes théories pour explorer les éléments de réponses à la prise en charge de l'héminégligence. Le développement de ce mémoire est illustré par des vignettes cliniques afin d'étayer les propos théoriques par les situations réelles de patients observés en stage. Leur présentation complète des patients est à retrouver dans la partie II. Ce stage s'est déroulé dans une clinique SSR, dans le service de neurologie recevant des patients après l'hospitalisation d'urgence, leur état de santé étant stabilisé au niveau médical. La psychomotricienne recevait des patients présents en hospitalisation complète et assurait le suivi en hospitalisation de jour si besoin.

I. État des connaissances des troubles post-AVC : l'héminégligence et l'anosognosie

A) Les accidents vasculaires cérébraux

1. Épidémiologie, causes et séquelles d'un AVC

D'après l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), en 2019 on dénombre en France plus de 140 000 AVC par an. On remarque que 75 % des victimes sont âgées de 65 ans et plus. Cependant, les cas d'AVC jeunes sont de plus en plus fréquents.

La prise en charge des AVC est un **enjeu majeur de santé publique et de prise en soin dans les services de Soins de Suite et Réadaptation (SSR)**. C'est la première cause de handicap acquis chez l'adulte et la cause de la deuxième démence chez les personnes âgées, la première démence étant la maladie d'Alzheimer. L'AVC est également la deuxième cause de mortalité car une personne sur cinq décède dans l'année consécutive à un AVC.

L'accident vasculaire cérébral peut survenir à tout âge chez l'adulte. Les deux types d'accidents vasculaires cérébraux sont les **AVC ischémiques et les AVC hémorragiques**. Dans les deux cas cela provoque un arrêt de la vascularisation pour les cellules cérébrales voisines signant ainsi leur mort si la circulation sanguine n'est pas rapidement rétablie.

Les AVC ischémiques appelés également infarctus cérébral, sont dus au blocage de la circulation sanguine artérielle par un caillot sanguin ou thrombus. Dans certains cas rares, on observe cet arrêt au niveau de la circulation veineuse. Les **AVC ischémiques représentent 80% des AVC**.

Les AVC hémorragiques sont la conséquence d'une rupture d'une artère cérébrale au niveau du cortex ou des méninges qui l'entourent. Les hémorragies peuvent être la résultante d'une maladie sur le long-terme ou bien subites advenant par un traumatisme ou survenant spontanément.

Les facteurs de risques vasculaires sont nombreux : l'hypertension artérielle, l'excès de cholestérol, le diabète, l'obésité, la sédentarité, la fibrillation auriculaire, le tabagisme et la consommation d'alcool. Ces facteurs sont majoritairement modifiables par des mesures de prévention primaire pour réduire leur impact. Le fait d'avoir déjà subi un AVC est également un facteur de risque puisque la récurrence est d'environ 10% à 5 ans.

Les séquelles découlant d'AVC sont variées et dépendent de multiples paramètres.

Premièrement, le facteur neurologique de l'atteinte. On pourrait penser que la taille de la lésion soit fondamentale pour déterminer les séquelles. Toutefois nous pouvons nuancer ce propos au regard de différentes études réalisées. En effet la **taille de la lésion a moins d'impact que sa localisation** comme le théorise Price dans l'étude de l'aphasie après un AVC (Price et al., 2010). Si la lésion est large mais qu'elle n'impacte qu'un seul « chemin » neuronal menant à un centre de la fonction, la récupération est possible par un autre chemin. Alors que si la lésion est petite mais qu'elle se trouve au niveau du nœud commun alors la récupération sera minimale.

Donc une lésion située au même endroit chez deux patients ne va pas induire les mêmes conséquences sur les deux sujets car les faisceaux et réseaux neuronaux sont beaucoup plus complexes que la simple topographie corticale qui a prévalu de nombreuses années.

Il y a également des facteurs psycho-sociaux influant sur les séquelles. En particulier il existe la **réserve cognitive**, c'est-à-dire la stimulation cérébrale antérieure de par le niveau socio-éducatif, la profession, l'attention et la mémoire engagées dans le quotidien du patient avant l'AVC. Selon le niveau de stimulation, cela permet une meilleure récupération.

Le spectre des séquelles de l'AVC est large car les déficits peuvent être moteurs, cognitifs, sensitifs ou thymiques. On peut citer les plus connues et fréquentes : l'hémiplégie et l'aphasie présentes dans plus d'un tiers des cas d'AVC.

D'autre part, chez **25% des patients, on assiste à une négligence spatiale unilatérale (NSU)** encore appelée hémignégligence. Ce trouble apparaît majoritairement chez ceux ayant eu une **lésion de l'hémisphère droit impactant l'espace gauche**. Or, la NSU pose un mauvais pronostic dans la récupération d'autres troubles présents en parallèle tel que le déficit moteur. Il est donc important de la prendre en charge pour améliorer les chances de récupération fonctionnelle globale.

D'autres troubles post- AVC sont fréquents : trouble des fonctions exécutives, des troubles de la mémoire, des déficits sensoriels (anesthésie, hémianopsie latérale homonyme (HLH), surdité...) ainsi que des troubles des praxies.

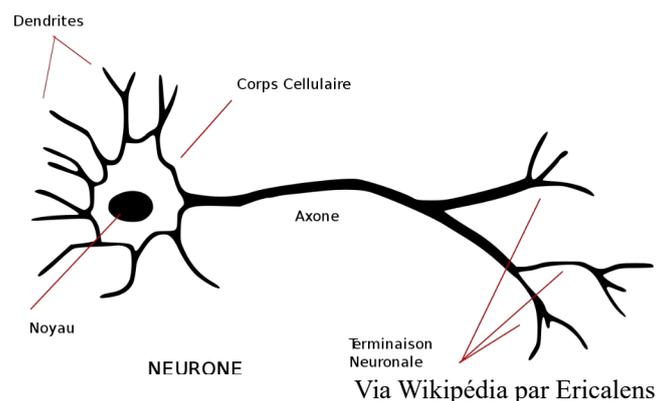
2. Anatomie du neurone et récupération spontanée ou induite

1) Anatomie

Pour comprendre l'impact d'un AVC il faut repartir de l'anatomie cellulaire cérébrale. La cellule spécifique au cerveau est le neurone, elle fonctionne en interaction avec les neurones voisins et les cellules gliales de soutien (astrocytes et dendrocytes par exemple).

Un **neurone** est composé de cinq parties distinctes :

- le corps cellulaire : le cytoplasme contient le noyau, il fait la synthèse des influx nerveux afférents. Ensemble, tous les corps cellulaires constituent la substance grise à la périphérie du cortex cérébral.
- les dendrites : ce sont des prolongements du corps cellulaire qui reçoivent les influx nerveux des neurones voisins.
- le cône de croissance : permet le déclenchement du potentiel action (PA) si la synthèse des influx entrants est supérieure à un certain seuil d'excitabilité. Le PA est une transmission électrique de l'information par dépolarisation de la membrane cellulaire.
- l'axone : permet la conduction de l'information par la propagation du PA. L'axone peut être nu ou myélinisé. Dans ce deuxième cas, la conduction est plus rapide. Sur l'imagerie cérébrale les axones sont visibles par la couleur blanche de la substance centrale du cortex.
- la terminaison axonale en synapse : formé au bout d'un axone, c'est le lieu de connexion avec le neurone voisin. L'information nerveuse électrique est permutée en information chimique pour être transmise au prochain neurone. Les substances chimiques véhiculant l'information, nommées neurotransmetteurs, varient selon les aires corticales et la nature de l'information.



La transmission de l'information se fait en réseau de neurones interconnectés à l'intérieur d'un seul ou entre les deux hémisphères cérébraux. **Pour qu'une action ou une cognition soient possibles, il faut une succession d'informations en cascade pour aboutir au produit final.** De ce fait, si la transmission est coupée, soit au niveau de l'axone soit au niveau du noyau, il manquera des étapes dans la cascade de transmission neuronale empêchant momentanément ou durablement le bon fonctionnement du sujet.

La nature étant bien faite, l'organisme va mettre en place des solutions au niveau cérébral pour lutter contre les dommages infligés par le traumatisme vasculaire et ainsi récupérer un maximum des capacités. Dans ce cas on observe deux phénomènes de **récupération spontanée** concomitants : la **récupération de la lésion** et la **neuroplasticité**. Ces deux phénomènes ont des temporalités

différentes, il est important de bien les connaître afin de savoir le timing le plus judicieux pour agir et entamer une rééducation.

2) Récupération de la lésion

Les connaissances sur la plasticité cérébral décrites ci-dessous sont issues des cours d'initiation à la recherche auxquels j'ai assisté et notamment celui dispensé par Bertrand Glize (Glize, 2020).

La récupération des impacts de la lésion appelée « injury reversal » par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), consiste en la résolution de trois effets négatifs provoqués par le traumatisme.

Dans un premier temps, l'organisme cherche à faire régresser ce qu'on appelle la « pénombre », c'est-à-dire l'inactivation des zones neuronales proches de l'agression : les **zones qui ont été peu vascularisées mais dont les cellules ne sont pas encore mortes, doivent être réactivées**. La résolution de la pénombre commence dès les premières heures pendant les premiers jours après l'incident, durant ce laps de temps il faut être vigilant aux constantes vitales du patient.

Ensuite, le traumatisme provoque une « diachisis », soit l'inactivation de zones cérébrales saines éloignées de la lésion mais qui sont reliées à la zone attaquée. Ces zones sont encore fonctionnelles, elles sont simplement inactivées. La résolution de cette diminution d'activité se fait quelques jours après le traumatisme et se poursuit pendant les deux premiers mois. Cela permet donc de récupérer une partie des fonctions initialement abolies.

Enfin, il y a la **diminution de l'œdème sanguin** à partir d'une semaine après l'incident. Cela permet de décompresser les cellules péri-lésionnelles, d'évacuer la lymphe et de relancer l'irrigation sanguine afin de revitaliser les cellules en souffrance.

Cette **récupération est inhérente à chacun**, c'est automatique. On peut faire le parallèle avec la cicatrisation de la peau qui s'effectue de manière spontanée lorsqu'elle subit une lésion, avec un rythme de régénération spécifique à chaque personne. On peut venir **soutenir et compléter cette adaptation spontanée avec de la rééducation**, cependant il faut être vigilant à ne pas être trop invasif dans les premières 24h de phase aiguë afin de ne pas submerger l'organisme. Les patients en SSR ne sont plus en phase aiguë donc la rééducation peut se faire dès l'admission dans la structure, cependant il faut s'adapter au rythme de chacun.

3) Phénomènes de neuroplasticité

Parallèlement des réactions de neuroplasticité se mettent en place, elles aussi sur trois plans. Les phénomènes d'« unmasking » ou « démasquage » s'effectuent dès les premiers instants après l'accident et pendant plusieurs mois. C'est le fait de **reconnecter deux neurones dont l'un a été sectionné au niveau distal de l'axone**. Pour le démasquage, le neurone pré-synaptique va alors recréer un axone afin de créer une nouvelle synapse à un autre endroit du même neurone post-synaptique.

Il y a également une **synaptogenèse**, c'est-à-dire la formation de nouvelles synapses et donc de nouveaux circuits entre des neurones qui n'étaient pas connectés auparavant. Cela a pour objectifs de maintenir au mieux la transmission d'informations en évitant les chemins lésés. Cette synaptogenèse est à l'œuvre entre quelques semaines et plusieurs mois après l'évènement, et peut être soutenue par une rééducation variée faisant intervenir les différentes ressources disponibles du patient. Elle est utile dans le cas où la lésion a laissé intacte la zone inhérente à la fonction, en brisant seulement un ou des chemins pour y parvenir.

La neuroplasticité est active également au niveau chimique, car le cerveau va augmenter la charge de neurotransmetteurs produits et relargués afin de stimuler les connexions et les réponses neuronales induites par ces neurotransmetteurs. Et ceci afin de maintenir la transmission malgré un affaiblissement des cellules.

Nous pouvons également évoquer le « principe de vicariance » au niveau cérébral. En effet, il a été démontré qu'il existe un **recrutement des aires cérébrales locales entretenant des liens avec la zone lésée afin de suppléer au manque créé par la lésion**. Ces phénomènes sont observables pour les aires somato-sensorielles et motrices. Par exemple, Ramachandran a pu mettre en évidence le fait que lors d'une amputation de la main, les sensations tactiles au niveau du visage activaient les mêmes zones corticales que celles de la main amputée comme si le traitement cortical des sensations tactiles avait été ré-affecté.

Ces « prises en charge » de la fonction s'opère aussi au niveau controlatéral à la lésion par le biais de différentes **connexions inter-hémisphériques** de la substance blanche. Si l'hémisphère gauche est touché, on observe une baisse d'activation. Alors, l'hémisphère droit via le corps calleux peut prendre le relais. Cependant, la **vigilance est de mise car l'hémisphère droit sain peut être sur-activé et pénaliser la récupération de l'hémisphère lésé en l'inhibant**. L'équilibre inter-hémisphérique est donc déséquilibrée lors de ces situations pathologiques.

C'est notamment dans cet équilibre que la rééducation a un rôle à jouer. Pour inverser la tendance, plusieurs techniques ont été testées comme la contrainte induite : c'est l'anesthésie ou le blocage du membre sain. Il y a également la sur-stimulation sensorielle du membre éteint, la stimulation magnétique trans-crânienne (stimulation et/ou inhibition locales de zones cérébrales) ou encore la réalité virtuelle.

En fonction de sa localisation dans les réseaux neuronaux, la lésion vasculaire peut provoquer des troubles divers dont la récupération neuronale spontanée ne sera pas forcément totale. Intéressons-nous à l'un de ces troubles post-AV, nous allons parler de l'héminégligence

B) La négligence spatiale unilatérale (NSU) ou Héminégligence

1. La NSU et ses diverses formes d'expression

1) Définition et espaces impactés

La négligence spatiale unilatérale (NSU) fut définie en premier par Heilman et Valenstein en 1979 comme *«l'impossibilité de décrire verbalement, de répondre et de s'orienter aux stimulations controlatérales à la lésion hémisphérique, sans que ce trouble puisse être attribué à un déficit sensoriel ou moteur »*. (Chokron et al., 2008, S136)

Ce syndrome se retrouve avec des lésions des deux hémisphères. Cependant, les cas durables et complexes de NSU sont en grande majorité le fait d'une lésion pariétale de l'hémisphère droit impliquant un déficit sur l'espace gauche. C'est pourquoi dans ce mémoire, on ne parlera que de '**NSU gauche**'.

L'absence de prise en compte, ou encore l'ignorance de l'espace gauche, est souvent étendue sur la moitié du champs spatial : dans les publications scientifiques françaises, le terme employé est alors **l'héminégligence**.

La définition n'a pas subi de modifications depuis son énonciation, malgré la large littérature qui s'est penchée sur la négligence spatiale unilatérale. Certaines héminégligences se récupèrent rapidement grâce aux connexions inter-hémisphériques en jeu dans la plasticité cérébrale des premiers mois, d'autres sont chroniques. Par ailleurs, nous noterons que la **présence d'héminégligence a un effet négatif sur la récupération fonctionnelle globale du patient et de son autonomie**.

Ce syndrome a un impact sur l'attention, l'intentionnalité de la motricité et les représentations cognitives. En effet dans son mémoire de psychomotricité, Mickaël Ménager (Menager, 2007) rapporte qu'Heilman et Valenstein précisent la présence :

- d'**hémi-inattention** : défaut d'attention ou de réponse à un stimulus unilatéral soit d'un ou de plusieurs sens,

- d'**hémi-akinésie** : défaut d'utilisation spontanée de la motricité de la moitié du corps. L'atteinte de la motricité est globale et concerne les mouvements automatiques et volontaires ainsi que les activités bi-manuelles. La cause peut être du côté d'un défaut d'initiation ou d'une lenteur des mouvements dans l'hémiespace controlésionnel. Le déficit moteur est fluctuant.

- de **négligence hémispatale** : l'exploration de l'espace par les membres, le regard ou l'ensemble du corps est diminuée. Les patients n'ont pas la représentation de ce qui leur manque.

En conséquence, on retiendra que **l'héminégligence est un trouble cognitif, indépendamment de la présence d'un déficit moteur ou sensitif associé. Ce trouble se manifeste majoritairement après une lésion de l'hémisphère droit, entraînant une négligence de l'espace gauche.**

La négligence spatiale unilatérale a la particularité d'être un syndrome polymorphe, qui peut s'exprimer de diverses manières : il y a des dissociations selon les différents espaces.

Qu'est-ce qu'une **dissociation** ? Le cerveau fonctionne en une constellation de modules cognitifs (aires cérébrales affectées au traitement d'une fonction) tous reliés entre-eux. Ces modules cognitifs gèrent différents aspects, différentes étapes d'une fonction traitée par le cerveau. Lors d'un traumatisme, une dissociation est le fait que **sur deux modules cognitifs opérant sur le même aspect général, l'un soit atteint mais l'autre continue de fonctionner**. La dissociation est repérée si on observe qu'une tâche gérée par l'un des modules peut devenir impossible, alors qu'une tâche quasiment similaire traitée par un autre module continuera d'être opérationnelle.

Par exemple, Mme H. sur une feuille a des soucis de lecture car elle ne commence pas à gauche au début de la ligne, tandis qu'avec sa tablette elle arrive à cadrer un objet dans l'écran pour le prendre en photo. Dans les deux cas, l'espace en question est l'espace de préhension dans une zone rectangulaire fixe, pourtant on observe que l'un des deux pose problème et pas l'autre.

Ainsi, la négligence peut exister dans l'**espace extracorporel** du patient, c'est à dire ce qui se trouve « à l'extérieur » du corps. Il y a deux sous-catégories qui sont l'espace de préhension où s'effectuent les actions quotidiennes, et l'espace dit lointain qui concerne tout ce qui se trouve au-delà de la zone de préhension. Dans l'espace de préhension, la négligence peut s'exprimer dans l'espace général ou être centrée sur un objet placé dans cette zone. Le trouble ne se répercute pas obligatoirement dans

toutes les catégories car il a été retrouvé des dissociations chez plusieurs patients. (Chokron et al., 2008)

Ensuite on observe une **négligence corporelle** qui implique l'oubli de l'hémicorps controlésionnel tant au niveau moteur, perceptif, que représentationnel. Par exemple, la personne va oublier une partie de son visage lors des soins de mise en beauté, oublier de mâcher avec la partie gauche de la mâchoire stockant de fait les aliments dans sa joue gauche, ou ne pas déplacer son bras lorsque celui-ci bloque une manipulation.

Menager souligne que l'hémi-espace concerné suit un **référentiel sagittal égo-centré**, qui peut se représenter comme une ligne verticale séparant le corps en deux et par ricochet l'espace en deux aussi. Ce n'est pas seulement un référentiel rétinien où uniquement la moitié du champs visuel serait pris en compte, c'est une affection cognitive globale.

Enfin, la négligence peut être **représentationnelle**. Dans ce cas, la personne ne « voit pas » la partie gauche d'une image mentale, elle ne se représente pas mentalement l'espace gauche. L'altération de cet espace a été démontrée très tardivement par Bisiach et Luzatti, démonstration qui est venu soutenir une nouvelle théorie explicative de l'héminégligence.

Ce trouble est fluctuant, et soumis à des variables contextuelles et personnelles. L'expression de la NSU peut varier selon le type de stimulus, sa localisation et sa simplicité, mais également varier selon l'attention disponible, la fatigue et l'état émotionnel du patient au moment où il effectue la tâche.

Par exemple, Me H. durant certains jours, va se tromper de chemin dans les couloirs de la clinique : en continuant tout droit ou en bifurquant à droite au lieu de se diriger vers la gauche. Et d'autres jours où je n'observerai pas du tout ces phénomènes, Me H. allant sans erreur jusqu'à la destination voulue. On peut faire l'hypothèse qu'elle était davantage fatigué ces jours-là

Comme nous l'avons vu, le spectre d'expression de la NSU est très large. Cela est corrélé au fait que différentes lésions cérébrales peuvent en être la cause. La majorité des lésions observées dans ce cadre sont au niveau du cortex pariétal inféro-postérieur droit. On retrouve également des lésions dans le cortex frontal droit, dans les noyaux gris centraux ou leurs faisceaux les reliant au cortex pariétal droit.

Le cortex étant constitué en multiples réseaux, **plusieurs troubles associés** sont retrouvés très fréquemment dans le syndrome de NSU, sans être spécifiques à cette pathologie, dont voici une description ci-dessous.

2) Troubles associés à la NSU

- Troubles somatognosiques

Les **troubles somatognosiques** se décomposent en trois catégories :

- le trouble d'hémi-asomatognosie : le patient ne peut plus localiser ni reconnaître la moitié du corps contralésionnelle comme étant la sienne.
- les illusions somatiques ou « somatoparaphrénies » : le patient ne reconnaît pas son membre car il dit que celui-ci appartient à quelqu'un d'autre, le patient a l'impression d'une 3ème main ou bien encore, il personnifie le membre avec une volonté propre...
- la misoplégie : des réactions émotionnelles négatives vis-à-vis du membre paralysé, le patient dénigre le membre concerné.

- Déficits sensoriels, sensitifs et moteurs

Ils ne sont pas nécessaires à l'apparition d'un syndrome de NSU mais ils sont des facteurs aggravants pour la récupération.

Au niveau sensoriel visuel, l'**hémianopsie latérale homonyme (HLH)** est souvent associée et confondue à la NSU, même s'il existe une double dissociation démontrée. Comme dans la NSU, c'est le côté controlésionnel qui est impacté : la HLH est une semi-cécité à l'opposé de la lésion. Cependant, en présence d'une HLH seule, la personne va avoir conscience de l'ablation d'une partie de son champ de vision, elle va donc chercher des stratégies de compensation et explorer volontairement davantage le côté lésé.

Au niveau sensitif, la personne peut souffrir d'hémi-anesthésie ou d'**hémi-hypoesthésie**, il y a perte ou amoindrissement de la sensibilité dans une moitié opposée du corps. Le déficit touche le sens tactile et/ou la thermo-algésie que cela soit superficiel ou profond.

Au niveau moteur, la personne peut perdre les commandes motrices d'un ou des membres controlatéraux. Si c'est une perte motrice totale, on parle d'**hémiplégie**, si c'est partiel, on parle d'**hémiparésie**.

- Anosognosie

Nous verrons les tenants et aboutissants de ce trouble plus en détail par la suite. Succinctement, l'**anosognosie est une absence de prise de conscience d'un ou de plusieurs troubles, qu'ils soient moteurs, sensitifs ou cognitifs à la suite d'une lésion cérébrale**. En clinique, la prise de conscience

peut être absente en totalité ou partiellement selon sa sévérité, et elle est résistante aux démonstrations du déficit.

- **Syndrome de l'hémisphère mineur**

Historiquement, l'hémisphère gauche abritant les centres du langage (aire de Broca et de Wernicke) et le langage étant spécifique à l'être humain, il fut surnommé 'hémisphère dominant'. Par opposition l'hémisphère droit est donc dominé ou plutôt dit 'mineur'.

Les troubles cités étant associés de manière fréquente après une lésion de l'hémisphère droit, ils furent regroupés en « **syndrome de l'hémisphère mineur** ». Cette appellation est utilisée lorsque les troubles sont présents à l'unanimité ou en majorité.

Ce syndrome regroupe les troubles suivants : une négligence spatiale unilatérale, une apraxie constructive, une apraxie d'habillage, une hypergraphie, des syndromes visuoperceptifs (agnosies visuelles, désorientation topographique), des déficits liés à la communication, de l'anosognosie, une asomatognosie, des délires d'identification.

Si l'on perçoit la présence d'un de ces troubles, alors la NSU est incluse comme symptôme dans un plus large syndrome de l'hémisphère mineur. (Carota et al., 2005)

- **Particularités sensorielles**

Pour finir cette liste, je vais spécifier deux signes qui aident à poser le diagnostic d'héminégligence. Ces deux signes sont à la frontière entre signes cliniques de la NSU et troubles associés :

- **l'extinction**: se caractérisant par l'éclipse d'un stimulus sensoriel controlatéral à la lésion s'il est en présence simultanément avec un stimulus ipsilatéral. Par exemple, si l'on touche le patient à droite, il pourra signifier «droite», si on le touche à gauche, il dira «gauche» mais si on le touche à droite et à gauche en même temps, il ne percevra que «droite».

Ce phénomène peut s'observer à l'intérieur de l'espace gauche, ainsi ce sera le stimulus le plus à gauche qui sera éclipsé par l'autre. L'extinction a été décrite dans les quatre des cinq sens: visuel, auditif, tactile et olfactif, avec un ou plusieurs canaux sensoriels atteints selon les patients.

- **l'allochirie** : déformation de la perception sensorielle tactile qui se traduit par le report symétrique d'une stimulation sur le membre opposé. Chez les patients avec une NSU, il s'agit d'appliquer une stimulation tactile sur un membre controlésionnel qui va être perçue et rapportée symétriquement sur l'autre membre.

3) Bilans

Les bilans paramédicaux peuvent prendre diverses formes : observations cliniques, tests normés, entretiens,... La tendance actuelle est à l'utilisation massive de tests normés. Bien sûr, la norme ne suffit pas à elle seule, car on place le patient dans des situations artificielles qui ne rendent pas compte de ses capacités d'autonomie en vie réelle dans son quotidien avec des repères.

Par contre, les normes sont utiles justement car l'absence de repères connus révèle les capacités cognitives sans le biais d'automatismes. Il convient donc d'**additionner des épreuves artificielles et les observations de la réalité de terrain** pour avoir une vision complète au plus proche de l'atteinte 'brute' et de l'atteinte fonctionnelle dues au traumatisme. De même, les scores des échelles de cotations n'ont de validité qu'avec les observations cliniques de professionnels.

α) Tests normés

Les **tests normés classiques** peuvent être regroupés en batterie globale. On pense alors à la **Batterie d'Evaluation de la Négligence (BEN)** validée par le Groupe d'Etude sur la Rééducation et l'Evaluation de la Négligence (BEN, Orthoéditions).

Elle comprend trois parties : la première considère les investigations préliminaires, la deuxième décline les tests papiers-crayons visuo-moteurs et visuo-perceptifs, et la troisième partie est constituée de l'échelle Catherine Bergego (ECB) sur la négligence corporelle et l'anosognosie. Cette batterie est souvent réalisée par la neuropsychologue ou l'ergothérapeute dans l'équipe soignante.

1. Les **investigations préliminaires** sont basées sur l'anosognosie, la négligence corporelle et la déviation tête-yeux selon des cotations spécifiques entre 0 et 3 proposées par Bisiach et al en 1986. L'extinction sensorielle est testée par des stimulus latéraux alternés puis simultanés de la part du praticien.
2. Les **tests visuo-moteurs** correspondent aux tests où il faut observer et agir sur la feuille, tandis que les **tests visuo-perceptifs** regroupent des tests uniquement en observation, sans action sur la feuille. On évalue ainsi l'exploration de l'espace péri-corporel via le balayage visuel de la feuille. De plus, on remarquera si l'action (par le pointage par exemple) influence la performance. On note également de manière qualitative les stratégies de résolution des tâches demandées (persévération,...).
3. **L'échelle ECB** est une observation de la vie quotidienne par le thérapeute et d'un auto-questionnaire donné au patient sur la réalisation de ces activités. Le score indique la sévérité de la négligence corporelle dans les actes quotidiens, ainsi que la présence d'anosognosie soulignée par la différence significative de scores entre celui du thérapeute et celui du patient.

Cette batterie ne teste pas vraiment l'atteinte de l'espace représentationnel, car celui-ci n'est pas toujours lésé dans le syndrome de NSU (dissociation entre les modules cognitifs lésés et sains). Afin d'appréhender l'atteinte de l'espace représentationnel, il serait intéressant de réaliser un test basé sur une **représentation mentale connue** : certains théoriciens proposent de demander au patient de citer les noms de villes qu'il visualise sur une carte de France mentale, et non pas la lecture sur une carte réelle.

Il est important d'associer des épreuves plus « réalistes » car dans certaines situations, les automatismes peuvent aider la personne, on teste ainsi le potentiel fonctionnel du patient. Cette mise en situation a été normée avec le BIT (behavioural inattention test) d'Oxford.(Paillard & Badan, 1997)

β) Observations cliniques

Les **observations cliniques** viennent compléter ces tests normés et se font dans tous les moments de vie du patient : soins de toilettes, repas, déplacement, propos tenus dans le discours subjectif, lors de prises de photos... En effet, durant les situations quotidiennes on peut remarquer si le patient essaie de compenser ses troubles, et si c'est le cas comment il s'y prend. Parfois ces compensations sont efficaces, d'autres fois elles sont sources de nouvelles complications ou de risques. La communication dans l'équipe pluridisciplinaire est très importante pour avoir une vision globale des points forts et points faibles de la personne.

Par exemple, la négligence de l'espace lointain se remarque particulièrement **lors des déplacements** : la personne va raser les murs et les objets au risque de se cogner régulièrement contre les murs ou les encadrures de porte. Elle peut coller les murs sur la droite par mesure de précaution car elle ne perçoit pas l'espace gauche. Sinon la personne rase sur la gauche en pensant être positionnée au milieu puisque qu'elle ne prend pas en compte pas le mur de gauche. D'autre part, comme relaté dans une précédente vignette clinique, les patients peuvent se tromper de chemin en ne considérant pas tous les chemins présents lors d'une intersection de couloirs.

γ) Bilan psychomoteur

J'ai eu l'occasion de faire passer un **bilan psychomoteur** à une patiente, que nous allons appeler Mme D. Ce bilan a été construit en complémentarité avec ce que les autres paramédicaux avaient déjà évalué.

Voici quelques éléments d'anamnèse : Mme D. est une femme de 73 ans ayant fait deux AVC rapprochés. Le second est repéré en décembre 2021 par deux chutes de Mme sur le sol, d'abord sur les genoux puis sur le dos. Dans le dernier cas, elle a attendu 3h au sol avant d'être relevée. Le premier AVC se voit à l'imagerie cérébrale avec la présence de lésions antérieures à la date de la chute.

Avant ses AVC, Mme D. était une retraitée active et faisait beaucoup de loisirs créatifs manuels. Elle habite avec son mari dans un domicile de plain pied, son fils n'est plus au foyer familial. Elle gère la tutelle de son frère handicapé.

Elle a une hémiparésie gauche, une suspicion de NSU, une labilité thymique et une anxiété de la chute, c'est pourquoi il lui a été prescrit un bilan psychomoteur. C'est dans ce cadre que je la rencontre, ce bilan est en partie retranscrit dans ce mémoire. Mme D. se déplace en fauteuil roulant et consécutivement à sa chute elle rapporte une douleur aux genoux. Son regard est plutôt franc et elle a un bon contact verbal. Elle me dira qu'elle a eu une absence d'expression orale juste après son AVC, aujourd'hui elle s'exprime normalement. Même si elle montre une appréhension quant au fait de passer un bilan de psychomotricité, elle ne refuse pas les épreuves proposées.

Comme la psychomotricité place le corps appartenant au sujet au centre de sa pratique, j'ai choisi de tester différentes facettes du **schéma corporel** pour déceler les ressources stables et les déficits de la patiente. J'ai commencé par la sensibilité interne de **proprioception** permettant de situer son corps dans l'espace. J'ai poursuivi avec la sensibilité externe sur la **discrimination et la localisation d'un contact extérieur**.

Les constats sont les suivants :

La proprioception est présente mais imprécise. Les yeux fermés, Mme D. peut reproduire à droite la position donnée passivement à son bras gauche en extension. Mais les positions complexes en flexion du coude sont approximatives sur l'amplitude de flexion, la hauteur du membre et le contact avec le tronc. Les mobilisations passives des doigts ne sont pas perçues. Pour situer sa main gauche, Mme D. attrape son avant-bras pour glisser jusqu'à la main ou bien ramène volontairement son membre gauche vers le droit : on peut en conclure que l'extrémité gauche est plus difficile à percevoir pour Mme D.

L'exercice de localisation d'un contact double gauche-droite en l'absence de la vue met en évidence une extinction tactile sur tout l'hémicorps gauche de Mme D. alors que nous savons par le bilan kiné que sa sensibilité superficielle est bonne.

Puis j'ai continué avec l'**évaluation des somatognosies, de l'imitation et de la réversibilité mentale** qui donnent des indices quant à la structuration du corps autour de l'**axe corporel**. Le **dessin d'un**

humain «le plus complet possible» et le discours de la patiente dessus évoquent également en partie la représentation du schéma corporel et l'investissement de l'image du corps.

La réalisation du test de HEAD, (imitation en vérité de gestes latéralisés et localisés sur soi-même : si je place ma main droite sur mon œil gauche, elle doit placer sa main droite sur son œil gauche.) montre que la réversibilité mentale est opérante chez Mme D.

Mme D. a de bonnes somatognosies sur elle-même et sur autrui. Cependant, elle oublie de montrer les parties gauches de son visage. Pourtant lors du 2ème rendez-vous, elle est apprêtée et maquillée de crayon sous les deux yeux, ce qui démontre une motricité fine opérante et une conscience implicite de son visage. De plus, sur le dessin du bonhomme, Mme D. cite les membres par paire mais ne montre que ceux présents dans la partie droite de la feuille. Les extrémités gauches sont moins précises et réalistes, on note une asymétrie des détails du visage - le côté gauche étant plus bas - et le vêtement n'est pas centré sur l'axe du corps. La conscience de l'hémicorps gauche semble donc fluctuante. La négligence corporelle semble plus affirmée lorsque les cognitions dessus sont sollicitées.

Au niveau de la posture, Mme D. effectue une rotation des cervicales vers la gauche avec une utilisation préférentielle de son œil droit, il serait pertinent d'explorer son acuité visuelle avant d'affirmer une sous-utilisation de l'œil gauche liée à la NSU. On note une répercussion sur l'axe corporel. Notamment, elle se place de biais face à la table ce qui peut gêner ses activités manuelles. En l'absence de la vue, une rotation des cervicales vers la droite rappelle la déviation tête-yeux ipsilésionnelle du syndrome NSU, plaçant de fait la tête penchée sur l'épaule gauche. Mme D. peut croiser l'axe corporel avec ses mains : les deux hémicorps peuvent interagir dans les deux hémispaces, sans rupture de l'action entre l'hémicorps « sain » et l'hémicorps lésé. Même si la vue est nécessaire au soutien de son tonus axial cervical, Mme D. a une bonne représentation et un bon investissement de son axe corporel.

On note une forme de sous-utilisation de sa main gauche alors que la commande motrice est présente, par exemple elle ne s'en sert pas pour maintenir une feuille pour dessiner. La globalité de son corps reste plutôt immobile.

Lors de tous ces tests, on peut observer l'**investissement et la conscience du côté gauche du corps**. La présence ou non d'extinctions sensorielles est une information supplémentaire au constat d'une négligence corporelle.

Une appréciation subjective du **tonus** était également pertinente, d'autant plus que son dossier mentionnait « anxiété de la chute » donc il convenait d'explorer le syndrome de désadaptation

psychomotrice (SDPM). J'ai donc invité Mme D. à faire des transferts de son fauteuil à une chaise, de son fauteuil à une banquette, mais aussi de son fauteuil à la station debout. Lors de ces mobilisations actives, j'ai pu observer le recrutement tonique axial de posture, le tonus d'action des jambes, la position du bassin et les appuis au sol.

Le tonus axial de Mme D. n'est pas perturbé par la NSU, ses appuis et son bassin sont correctement positionnés en station assise et debout. Une fois debout, sa musculature des jambes est solide, les pieds sont parallèles et le polygone de sustentation est adapté: la prise d'appui au sol debout est assurée.

Par contre cela a révélé une absence d'anxiété avec plutôt une tendance à l'impulsivité à se redresser, à se transférer avant d'analyser comment faire. L'aide proposée de mes avant-bras est délétère car elle place son bassin en rétro-pulsion plusieurs fois, tandis qu'elle peut se lever seule sans aide. Ces observations permettent d'éloigner un diagnostic de SDPM.

Il est important de ne pas perdre de vue que la NSU peut ne pas être le problème central dans l'autonomie des personnes, ici Mme D. présente un risque de chute lors des changements de position ou d'assise qu'il faut surveiller mais en encourageant les transferts autonomes.

Pour l'**espace** je me suis servie de mes observations générales de ses déplacements et comportements. *Mme D. n'a pas eu de mal à se déplacer jusqu'au bureau de psychomotricité, elle ne se cogne pas aux encadrements de portes, elle se place au milieu de la salle : il semblerait que l'espace extracorporel lointain ne soit pas affecté. L'espace de préhension ne semble pas atteint non plus, le bonhomme dessiné est centré dans la feuille. Mais il manque la partie gauche du parapluie dessiné, donc il faut continuer d'explorer la négligence centrée sur l'objet.*

L'appréciation de l'**anosognosie** se fait en premier lieu en écoutant le discours de la patiente sur ce qui lui est arrivé et ses difficultés actuelles au quotidien. Cette dame a spontanément évoqué son trouble moteur gauche « *main élastique* », ses sensations tactiles atypiques qu'« *on la touche alors qu'il n'y a personne* », l'oubli ou la perte d'objets au quotidien et la difficulté de la toilette... Il semble que Mme D. ait une bonne conscience des troubles parce qu'elle pointe tout cela sans qu'un soignant le lui ait fait remarquer. Si on retrouve la présence d'anosognosie plus tard, ce sera à un degré léger.

Ce bilan psychomoteur a été pensé pour discerner les différentes dissociations entre les catégories d'espaces impactées dans la NSU. Il s'intéresse aussi à la posture, à l'axe corporel et au tonus car la relation au corps est aussi impactée.

Après avoir vu les diverses formes d'expressions cliniques et le polymorphisme de la NSU, il est intéressant d'essayer de comprendre comment fonctionne ce trouble. Nous allons aborder par quelles lésions la NSU pourrait être causée, ou quels circuits cognitifs sont impactés.

2. Hypothèses théoriques de fonctionnement

Nombreux sont les chercheurs à avoir tenté de modéliser les manifestations cognitives en jeu lors d'un syndrome d'héminégligence. On peut regrouper ces réflexions dans deux grandes catégories : les théories attentionnelles et les théories représentationnelles.

1) Théories attentionnelles

Les théories attentionnelles sont émises par divers théoriciens. Pour commencer, Posner explique que l'attention sur des cibles suppose une suite d'opérations mentales organisées. Le sujet doit d'abord se désengager du stimulus sur lequel il est, déplacer son attention vers la cible suivante puis se réengager sur le stimulus de la nouvelle cible. Ce système nécessite donc qu'il y ait une inhibition de l'attention avant de la ré-activer ailleurs. Dans ce paradigme, on observe des divergences entre des NSU basées sur une **absence de désengagement de l'espace ipsilésionnel** et d'autres sur le **manque de ré-engagement vers l'espace contro-lésionnel**.

De plus, la zone déjà explorée doit être inhibée pour que l'attention ne se reporte pas à nouveau au même endroit, Posner l'appelle « inhibition de retour ». Si ce phénomène manque, il est probable que la personne héminégligente cherche toujours au même endroit alors que le désengagement-réengagement est opérationnel. (Chokron et al., 2008)

Cette théorie est supportée par la physiologie cérébrale évoquée par Heilman. Les **structures colliculaires sous-corticales** par exemple sont **connectées à des centres corticaux gérant la posture**. Les deux structures organisent l'action conjointe de la posture et de l'orientation afin de capter les informations porteuses de sens pour l'individu. (Paillard & Badan, 1997). De ce fait, une perturbation chez l'une ou l'autre des structures, ou la rupture de la jonction, induirait une clinique de négligence extracorporelle, car l'**orientation des récepteurs sensoriels vers un espace où se porte l'attention serait difficile**.

Kinsbourne relève lui le rôle d'une **balance interhémisphérique dans les processus attentionnels**. A l'instar du champ visuel, chaque hémisphère cérébral est responsable de l'attention donnée à l'hémis-espace controlatéral. Une lésion de l'hémisphère droit dans le cadre d'un AVC abolirait l'attention à gauche en laissant la suprématie à l'hémisphère gauche pour l'attention sur le côté droit du corps. C'est pourquoi du point de vue de cette théorie, il est important que s'opère une réaffectation corticale des zones lésées.

Rizzolatti va plus loin en associant l'attention et l'intention engagées par l'individu. Pour lui, **l'attention spatiale vers une zone précède une action dans cette zone**. Il soumet l'idée que les aires prémotrices gérant les programmes moteurs, ont aussi un rôle dans l'attention dirigée vers la zone d'action. Donc l'intention de faire et l'attention pour le faire seraient codées dans la même aire corticale impactée dans la NSU.

Donc ce serait **l'intention de faire un mouvement vers quelque chose qui contribue à l'attention que l'on engage vers l'endroit souhaité**. Cette théorie est soutenue par des observations à la suite d'expériences, où l'action permet de réduire l'inattention de l'espace gauche. Cependant, l'action ne supprime pas totalement ce biais attentionnel, et la réduction ne s'observe pas dans 100% des cas. (Paillard & Badan, 1997)

Nous verrons par la suite toute l'importance de l'intention et de l'attention dans la rééducation psychomotrice.

2) Théories représentationnelles

Concernant les théories représentationnelles, nous évoquons l'expérience de Bisiach sur le Dôme de Milan démontrant que le biais attentionnel de l'espace gauche existe aussi au niveau mental. Les patients hémipariétaux (milanais) devaient s'imaginer postés sur la place principale de Milan, dos au Dôme, et ils devaient décrire ou nommer les bâtiments qu'ils voyaient devant eux. Les patients nommaient alors quasiment exclusivement les édifices sur la droite de la place de leur point de vue.

Ensuite, les chercheurs leur demandaient de se placer face au Dôme et de réitérer la description. A nouveau, les patients ont décrits les autres bâtiments sur leur droite avec ce nouveau point de vue, alors qu'ils ne les avaient pas nommés dans l'autre sens. Cette expérience a montré que la **représentation de l'espace étaient souvent affectée dans ce trouble**.

Il paraît alors logique que si l'espace gauche n'est pas considéré voire annihilé dans les représentations du sujet, les stimuli de l'environnement ne seront pas pris en compte, faute de traitement supérieur cortical donnant du sens pour le sujet.

Attachons nous maintenant à approfondir le trouble régulièrement associé à la NSU, et empêchant une certaine compensation : parlons maintenant d'anosognosie.

C) L'anosognosie

1. Description et évaluation

1) Définition

L'étymologie du mot « **anosognosie** » provient du grec «νοσος» (nosos) signifiant «maladie» et «γνωσις» (gnosis) se rapprochant de « connaissance » avec un préfixe 'a' privatif. Cela se traduit donc par « **l'absence de connaissance de la maladie** ». Ce terme est utilisé pour la première fois par Babinski en 1914 avec une clinique de patients hémiplegiques que l'on peut étendre aujourd'hui pour décrire un « *manque de conscience ou une conscience réduite de tout symptôme moteur, perceptif ou cognitif, survenu à la suite d'une lésion cérébrale acquise, non explicable par une démence ou une confusion* »(Ehrlé, 2016). La présence d'anosognosie s'observe généralement lors de lésions de l'hémisphère droit, et notamment lors de lésions au cortex pariétal postérieur : elle est donc fréquemment associée à la NSU gauche.

Cela fait état d'un **trouble neurologique** qui peut être présent à la suite d'un **accident vasculaire cérébral, d'une démence neurodégénérative ou d'un traumatisme crânien**. L'anosognosie peut être associée à des troubles moteurs comme l'hémiplégie, sensoriel comme une cécité corticale (l'organe de la vision est fonctionnel mais la vision n'est pas opérationnelle) ou pour des troubles cognitifs comme la négligence spatiale unilatérale, les troubles attentionnels.

L'absence de conscience du trouble moteur/sensoriel/cognitif implique une difficulté à prendre en compte les conséquences du déficit présent et par conséquent une mise en danger potentielle du sujet. (Bastin & Salmon, 2020)

Mr L. par exemple, anosognosique de sa négligence gauche, a un risque de chute majoré lors de la marche car il sous-utilise le membre gauche et ne prend pas en compte une partie de l'espace gauche. Pourtant, il dira qu'il peut marcher seul et de ce fait tentera de passer à l'acte en marchant sans aide matérielle ni surveillance, majorant alors le risque de chute potentielle.

On retrouve des preuves de double dissociation entre hémignégligence et anosognosie, c'est-à-dire que seulement l'une ou l'autre des deux affections peut se retrouver chez un patient. Toutefois, dans la grande majorité des cas, l'hémignégligence est présente avec une anosognosie, ce qui rend plus difficile la réadaptation du trouble. (Dauriac et al., 2002)

L'absence ou le **déficit de conscience du trouble est spécifique au trouble concerné et à la personne** atteinte. Le patient avec anosognosie de son hémiplégie est conscient de ses autres états somatiques (mal au dos, chutes de tension...) et peut reconnaître en parallèle quelqu'un qui a une

hémiplégié alors que lui-même ne reconnaît pas la sienne. Il y a donc une certaine atteinte de Soi que l'on reverra plus tard, mais l'absence de conscience est limitée au trouble, pas à la personnalité du sujet. De plus, on peut voir des différences de conscience à l'intérieur du trouble, ainsi le patient peut avoir conscience de la paralysie du membre supérieur mais pas de celle de sa jambe alors que les deux membres sont paralysés.

Ce «voile» de la conscience des troubles **fluctue selon les conditions** auxquelles sont soumis les patients. Des variations sont observées en clinique selon différents **facteurs émotionnels ou psychologiques**. Cependant, la certitude qui demeure est la suivante : l'anosognosie est résistante à la démonstration objective du trouble et la confrontation directe, de même l'exposé des déficits par un tiers n'améliore pas la prise de conscience des déficits par le sujet (Ehrlé, 2016).

Du fait de ces nombreuses variations, on assiste à une ambivalence des propos tenus par le patient, ce qui peut dérouter les soignants. Parce que le patient semblera tour à tour totalement absent à la réalité du trouble ou parfois plutôt attentif à ce qu'il lui arrive, les soignants non formés peuvent croire à des « caprices » ou avoir l'opinion que le patient « le fait exprès ».

L'anosognosie évolue dans le temps et les formes les plus spectaculaires se retrouvent durant la phase aiguë d'un AVC. Les auteurs divergent sur le devenir : certains considèrent que l'anosognosie subsiste rarement après un mois (Carota et al., 2005), d'autres estiment la récupération entre 3 à 6 mois (Ehrlé, 2016) tandis que les derniers affirment qu'elle peut rester présente mais sous des formes atténuées comme l'anosodiaphorie (Morin, 2013a).

2) Évaluation

Ainsi, l'évaluation de l'anosognosie se réalise plutôt par l'**écoute de la parole des patients**. Cela s'exprime sous plusieurs formes que l'on repère en entretien. Le patient peut **réfuter l'existence** d'une paralysie, **continuer d'agir comme s'il n'y avait pas de problème ou émettre des confabulations** (c'est-à-dire des explications erronées, parfois farfelues sur un fait). (Carota et al., 2005)

On relève aussi l'**emprunt de la parole des autres** pour parler d'eux comme s'ils n'étaient pas acteurs de la rééducation du trouble pour lequel ils sont anosognosiques ou l'**incapacité de pouvoir nommer** le nœud de leurs difficultés : ils restent soit très vagues soit trop descriptifs anatomiquement. De plus, ces éléments du discours peuvent être rapportés avec une certaine indifférence pathologique tant dans les mots choisis que dans l'expressivité ; cette indifférence que l'on nomme «anosodiaphorie» pouvant également être considérée comme une forme atténuée d'anosognosie au cours du temps.

Les patients comme nous l'avons dit précédemment ne prennent pas en compte les conséquences du déficit, cela peut se manifester par la volonté de retourner à leurs activités professionnelles rapidement sans apercevoir l'impossibilité ou la difficulté des aménagements nécessaires. De plus, ils auront davantage de difficultés à automatiser des stratégies de compensation du handicap puisqu'ils ne voient pas leur handicap. La stratégie peut leur sembler pertinente un jour, et lors de la séance suivante ne pas comprendre l'utilité de l'exercice.

Dans cette optique, différents auteurs ont mis en place des **questionnaires et échelles** pour tenter d'évaluer des anosognosies surtout liées à l'hémiplégie. L'équipe de Bartholoméo (Bartolomeo et al., 2008) mentionne à ce propos les cinq questions proposées par Bisiach et al. qui ont élaboré ce score de 0 à 3 allant d'une sévérité faible à importante :

0 : le trouble est rapporté par le patient spontanément ou en réponse à une question d'ordre général sur son état de santé ;

1 : le trouble n'est rapporté par le patient qu'en réponse à une question spécifique ;

2 : le patient admet son trouble uniquement après qu'on le lui ait démontré au cours de l'examen clinique ;

3 : le patient ne reconnaît son déficit en aucune circonstance.

Enfin, on se doit de parler de l'échelle Catherine Bergego, utilisée notamment dans la GEREN évoqué plus en avant de ce mémoire. En effet, ce questionnaire étant réalisé par le patient et par le thérapeute, on peut constater une différence de score d'autant plus élevée que l'anosognosie est sévère.

3) Hypothèses explicatives

Il existe différents modèles explicatifs de l'anosognosie, mais aucun d'entre eux n'est consensuel car ne fournissant pas d'explications à l'ensemble des symptômes rencontrés.

Les théories cognitivistes donnent des hypothèses liées à la un **défaut de comparaison des programmes moteurs**. de Frith et al émettent l'hypothèse de la « copie d'efférence », ils supposent que les patients n'arrivent pas à corriger les différences de données entre la prédiction cognitive du mouvement que le patient souhaite et la copie du mouvement effectivement réalisé ou pas (Turnbull et al., 2014).

Parmi les théories psychologiques souvent réfutées par la littérature scientifique, on peut retrouver le mécanisme de refoulement soutenu par Ramachandran, la défense contre l'altération de l'image de soi

décrit par Weinstein et le déni conceptualisé par Freud. Le déni est un mécanisme psychologique avec lequel l'anosognosie peut être confondue, je développerai après pourquoi.

Par ailleurs, deux théories mixtes sont présentes dans la littérature.

La première théorie part du principe qu'il y a une **atteinte lésionnelle du système de régulation des émotions**, les émotions influencent davantage la cognition parce qu'elles sont mal régulées. « Le mécanisme de régulation des émotions en cause ici est la cognition spatiale véridique: de sorte que les faits spatiaux chargés d'émotions sont ainsi mal interprétés en accord avec les souhaits du patient » (Turnbull et al., 2014, p.21). De fait, les chercheurs expliquent que le cerveau retient exclusivement les résultats désirés en excluant les résultats observés effectifs, car ceux-ci engendreraient des émotions négatives intolérables. Autrement dit **la cognition sur le trouble ne serait plus objective parce que la régulation émotionnelle ne remplirait plus totalement son rôle.**

La deuxième théorie est une **vision bio-psycho-sociale** de Clare, Ownsworth et al. selon laquelle « La dimension biologique rejoint les modèles neurocognitifs qui soulignent notamment les déficits mnésiques et exécutifs comme explicateurs de l'anosognosie. Au niveau psychologique, les facteurs contributifs incluent sa personnalité, ses valeurs, son style de coping et les expériences passées, chaque personne réagira aux symptômes d'une certaine manière sur un continuum de réponses allant du maintien du self (i.e., protéger l'image de soi) à l'ajustement de soi (i.e., intégrer les changements). Enfin, la dimension sociale considère les interactions avec la famille et les professionnels de la santé, ainsi que par la représentation sociale et culturelle de la maladie. » (Bastin & Salmon, 2020 p.29)

Même si un déficit de conscience s'observe en présence de lésions d'aires corticales variées, réfutant ainsi l'hypothèse d'une «aire de la conscience» unique, la majorité des érudits considère que la conscience se situerait dans le cortex frontal telle une fonction exécutive de haut niveau. En effet, la conscience de soi en tant que fonction exécutive peut être comprise comme le fait d'avoir une connaissance réflexive sur le corps afin de s'adapter aux situations.

Cette opinion est corroborée par la **théorie neurocognitive de Schacter** dans son modèle DICE, (Dissociable Interactions and Conscious Experiences). D'après ce modèle, il existe un **module cortical central attentionnel** appelé Conscious Awareness System (C.A.S) qui serait relié au système exécutif et aux modules de connaissances perceptives, proprioceptives, émotionnelles et mnésiques. Des lésions au niveau du CAS ou aux ramifications qui le relie au système exécutif expliqueraient l'absence de conscience du trouble.

Ainsi, le dysfonctionnement du CAS ne permettrait pas de repérer le manque ou les anomalies des connaissances emmagasinées, tandis qu'une **rupture avec le système exécutif** empêcherait la méta-réflexion et **favoriserait l'anosognosie des troubles cognitifs.** (Morin, 2013a)

2. Situations différentielles avec l'anosognosie

Riche de ces éléments, nous pouvons maintenant étudier les subtiles différences entre l'anosognosie, le déni et la méconnaissance du handicap.

1) Déni et anosognosie

Les toutes premières théories explicatives de l'anosognosie faisaient le lien avec un mécanisme psychodynamique bien connu des psychanalystes : le déni.

Le concept vient de Freud, qui considère que «le déni (Verleugnung), [...] est un mode de défense particulier, où le sujet refuse de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante tout en la reconnaissant d'une certaine manière » et qu'il s'applique « dans des contextes où il est question, directement ou non, de croyances en relation avec la castration ». (Lacas, s. d.)

Cela pourrait s'appliquer à la situation décrite d'anosognosie puisque qu'il y a castration réelle de la mobilité d'un membre ou d'un hémi-espace. Néanmoins, le concept du déni amène le fait que le sujet reconnaît d'une certaine manière la réalité du déficit, et c'est ce détail qui fut l'objet de diverses études.

En effet on peut considérer que ce moyen de défense psychique participe à l'absence de conscience du trouble. Comme le rapporte Prigatano et Weinstein dans une première étude, la reconnaissance implicite de la réalité du handicap se verrait avec des patients agissant dans leur quotidien en s'ajustant en fonction de leur déficit. Par la suite, Prigatano démontre que cette hypothèse n'est pas valide car lorsque qu'il discute avec les patients de leur handicap ou déficit, il remarque des réactions différentes. Ceux ayant une absence de conscience de leur trouble ont «peu de réaction affective et sembleraient perplexes», tandis que ceux utilisant le déni «ont un savoir implicite, ils ne sont pas perplexes et il existe des signes d'angoisse». (Oppenheim-Gluckman, 2014, p.173-174)

Ceci montre que **l'anosognosie n'est pas un déni de la réalité au sens psychanalytique du terme**, car le déni est plutôt réactionnel à un traumatisme et s'accompagne de réponses émotionnelles d'anxiété ou d'agressivité pour se défendre.

Dans le déni, la personne peut considérer qu'un problème lui soit arrivé mais le réfutera avec beaucoup de force, en s'évertuant à trouver des manières de gérer implicitement les émotions éprouvées. Contrairement à l'anosognosie où l'on observe un émoussement des affects en rapport à l'évènement, et surtout il n'y a pas d'objet qui soit source d'émotions négatives.

Pourtant, les pathologies complexes sont souvent **pluri-factorielles**. Il est donc possible et probable que les deux phénomènes coexistent chez certains patients, ou que le déni soit une poursuite à l'anosognosie, notamment lorsqu'une cause traumatique et violente de la lésion cérébrale est en jeu comme le décrit Havet (Havet-Thomassin et al., 2004).

2) Méconnaissance et anosognosie

Le 2ème concept nommé « méconnaissance du handicap » est souvent confondu avec l'anosognosie. Oppenheim-Gluckmann le sous-divise en deux parties : le « **trouble de la conscience de soi** » et « **l'atteinte de la sensation d'identité et d'existence** ». L'explication qui suit est tirée de sa méta-analyse de la littérature existante. (Oppenheim-Gluckman, 2014a)

Commençons par l'atteinte de la sensation d'identité et d'existence. Elle est en partie causée par les troubles cognitifs acquis après l'accident traumatique. En effet, ceux-ci sont un **frein à la ré-actualisation de l'image du corps et du schéma corporel avec les données actuelles post-AVC**.

Succinctement, Dolto décrit l'image du corps à la base de la conscience d'un Moi individuel et différencié de l'Autre. Le schéma corporel fait référence à un corps perçu unifié, avec des référentiels spatio-temporels nous permettant de nous orienter et de différencier nos limites par rapport à l'environnement. Nous approfondirons ces notions par la suite.

Ainsi, il est aisé de comprendre qu'une atteinte de ce sentiment identitaire, via un gouffre entre ce que le sujet avait intégré de lui et ce qu'il percevait dans l'instant, va faire naître une angoisse démesurée que sa construction du Moi s'effondre.

En réaction, le patient va essayer de **lutter contre cette angoisse en affichant une « méconnaissance de façade »** du handicap, qui serait donc une stratégie adaptative le temps de faire coïncider les représentations de l'avant et de l'après traumatisme dans son psychisme. Cette intégration psychique prend du temps car « l'expérience de désorganisation cognitive et neurologique excède les capacités de représentation du sujet, ce que le corps et le psychique peuvent intégrer. » (Oppenheim-Gluckman, 2014b)p.187

Oppenheim-Gluckman explique le trouble de la conscience de soi comme suit : c'est « le **sentiment d'être en n'étant pas** (Follin et Azoulay), avec une sensation de clivage de soi, d'une perte d'une partie de soi-même, de ne pas se retrouver, de ne pas se reconnaître, d'être absent à soi-même, d'être absent du monde ».

Effectivement, le patient peut avoir des difficultés à se reconnaître, par exemple dans le miroir dans le cas d'une paralysie d'un membre maintenu par des appareillages, par rapport à l'image antérieure qu'il

avait de lui. Il peut ne pas se reconnaître dans les changements psychiques qui s'opèrent à la suite de l'AVC (exemple : anxiété permanente alors que la personne était plutôt sereine auparavant). Les déficits sensoriels peuvent également participer à la sensation d'être absent à soi-même puisque percevoir permet d'exister dans son environnement.

La confusion avec l'anosognosie est ici : si la personne n'a pas totalement la reconnaissance de soi, il est normal qu'elle ne s'attribue pas non plus la perception du trouble qui l'affecte, affichant alors une méconnaissance de son handicap.

Je peux faire l'hypothèse que la présence d'un trouble soit un obstacle supplémentaire à l'accès à une conscience de soi subjective complète, aussi le cerveau « filtre » les informations qui fragilisent de manière supplémentaire la stabilité du Soi construit auparavant.

3. La conscience au centre du trouble

Nous abordons le cœur du problème: si l'anosognosie est un déficit de conscience des troubles, on peut se demander qu'est-ce qu'est la conscience au sens général ? Quel est le chemin pour y parvenir ? Y a-t-il une « zone de la conscience » dans le cerveau ?

J'aimerais rappeler d'une part qu'avec le postulat de l'inconscient et les pulsions du « ÇA » de Freud au début du 20ème siècle, nous ne sommes jamais à 100 % alerté de ce qu'il se passe dans notre psychisme. D'autre part, la biologie étant une mécanique formidablement huilée pour fonctionner automatiquement, nous ne sommes pas non plus au courant à chaque instant de chaque processus cellulaire en cours de réalisation. Il semble donc que la conscience ait des limites inhérentes à son existence.

Cette introduction amène donc à la déduction que la **conscience nécessite la transmission d'informations sensorielles**. De prime abord, la sensorialité englobe deux phénomènes qui sont la sensation et la perception. Dans les définitions classiques, la **sensation** est la réception des stimulus extérieurs par les organes des sens, et la **perception** est l'interprétation consciente de ces stimulus pour en tirer une connaissance. Cependant au cours de mes recherches il m'est apparu que la perception ne serait pas si consciente que cela.

1) La perception forcément consciente ?

Afin de discuter de l'association perception-conscience, je me base sur la publication de J-M Buizard,

psychologue qui avance que la **perception est fondamentalement inconsciente, avant de devenir éventuellement consciente ou non, en fonction plusieurs paramètres.**

Depuis déjà plusieurs décennies, la recherche se retrouve face à des phénomènes dits de « perception inconsciente », où le sujet reçoit un stimulus, le corps réagit en conséquence mais en l'absence de conscience du sujet. Ces phénomènes sont considérés comme des exceptions, car par définition la perception est la connaissance consciente d'un stimulus de l'environnement.

Ces perceptions inconscientes ont été explorées lors des troubles de négligence spatiale. Il a été mis en évidence que le **corps reçoit et prend en compte une information de l'environnement dans l'hémi-espace gauche.** Cette information oriente le choix d'action ou l'humeur mais le sujet n'en est pas conscient et ne sait pas pourquoi il a agi de cette manière puisqu'il n'a pas conscience dudit espace. Ce tour de passe-passe est nommé également « vision aveugle ».

L'exemple parfait est celui de la maison en feu relatée dans de nombreux écrits: « expérience fameuse de 1988 : une patiente négligente gauche à qui l'on présente deux dessins de maison, dont l'une a le côté gauche en feu et à qui l'on demande dans laquelle elle préférerait vivre, choisit régulièrement la maison indemne. Non seulement elle ne se doute pas que son choix n'a rien d'aléatoire, mais elle s'agace même un peu du principe apparemment absurde de l'expérience : "J'espère que tout cela a un sens", fit-elle finalement la remarque » par (Buizard, 2015).

A la lumière des différents phénomènes observés depuis, la psychologie d'aujourd'hui pose deux affirmations sur la conscience :

- l'existence d'un **seuil d'intensité et de durée permet l'accès à la conscience,**
- la prise de conscience est possible par l'**attention portée au stimulus.**

Le stimulus est perçu directement de manière inconsciente par le corps, et stocké momentanément dans un inconscient 'corporel'. Ensuite, si le stimulus dépasse un certain seuil, et que le sujet porte son attention dessus alors la perception devient une prise de conscience.

Pour rappel les critères de prises de conscience sont: avoir un système sensoriel fonctionnel, dépasser le seuil d'intensité, et porter l'attention vers le stimulus. Nous pouvons donc dire que nous percevons deux fois : inconsciemment puis consciemment.

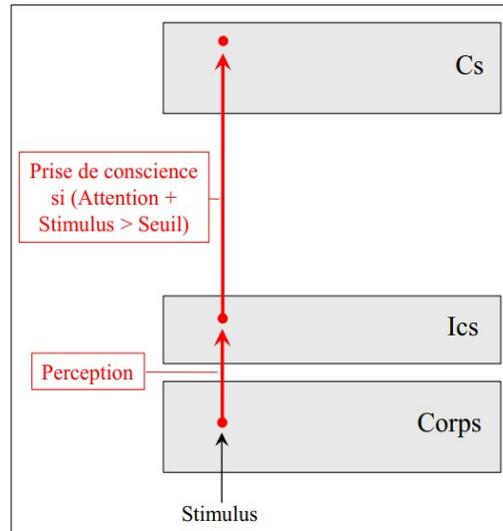


Fig. 1. Principe de séparation entre perception et conscience.

La sensorialité est indispensable à la conscience en ce qu'elle apporte des informations de l'environnement extérieur. La **perception reste d'abord inconsciente, puis par le biais de l'attention portée à un stimulus suffisamment intense la perception passe au niveau conscient.**

Finalement, la perception est une condition nécessaire mais non suffisante pour avoir conscience de ce qu'il se passe dans la matérialité de notre corps.

2) Conscience de soi

Après cette parenthèse générale sur la conscience, retournons à la conscience de soi.

La conscience de soi est également comprise sous le terme «d'**insight**», ou «connaissance de soi» en le traduisant imparfaitement en français. D'ailleurs certains articles de la littérature parlent de l'anosognosie comme une «absence d'**insight**». Je m'appuie encore une fois sur le travail de métadonnées d'Oppenheim-Gluckmann pour cerner un peu mieux l'**insight**. C'est une notion complexe et difficilement quantifiable, l'évaluation de l'**insight** est plutôt subjective. L'auteure explique que la définition donnée dans le cadre d'une maladie est « l'**insight** aurait trois composantes : reconnaissance de sa maladie, compliance au traitement et capacité à identifier des événements mentaux inhabituels ». (Oppenheim-Gluckman, 2014b, p. 167)

Cette définition implique donc que le patient a la possibilité d'émettre une **réflexion sur son expérience propre de la maladie**, il faut donc avoir une **connaissance de la normalité ou de l'habitude** pour pouvoir détecter la différence imprimée par la maladie. A l'inverse, il faut être en capacité de percevoir le changement pour le comparer à l'habituel.

3) Interactions entre identité et anosognosie

L'identité est un cheminement qui est sans cesse mis en tension entre les **repères édifiés et les nouvelles étapes de la vie** qui bouleversent l'équilibre. L'identité est ce que l'on construit au fur et à mesure de nos expériences, de nos croyances, de nos pensées : elle fait figure d'**ancrage dans le temps sous forme de trait de personnalité**. Malgré le temps qui passe, nous nous sentons en permanence «soi» à travers des caractéristiques stables qui nous définissent.

Dans le cadre d'une anosognosie, le patient n'a pas conscience de certains troubles parfois évidents, mais il peut voir les conséquences indirectes de ce trouble (difficultés de lecture, pertes d'objets...) qui ne cadrent pas avec la connaissance qu'il a de ses capacités. **Ne pouvant pas imputer les difficultés rencontrées aux troubles, le patient peut les expliquer par des traits de personnalité** toujours existants tels de l'étourderie, le fait d'être distrait. C'est notre connaissance des troubles et la discussion avec les proches sur le comportement antérieur qui permet de faire la part des choses.

A propos de ses omissions sur le côté gauche de la table d'ergothérapie Mr L. dira « j'ai toujours eu des problèmes d'attention ». Donc au premier abord, on peut penser que c'est un fait qu'il nous rapporte, et donc l'adresser à la neuropsychologue qui pourra travailler sur les processus attentionnels. Cependant en ayant rencontré Mr L. plusieurs fois, et en l'observant dans diverses situations je constate que sa NSU est la cause des omissions. Je peux donc considérer qu'il ne rapporte pas ses difficultés cognitives aux conséquences des traumatismes cérébraux successifs, ce qui amène à se questionner sur l'insight de Mr L., puisqu'il ne perçoit pas les changements mentaux. C'est donc une trace de l'anosognosie des troubles cognitifs attentionnels et de l'héminégligence, et non pas une caractéristique de sa personnalité.

L'identité est liée à la reconnaissance que nous avons de nous-même. S. Thibierge exprime que pour cela il est nécessaire d'avoir une représentation mentale de la forme du corps et des capacités possibles, c'est-à-dire que le **schéma corporel soit stable**. De ce fait si l'on subit une perte corporelle ou cognitive, il faut **pouvoir construire l'image virtuelle du manque**. La perte doit avoir un sens symboliquement pour que le corps s'organise autour des conséquences de la perte. (Thibierge, 2007)

L'anosognosie interdit l'accès à cette représentation du manque, la personne conserve une représentation de la réalité où le corps/les capacités sont complètes. Les patients peuvent identifier un problème mais cela ne correspond pas avec leur réalité. Cette **absence de reconnaissance de la réalité chez les patients anosognosiques affecte leur identité par le décalage entre ce qu'ils imaginent d'eux-même, ce qu'ils voient dans le miroir et ce qu'autrui perçoit d'eux**.

Le concept de conscience et de conscience de soi sont encore en évolution et restent encore à définir devant la diversité des situations qui se présentent. Il ressort néanmoins des réflexions que la conscience nécessite un apport de données sensorielles sur la condition du corps ou de l'environnement, de les traiter au niveau cognitif pour établir un état des lieux de Soi et de son identité.

Le métier de psychomotricien permet de faire le lien entre l'état psychologique et l'état du corps, tout au long de la prise en charge. Mettant en avant ce lien, le psychomotricien accompagne l'évolution psychologique du patient pour avancer avec lui vers la réappropriation de son corps : c'est ce que je vous propose de développer avec la rééducation psychomotrice.

II. La rééducation / réadaptation psychomotrice

Présentation des patients

En préambule, afin de bien comprendre les vignettes cliniques, je souhaite vous présenter deux patients bénéficiant d'une prise en charge psychomotrice, rencontrés lors de mon stage en SSR. Les patients décrits ont en commun d'être des adultes ayant subi un AVC ayant pour séquelle une hémiparésie avec anosognosie, néanmoins leur problématique personnelle varie énormément.

Tout d'abord, **Madame H.** est une patiente adressée fin août 2021 par un SSR du Gers, elle a eu un AVC massif jeune à 47 ans avec des complications de soins. Aujourd'hui la prise en charge est axée sur la réadaptation – et non plus la rééducation - car cela fait environ 17 mois post AVC.

Elle est mère célibataire de 4 enfants dont 2 encore à charge. Elle a quitté son domicile dans le Gers pour cause de « rapprochement familial », elle est en hospitalisation complète sans appartement pour la sortie de la clinique, ce qui est une source d'anxiété pour elle. Mme H. était serveuse mais la reprise de son travail est impossible. Mme H. est sous curatelle simple depuis peu.

Elle a une hémiparésie gauche avec spasticité du membre inférieur (malgré deux injections de toxine botulique), une hypoesthésie superficielle gauche et une suspicion d'hémi-anopsie latérale homonyme gauche (HLH). Du côté cognitif elle a une hémiparésie, des grandes difficultés d'inhibition, et une anosognosie de ses troubles cognitifs : surtout des troubles attentionnels et exécutifs. Elle se déplace en fauteuil roulant manuel avec le buste droit et dispose d'une canne tripode, cependant sa marche est lente et coûteuse. Le membre supérieur gauche est paralysé et maintenu en équerre par une écharpe.

Elle a un ptosis de l'œil gauche et peu de mimiques. Elle initie peu le contact verbal, elle observe beaucoup et dit peu de phrases mais qui sont adaptées au contexte de discussion.

A la clinique, elle a plusieurs prises en charge en parallèle du suivi médical : kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie et psychomotricité.

Ensuite il y a **Mr L.**, patient de 61 ans ayant fait un AVC qui a été révélé par un délire de non-appartenance de son bras gauche et une hémiparésie gauche subite à la fin octobre 2021. Il a un antécédent de traumatisme crânien à 40 ans avec des séquelles de troubles attentionnels.

Il vit avec sa femme à leur domicile de plain pied autour de Bordeaux, leurs 2 enfants ne vivant plus au domicile. Il est ingénieur de profession en laboratoire relié au CNRS, il souhaite reprendre rapidement son travail-passion.

On lui a diagnostiqué une hémiparésie gauche avec ataxie, des troubles sensitifs, une HLH modérée, une hémiparésie, des troubles attentionnels, un défaut d'inhibition et une anosognosie des troubles cognitifs et de l'hémiparésie. Il est fatigable rapidement.

Il a le contact verbal très facile avec une tendance logorrhéique, il utilise beaucoup l'humour pour parler de sa situation. Pour la marche, le risque de chute est moyen. Quand je l'ai rencontré il se déplaçait en déambulateur à 4 roues, et vers la fin du stage il se déplaçait avec une canne à embout large. Malgré sa grande progression en locomotion, il a tendance à pencher son buste sur le côté droit.

Mr L. a bénéficié également de prises en charge en kinésithérapie, ergothérapie et psychomotricité. Vers la fin du stage, Mr L. était simplement en hospitalisation de jour.

A) Modèles généraux des pratiques rééducatives post-AVC

1. Top-down et Bottom-up

On apprend en tant que rééducateur que les pratiques rééducatives explorées par la science sont divisées en deux catégories: «top-down» et «bottom-up».

Les méthodes **top-down** consistent à **stimuler l'intention volontaire du sujet pour compenser son déficit de perception consciente sensorielle**. Cela se base essentiellement sur de l'exploration visuelle avec des indices visibles sur le côté gauche, qui sont graduellement diminués au fur et à mesure du temps.

Par exemple, Me H. bénéficie d'un emploi du temps adapté par la psychomotricienne et les ergothérapeutes. En effet, elle a des difficultés à prendre en compte l'espace gauche d'une feuille à

cause de sa NSU. Ainsi, la lecture d'un emploi du temps classique semainier sur un tableau à double entrées 'date-heure' n'est pas possible. C'est pourquoi il a été mis en place un agenda journalier de type une page par jour, avec une marge gauche marquée en rouge avec les heures : le début de lecture est guidé le long de cette marge colorée contrastant sur le fond blanc. La patiente est accompagnée par la psychomotricienne pour remplir l'agenda, ce qui l'entraîne à repérer l'indice marqué sur la gauche pour favoriser l'exploration de ce côté.

L'intention et l'attention peuvent être entraînées également par un **rétrocontrôle extérieur**. Le rétrocontrôle extérieur peut être réalisé à l'aide d'un ordinateur qui déduit où se porte le regard, ou bien le poids du corps, pour le signifier avec des signaux visuels et auditifs. Cela renvoie à la personne la validité de l'orientation de son regard ou de son corps alternativement à droite et à gauche.

Par exemple, la clinique possède une plateforme stimulant la proprioception par le biais d'une cible sur écran à atteindre en déplaçant un repère virtuel relié à la répartition du poids du corps sur la plateforme. Dès que la cible est atteinte en transférant le poids sur les appuis, le repère passe du rouge au bleu avec un signal sonore. Ainsi, Mme H. au fil des séances se rend compte qu'elle a plus de mal à faire déplacer le repère vers la gauche. Ce constat est un pas vers la conscience de sa NSU corporelle.

Les méthodes **bottom-up** partent à l'inverse du sensorimoteur en **modifiant le référentiel sensoriel des patients pour contourner la cognition spatiale**.

La technique la plus valorisée est l'adaptation prismatique, même si les effets sont temporaires et qu'un grand nombre de répétitions est nécessaire. Concrètement, les patients chaussent des lunettes qui dévient la vision des cibles de 10° vers la droite, et doivent réaliser des pointages rapides sur différentes cibles. Au début le bras touche à côté, puis progressivement les patients corrigent et décalent leur mouvement vers la gauche pour atteindre les cibles. Cette automatisations se répercute ensuite dans les fonctions supérieures qui effectuent une déviation vers la gauche même en l'absence de lunettes pendant quelques temps. La répétition de ces entraînements permet d'avoir des effets sur plusieurs semaines.

Un autre méthode bottom-up a été expérimentée par Ramachandran : la stimulation calorique vestibulaire fait régresser l'anosognosie et la NSU durant quelques minutes sous les effets des changements sensoriels et physiologiques que cela implique. Cependant cela ne dure pas dans le temps et ne peut être une technique exportable au quotidien.

Un mot aussi sur la stimulation magnétique trans-crânienne (TMS), qui s'appuie sur le postulat de Kinsbourne et la balance inter-hémisphérique. La TMS, à travers son intervention sur la dépolarisation ou la repolarisation des membranes neuronales, permet d'inhiber des zones de l'hémisphère cérébral

sain et faciliter certaines de celui lésé pour rétablir une balance dans la gestion de l'espace. Cette technique est encore peu répandue et doit encore être étudiée au niveau des impacts cliniques.

Néanmoins **quel que soit le type de méthode, les patients généralisent peu les acquis développés lors des situations entraînement artificielles à leur quotidien et les effets obtenus ne durent pas longtemps.** (Jacquin-Courtois et al., 2009)

2. Paramètres d'organisation de la rééducation

Dans son cours, B. Glize souligne que dans la rééducation quatre facteurs sont importants à prendre en compte dans la prise en charge thérapeutique : l'intensité, la méthode, la motivation et l'information. (Glize, 2020)

➤ **L'intensité**

L'intensité de la rééducation correspond à un **équilibre entre la répétition, la fréquence, la durée des exercices et l'effort demandé par rapport à la difficulté de la tâche.** Ainsi, l'exercice d'une même tâche doit être répété régulièrement pour favoriser l'apprentissage, mais il est également important de laisser des plages de repos au patient. En ce qui concerne la fréquence des séances de rééducation, il n'a pas été démontré de différence significative entre un entraînement de masse et un entraînement plus réparti.

La difficulté de la tâche est augmentée progressivement. En effet, le but recherché est de sortir le patient de sa zone de confort – ce qu'il peut faire sans effort – pour le placer dans une **zone d'apprentissage optimal.** Néanmoins, il ne faut pas aller trop loin au risque de submerger le patient et de provoquer son refus ou le dépassement de ses limites corporelles.

On peut faire le parallèle avec le modèle d'apprentissage de Vygotsky avec la zone proximale de développement (ZPD), où l'enfant peut tester ses ressources et réussir la tâche avec l'étayage de l'adulte. C'est pourquoi le thérapeute ne fera pas « à la place de » mais « avec » son patient.

L'effort reprend la notion que le **patient doit être acteur de sa prise en charge,** donc qu'il mette en jeu ses capacités pour étendre sa zone de confort. L'effort est optimal lorsque les ressources motrices et cognitives sont stimulées dans une même séance, c'est pourquoi la pratique psychomotrice concilie ces deux efforts dans la prise en charge.

➤ La méthode

Ensuite, les protocoles de rééducation sont construits d'après une méthode générique. Tout d'abord on **segmente**, c'est-à-dire qu'on va simplifier ou découper la tâche demandée en sous-parties. De plus, on va travailler sur des tâches orientées, c'est-à-dire spécifiques du quotidien. Le but de la rééducation étant l'autonomie du patient, on va **définir avec lui les activités quotidiennes qui lui sont prioritairement à retrouver ou à maintenir**.

Un autre point important est la variabilité des tâches proposées, le fait de créer de la **variation** permet « d'oublier » les acquis pour mieux les solliciter de nouveau et ainsi les ancrer dans la mémoire à long-terme. La pratique d'exercices aléatoires visant le même but ou des buts différents est plus performante que la pratique sur un seul exercice spécifique. En effet, changer régulièrement d'exercices favorise les **capacités d'adaptabilité et de souplesse mentale**.

➤ La motivation

Pour continuer, les facteurs psychologiques dont la motivation du patient et sa participation active dans la prise en charge sont des arguments fondamentaux. Pour soutenir cela, on va mettre en place des **objectifs réalistes** à atteindre et les renouveler au fur et à mesure de la progression. Le **feedback** fait par le thérapeute soutient la motivation du patient par des **encouragements**, la mise en valeur d'une jauge d'efforts fournis, la **démonstration de la progression du patient** avant et après une série de séances,...

Corollaire de ceci, si le patient souffre d'une dépression, la récupération fonctionnelle ne sera pas optimale. Le traitement médicamenteux ou psychothérapeutique pour traiter l'humeur est donc nécessaire dans ces situations afin d'augmenter le pronostic de récupération.

➤ L'information

Enfin, la **manière dont on va donner les consignes est capitale**. Avant la pratique, le couplage des **explications orales et de la démonstration visuelle** du but général est bénéfique. Les précisions se font progressivement durant l'exercice pour ne pas submerger le patient. Le feedback sur la précision de la tâche réalisée et son résultat va influencer la posture du patient avec une connotation affective.

Il existe deux types de feedback : intrinsèque et extrinsèque. Le premier se compose des afférences proprioceptives et des perceptions sensorielles (vue, audition, toucher) : ces modalités permettent au patient d'avoir un référentiel égocentré pour dépister l'erreur et la corriger lui-même.

Le feedback extrinsèque consiste à donner au patient un retour du résultat et de la performance de son exercice. Ce feedback extérieur peut être réalisé à l'aide de matériel tel que des miroirs ou des appareils vibrants, ce qui ré-active la rétroaction essai-erreur parfois défailante. Ce feedback augmenté peut être utile au début de la prise en charge, puis progressivement réduit pour diminuer le risque de dépendance à des vérifications extérieures et le manque de confiance en soi.

Le fait de **guider le patient** sur la réalisation de la tâche, semble utile au tout début de la rééducation pour sécuriser le patient et éviter qu'il ait peur ou se blesse. Par la suite il doit être réduit au minimum pour laisser le patient expérimenter ses erreurs, expérimenter la lenteur et entretenir la boucle de rétroaction. Sinon, on peut glisser vers le fait de faire à sa place plutôt que de soutenir ses capacités.

Avec cet état des lieux des méthodes de rééducation, nous avons compris que la psychomotricité post-AVC s'inscrit dans un cadre ré-éducatif top-down par le travail constant de mise en lien de la cognition et des sensations. Le praticien se positionne ensuite par rapport aux paramètres généraux de la rééducations, et va adapter les facteurs décrits ci-dessus à son patient.

Pour construire ses axes de travail dans la prise en charge de la NSU, le psychomotricien s'appuie sur les notions psychomotrices des représentations corporelles pour aider le patient à se ré-approprier son corps : le corps étant le premier référentiel de l'espace que l'on cherche à travailler avec cette pathologie.

B) Représentations corporelles

1. La boucle sensation-perception-représentation

1) Description de la boucle

Cette boucle est à l'origine de nos connaissances sur le monde environnant. Son ancrage est profondément anatomique dans la sensation avec les différents récepteurs sensoriels tactiles, visuels, olfactifs, auditifs et gustatifs ainsi que les cellules nerveuses permettant la transmission jusqu'aux noyaux centraux d'intégration. Et la boucle se déploie jusqu'au psychisme puisque les représentations sont de l'ordre de la culture et de l'histoire personnelle de chacun. Cette transformation représente bien l'unité fondamentale du corps et de la psyché.

Partons de la **sensation**. Les récepteurs sensoriels sont constitués de cellules sensibles à une **variation mécanique, chimique ou électromagnétique extérieure par rapport à l'état de base**. Après une cascade de réactions chimiques à l'intérieur de la cellule, celle-ci transmet les caractéristiques de la variation perçue via la synapse puis l'axone d'un neurone sensoriel.

Ensuite, plusieurs relais sous-corticaux et corticaux vont distribuer ensuite l'information : tout d'abord dans l'aire sensorielle primaire puis au niveau de l'aire secondaire associative concernée pour procéder au traitement de l'information.

La **perception** est le fait de **localiser la sensation et de comparer ce stimuli afférent à notre mémoire des expériences passées pour cibler des concordances ou de la nouveauté**. Il est difficile de situer le début de la perception (*cf partie sur la conscience*), néanmoins percevoir est déjà empreint d'une subjectivité car pour un même flux sensoriel, plusieurs personnes y réagissent et le décrivent différemment.

La perception s'inscrit dans le **traitement des flux sensoriels** décrit par Bullinger. D'après lui, il existe **deux boucles** de traitement des stimulations, la première est **archaïque** et la seconde est **cognitive**. Elles régissent des réactions en chaîne dans cet ordre :

- **alerte,**
- **orientation,**
- **évaluation de la distance,**
- **manipulation, utilisation.**

Les réactions d'alerte et d'orientation proviennent de l'archaïque se manifestant par un **recrutement tonique consécutif à la variation sensorielle détectée**. Le but étant de localiser la zone corporelle ou le lieu d'émission concerné pour **mettre en forme le corps de façon à préparer l'action**.

Il y a ensuite une intervention cognitive pour évaluer la distance de la source et déterminer les manipulations potentielles à réaliser sur l'objet. On pourrait dire ici que les trois premières étapes – alerte, orientation et évaluation - sont plutôt universelles et pré-câblées chez le jeune enfant, tandis que la dernière (manipulation) se forge au cours des expériences durant développement, valorisant l'individualité du sujet. (Bullinger, 2000)

Enfin, la **représentation** est le **niveau le plus symbolique** puisque nous allons poser du sens sur la perception, lui attribuer une nature, mais aussi des affects agréables ou désagréables, de plaisir ou de déplaisir pour choisir une réaction adaptée à notre environnement.

Se représenter quelque chose c'est avoir une **image mentale**, une **compréhension de notre réalité de l'environnement**. Lors d'un son par exemple, la source du stimuli est à distance de notre organisme, et pourtant nous allons avoir une idée de l'auteur ou de l'outil qui a produit ce son. On dit qu'elles sont symboliques car nous transmettons ces représentations internes par le biais de symboles, pour transmettre, pour cela on utilise les mots, le dessin, la sculpture, etc...

Il est important de diversifier les moyens d'expressions, d'une part parce que chacun a un moyen d'expression privilégié, et d'autre part il est souvent relaté la pauvreté des mots seuls *«les mots me*

manquent», «*je n'ai pas les mots*», «*il n'y a pas de mots assez forts...*». Ainsi, il est **intéressant de combiner la parole du sujet avec un mode d'expression plus artistique pour avoir une idée plus fine des représentations de la personne**. Cela dit, on se permettra de rappeler que les représentations sont des interprétations de notre environnement, chaque humain interprète en permanence tout ce qu'il reçoit. Par la médiation artistique, le psychomotricien tente de s'approcher au plus près des représentations de la personne, pour l'accompagner à extérioriser ses réflexions internes sur sa situation.

Les représentations corporelles ont pour objet le corps et ses multiples facettes : à la fois le corps réel avec lequel nous agissons, le corps imaginaire c'est-à-dire ce que l'on pense sur notre corps, le corps relationnel comme interface avec autrui, mais aussi le corps dans l'espace et le temps.

2) Atteinte de la NSU sur cette boucle sensation-perception-représentation

Dans les trois étages de la boucle il pourrait donc déjà y avoir une atteinte au premier niveau de la sensation. Pourtant ce n'est pas le cas dans la NSU car il a été démontré que ce trouble s'exprimait malgré la présence de déficits sensorimoteurs. Tant les récepteurs sensoriels que la transmission de l'information sont opérationnels, ce n'est pas un obstacle physiologique. On comprend tout de même que si le patient souffre d'un déficit sensitif, cela va aggraver le pronostic de récupération de la NSU.

Ainsi, en psychomotricité il n'est pas utile de stimuler la sensorialité avec le but de développer une meilleure discrimination sensitive, cela ne va pas améliorer la négligence corporelle parce que l'atteinte se situe dans les niveaux supérieurs. Au contraire, s'il n'y pas de déficit sensitif, la sensorialité est une base sur laquelle on peut s'appuyer afin de soutenir l'attention lors de l'exploration de l'espace et des mobilisations actives du corps.

Comme nous l'avons vu, il existe des perceptions inconscientes qui se réalisent. Par conséquent, l'atteinte de l'anosognosie et de la NSU ne se situe pas non plus au niveau de la perception car le corps réagit quand un stimulus survient, donc l'organisme a eu connaissance dudit stimulus.

La NSU avec anosognosie est caractérisée par une cognition modifiée de la réalité, c'est une atteinte de la représentation. Le stimuli du côté gauche du corps ou de l'espace est détecté au niveau sensitif, il y a un premier traitement archaïque au niveau de la perception, mais il ne rencontre pas de sens correspondant au niveau du traitement cortical symbolique.

Ce trouble neurologique affecte donc la boucle sensation-perception-représentation entre la perception et la représentation dans l'accès à la conscience. On rappelle que l'accès d'un stimulus

à la conscience se fait si le stimulus est assez saillant et reçoit l'attention du sujet (cf schéma de Buizard).

La prise en charge psychomotrice constitue un **levier thérapeutique en amenant le patient à stimuler son attention** afin que les stimulus corporels gauche arrivent à sa conscience. Il faut donc repartir depuis la base de la boucle, en orientant les sens du patient afin que les stimulus spatiaux gauches soient pris en compte par le patient.

L'influence du trouble dans la relation entre la sensorialité et la représentation du sujet étant posée, je vous invite maintenant à évoquer les interactions du sujet avec son environnement et l'intervention de la NSU dans cette sphère relationnelle.

3) Assimilation et accommodation

Ces deux termes sont des concepts développés par Jean Piaget durant le développement psychomoteur de l'enfant à propos de l'**apprentissage de l'enfant par adaptation à son environnement**. A travers le corps, le sujet peut agir sur son environnement en réalisant des actions sur lui, en se déplaçant d'un endroit à un autre. La vision de Piaget est que l'enfant se construit dans l'action. L'enfant apprend par l'action en se construisant un stock d'informations dans l'interaction qui lui permet ensuite de s'adapter. A partir de là Piaget crée les concepts d'accommodation et d'assimilation, cependant ces phénomènes se retrouvent à tout âge de la vie face à des situations nouvelles ou des situations d'apprentissage.

L'**assimilation** est le fait que l'action du sujet sur l'environnement va revenir à l'individu sous forme de stimulus extérieurs et l'individu va les intégrer à sa structure interne par le biais de la cognition.

L'**accommodation** en revanche décrit le fait que l'individu va modifier sa structure interne par rapport aux éléments extérieurs qu'il n'a pas pu intégrer.

Lorsque ces deux phénomènes sont équilibrés, la personne peut s'adapter de manière harmonieuse à son environnement ou à son entourage dans diverses situations.

Dans le cadre de la NSU post-AVC, le patient se retrouve dans des situations nouvelles à laquelle il doit s'adapter donc ces processus entrent en jeu, théoriquement plusieurs cas de figure se présentent alors.

La NSU empêchant une partie des sensations et perceptions provenant de l'hémicorps ou de l'hémi-espace gauche d'arriver à la conscience, il va y avoir une **difficulté pour la personne d'assimiler**

l'information des composantes de la situation. Alors **devrait se mettre en place l'accommodation**, c'est-à-dire une adaptation inhérente du sujet à l'environnement.

Ainsi j'ai pu observer qu'au début des séances lors des discussions Mr L. place son fauteuil en oblique par rapport à la praticienne. Puis au long de la discussion, Mr L. tourne imperceptiblement son fauteuil pour finir de profil, plaçant ainsi son interlocutrice entièrement dans son champ visuel droit. Cela fait sens car dans la NSU l'attention est préférentiellement attirée à droite donc le patient se place en position de facilité.

L'adaptation à l'environnement fonctionne en permanence grâce à des **rétrocontrôles sensorimoteurs négatifs ou positifs pour détecter ce qui est correctement mis en place et ce qui est à ajuster**. Pour cela la boucle sensation-perception-représentation est donc sollicitée en permanence. La NSU perturbant l'accès à la représentation de l'espace gauche, le rétrocontrôle est imparfait car la cognition sur l'environnement est imparfaite.

Nous avons évoqué plus haut les différentes méthodes de rééducation « top-down » où les soignants sollicitent la personne activement et aménagent l'environnement pour soutenir le rétrocontrôle impacté et favoriser l'exploration de l'espace gauche. La personne doit volontairement et consciemment réfléchir aux signaux exagérés qu'elle perçoit pour s'adapter : on essaie de **pallier à l'accommodation du sujet puisqu'il ne peut plus assimiler de manière optimale**.

C'est le rôle des marges au surligneur que trace l'orthophoniste quand elle demande à Mme H de lire des lignes de mots, de plus elle lui indique le nombre de mots présents dans la ligne. Ce n'est pas évident pour elle, elle ne lira pas spontanément le mot le plus à gauche malgré la marge et son pointage des mots. C'est la vérification post-lecture, sollicitée par l'orthophoniste, qui permet à Mme H. de tourner la tête vers la gauche pour lire le premier mot.

On remarque donc ici que cette patiente a modifié la position de sa tête dans l'espace afin de s'adapter aux contraintes posées par la NSU dans la lecture. Ici, même si l'exercice est fortement encadré Mme H. n'assimile pas la présence du premier mot. L'accommodation pour contourner la difficulté de prise en compte de l'espace gauche en faisant une rotation des cervicales vient seulement après avoir pris conscience de l'anomalie soulignée par son interlocutrice (3 mots prononcés au lieu de 4). L'environnement doit donc être fortement modifié avant de provoquer un changement adaptatif postural chez cette patiente. On constate également l'importance du feedback extrinsèque donné par l'orthophoniste qui aide la patiente à s'ajuster elle-même par la suite.

L'aménagement de l'espace environnant pose le problème suivant : les **stratégies adaptatives utilisées par le patient sont complexes à transposer dans une autre situation**. La même tâche avec

un support différent suffira à mettre de nouveau la personne en difficulté. En effet, l'assimilation et l'accommodation dépendent des cognitions que le sujet pose sur le stimulus perçu, or la NSU provoque une altération sur la cognition spatiale tant corporelle qu'extracorporelle. Donc si le stimulus change, il faut que la cognition puisse être flexible et s'adapter à ce changement.

L'aménagement de l'environnement pour mettre en valeur l'espace gauche est spécifique à la situation d'entraînement proposée par le soignant, donc on peut arriver à construire un schéma d'adaptation pré-câblé mais **dès que le patient est autonome dans un autre lieu, il est probable qu'il reproduise ses anciennes erreurs.**

Ce phénomène de retour aux erreurs peut s'expliquer par le **rôle très contenant du cadre** proposé par le psychomotricien. Le cadre se constitue grâce à la relation établie entre les deux partenaires, par l'objectif de travail fixé, par les consignes et conditions de l'exercice. Ces dernières sont alors fortement modulées pour diriger le patient. Le psychomotricien a pensé l'espace, le temps, les repères, les risques, les fonctions cognitives activées avant de proposer son jeu.

Sachant que l'attention est un paramètre de la conscience, **les conditions de l'exercice sont établies de sorte à soutenir l'attention de la personne, afin que cela lui permette de s'organiser corporellement dans l'espace de l'exercice.**

C'est comme si le patient avait des gardes-fous pour s'entraîner, mais il ne peut s'en passer dans une situation inattendue du quotidien. La situation n'est plus codifiée, il se retrouve donc à 'gérer' plusieurs paramètres en même temps en étant plus autonome.

J'ai pu remarquer cette altération de la performance due à la spontanéité de la situation durant une séance avec Mr L. On travaillait sur l'orientation dans l'espace via le fait de s'asseoir sur des chaises différentes et placées dans diverses orientations. Préalablement, la psychomotricienne lui avait ré-expliqué la procédure pour s'asseoir sans danger en ajustant son déambulateur. L'exercice était sous forme du jeu de la chaise musicale : je me déplaçais puis Mr L. prenais ma chaise libérée et enfin la psychomotricienne s'asseyait sur la chaise occupée juste avant par le patient. Durant le jeu, Mr L. oriente parfaitement son déambulateur et son corps, quelle que soit la position de la chaise, en privilégiant la sûreté avec le regard et le contact à la chaise.

En fin de séance, il nous dit que ce nouveau déambulateur est mieux que l'ancien parce qu'il sert aussi de siège et la professionnelle en profite pour lui demander une démonstration. Alors Mr L. n'a pas du tout réitéré la procédure utilisée durant le jeu: il s'est pris les pieds dans les roues gauches de son déambulateur qui était fixe et s'est assis sans le contrôle sécuritaire habituel. Il n'est pas tombé mais cette situation était plus à risque, il y avait moins d'exploration spatiale, alors qu'il maîtrisait la position assise complexe 5 minutes auparavant.

Cela montre que Mr L. a bien compris la manière de s'asseoir dans le cadre de l'exercice, mais lorsque qu'il est en situation d'autonomie, il a davantage de difficulté à mobiliser son corps dans l'espace. L'attention spatiale à gauche est tronquée, ce qui perturbe la réalisation de l'action.

L'adaptation via l'assimilation et l'accommodation est plus compliquée pour les personnes avec NSU, ce qui est fondamentalement relié aux cognitions altérées sur les représentations corporelles de la personne.

2. Le schéma corporel et l'image du corps

Schéma corporel et image du corps sont deux concepts façonnant les représentations du corps. Ils sont à la fois intrinsèquement liés et différents sur plusieurs aspects. Nous ne réfléchissons pas à ces concepts dans notre quotidien mais nous vivons des expériences qui viennent perpétuellement enrichir notre vécu et nos représentations du corps inconsciemment, tout au long de la vie.

En psychomotricité nous sommes sensibles à la relation entre ces deux concepts, à leur (dé)construction et à leur expression au travers de l'observation de la personne parce qu'ils sont les pierres angulaires de la façon dont la personne entre en relation avec le monde.

1) Schéma corporel (SC)

L'expression « schéma corporel » est apporté en premier par le neurologue et psychiatre Pierre Bonnier, pour essayer de retranscrire l'importance du « sens de l'attitude ». C'est-à-dire la **représentation dynamique de notre corps dans l'espace** durant les situations quotidiennes. Avec ce concept de schéma, Bonnier lie la notion de topographie du corps et la psyché qui colore notre rapport au corps puisque les attitudes sont influencées par nos émotions.

Henry Head a ensuite repris le concept, en soulignant l'existence d'un « standard postural » constamment actualisé avec les nouvelles perceptions. Il a construit notamment le test de Head (cf bilan de Mme D.) sur la topographie et la réversibilité mentale qui permet d'avoir un aperçu de la représentation du corps de la personne. (Morin, 2013b)

Le père de la psychomotricité, celui qui a réussi à nouer psychanalyse, sensorimotricité et neuroscience, Julian de Ajuriguerra donne cette définition du schéma corporel (SC), regroupant de manière assez globale tous les aspects du concept : *“ Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment*

remaniée des données actuelles et du passé la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ”. (Ajuriaguerra, 1974, p.52)

Cette définition entre en résonance avec la boucle sensation-perception-représentation puisqu'elle fait état des différentes sensations à la fois externes et internes comme fondation du schéma corporel, celui-ci est la représentation donnant du sens aux perceptions. Les sensations internes kinesthésiques et labyrinthiques sont la majeure partie du temps inconscientes, cependant on peut les percevoir par le biais de techniques psychocorporelles tel que l'eutonnie avec une attention accrue vers nous même.

Ajuriaguerra souligne l'importance du **caractère dynamique des représentations du corps** : le schéma corporel n'est pas figé, il se modifie au gré des expériences de la vie, et ce qui a été mis en place à un moment donné n'est pas effacé par la nouveauté, mais se transforme à son contact.

Le **corps est éminemment intégré dans un espace** de par son volume, son ouverture sur l'environnement, les repères spatiaux topologiques offerts, par les distances qu'il peut parcourir et les actions disponibles. Le **corps est également ancré dans le temps**, il vieillit, les cellules ont un cycle de fonctionnement immuable, il est régi par les rythmes nycthémeraux.

Ce corps est générique, il nous rattache à l'espèce humaine : le **SC est une représentation universelle**.

Une autre définition du SC est donnée par J-M Albaret, directeur de l' Institut de Formation de Psychomotricité de Toulouse: il notifie que le schéma corporel est avant tout un système de localisation inconscient : “Le schéma corporel correspond à un ensemble de représentations pour l'action et répond donc à la fameuse question “Où?” mais aussi à la question “Comment?”. Il fournit les informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps qui détermine ce qu'on appelle aussi le référentiel égocentrique. Il intervient donc pour la locomotion et la préhension. [...] Ce système opère en dehors de toute conscience du sujet et nous permet de réaliser les actions de notre vie quotidienne. ” (**Albaret et al., 2011, p.216**)

Cette définition est axée sur la notion utilitaire à des fins d'action motrice, de déplacements ou de gestes volontaires. Le **schéma corporel est mobilisé lors de l'action**, parce qu'il est nécessaire de connaître notre point de départ pour programmer notre point d'arrivée. Une action est composée de plusieurs étapes parmi lesquelles figure le rétrocontrôle, c'est-à-dire vérifier que l'action en cours ou réalisée est conforme aux attentes et au programme moteur choisi. Pour cela on a une représentation de ce que notre corps doit mettre en place pour atteindre le but. Ensuite, des centres de contrôles situés dans le cervelet contrôle l'adéquation des informations transmises par les capteurs sensoriels

vestibulaires, kinesthésiques, visuels et des données codées dans le programme mis en œuvre. C'est pourquoi le concept de schéma corporel est essentiel lors de l'action.

Les auteurs sont partagés sur le niveau de conscience du SC, pour certains c'est inconscient tandis que d'autres le disent plutôt conscient. Catherine Morin spécifie que ce sont les parties du corps visibles qui sont regroupées sous le terme de SC. Les organes internes ne sont pas évoqués lorsque l'on demande un dessin du bonhomme par exemple. Ce détail soutient, à mon avis, le rôle unificateur du SC dans l'espèce humaine.

Les trois piliers fondamentaux du SC sont le repérage dans l'espace, le langage et la proprioception, c'est pourquoi il est très rare d'avoir une absence complète de schéma corporel après un AVC.

En effet, si l'un de ces piliers est affecté par la lésion, les deux autres continueront d'être efficaces, ce qui explique pourquoi les difficultés liées à la modifications du SC ne s'observent que dans certaines situations spécifiques à chacun, faisant varier l'organisation du corps.

On peut faire le lien par exemple avec le bilan réalisé avec Mme D. avec des suspicions d'héminégligence : *Mme D., a de bonnes somatognosies sur elle-même et sur autrui. Cependant, elle oublie de montrer les parties gauches de son visage. Pourtant lors du 2ème rendez-vous, elle est apprêtée et maquillée de crayon sous les deux yeux.* Cela montre bien la fluctuation de la disponibilité du schéma corporel chez cette patiente. Le langage n'est pas lésé puisqu'elle peut nommer les parties du corps, la proprioception non plus puisqu'elle a pu tracer son maquillage. Par ailleurs on souligne le fait qu'elle se voit dans le miroir pour se maquiller, contrairement à la situation de test où la vue n'est pas sollicitée. C'est l'accès à la représentation qui est parfois bloqué car elle n'a pas pu montrer son œil gauche sur demande.

2) Image du corps (IC)

L'image du corps est un concept plutôt psychanalytique, les auteurs s'accordent à dire que c'est un phénomène inconscient et subjectif, en lien avec l'histoire du sujet. Notamment, Madame Dolto explicite la notion comme suit : *"L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. C'est grâce à notre image du corps portée par - et croisée à - notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente.. L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une*

image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions. ” Cette citation est issue du cours de Monsieur Rasal ¹

A travers ces mots, l'**image du corps** est définie en termes **d'affects et de pulsions inconscientes** que nous entretenons avec notre corps, elle ne nous est donc **pas directement accessible**. Mais elle peut se lire entre les lignes par le **biais de médiations** telles que le dessin ou la sculpture. L'image du corps est à la frontière entre la psychanalyse et la neuropsychologie, en s'appuyant à la fois sur la corporéité matérielle du corps et sur le psychisme de la personne : elle est éminemment **subjective**. Par ailleurs, l'IC est définie par le contexte dans lequel le sujet évolue, nourrie par le milieu culturel, l'éducation donnée, les relations que la personne entretient....

Barrou et Sarraf (Barrou & Sarraf, 2014) synthétisent l'inter-relation entre le schéma corporel et l'image du corps par ces mots, qui seraient ceux à retenir pour ces concepts complexes :

Schéma Corporel

Sentir, intégrer

Physique, sensation, motricité, cognition

Comment je sens mon corps

Image Corporelle

Percevoir

Émotion, relation, expérience de l'altérité

Comment je vis mon corps

Répondre aux questions « Comment je sens mon corps ? » et « Comment je vis mon corps ? » est une perspective purement psychomotricienne, se retrouvant dans toutes les cliniques du nouveau-né à la personne âgée en passant par le handicap moteur, psychique ou mental. Cela prend tout son sens avec des personnes avec une héminégligence corporelle ou spatiale. Le psychomotricien intervient alors auprès de ces personnes pour les aider à se reconnecter à leurs affects, et à leurs sensations pour réduire la négligence corporelle.

Les **représentations corporelles** – schéma corporel et image du corps – fournissent une idée du corps que l'on habite. C'est à la fois **ce qui nous relie à l'espèce humaine et ce qui nous différencie de notre environnement et de nos pairs**. Ces représentations sont des **ressources** qui soutiennent le sentiment de continuité d'être soi, c'est-à-dire que l'on reste unique de notre naissance à notre mort, malgré les changements en cours de vie. Elles nous apportent des outils pour nous adapter aux

1 Provenant de différents paragraphes de Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps* (Seuil éd.). SEUIL.

différentes situations, donc si l'une des deux est impactée cela peut avoir des répercussions psychiques et adaptatives importantes.

3) Les ressources découlant des représentations corporelles

Le corps est la base première sur laquelle se forme toutes les autres **ressources psychiques et cognitives**. Les sensations internes et externes nourrissent le schéma spatial corporel. Il découle de cette perception, l'opportunité d'utiliser son corps comme **référentiel égocentrique spatial**.

Dans le développement psychomoteur du tout-petit déjà, le redressement de la position recroquevillée fœtale à la verticalisation de la marche va dérouler une orientation dans l'espace par rapport aux points cardinaux décrite par André Bullinger selon les espaces investis : oral, buste, torse et corps. La **dynamique d'investissement et de redressement du corps va créer l'axe corporel soutenant la posture, mais également l'émotionnel et le relationnel de la personne en devenir**.

En clinique, les personnes souffrant d'héminégligence ne perdent pas la notion de droite-gauche, cependant leur gauche tient davantage du centre ou leur perception de la gauche n'est pas aussi élargie que la réalité.

C'est pourquoi il est utile de venir ré-afférenter la représentation corporelle gauche si celle-ci fait défaut. Effectivement, beaucoup d'auteurs psychomotriciens pensent que la **cognition passe avant tout par le corps**, donc la représentation de l'espace gauche extracorporel se maintiendra dans la durée si on sollicite le corps en parallèle de la cognition.

D'autre part, les représentations corporelles influencent la confiance que nous avons en nous-même. La valence des affects inconscients émis envers le corps va conditionner l'**estime de soi** : des émotions négatives envers son corps vont diminuer l'estime de soi, et inversement pour les affects positifs. En travaillant avec le corps, le psychomotricien aide le patient à retrouver de affects positifs envers son corps, donc une meilleure **confiance en soi** qui se répercute l'engagement actif du patient dans la rééducation.

De plus, vivre et se représenter son corps rend possible l'accès à l'**imaginaire**. L'imaginaire se compose de toutes les pensées alternatives au réel de la situation, notamment à propos du corps tout ce que l'on aimerait changer ou améliorer.

Imaginer impulse une dynamique d'action, soit pour changer les choses, soit pour s'évader d'une problématique. C'est en cela qu'imaginer stimule la créativité, la créativité est difficile quant on est exclusivement dans le réel sans avoir de réflexion. Dans le cadre du handicap, la créativité offre la

possibilité de s'adapter à la nouvelle condition, de trouver des appuis différents pour contourner la difficulté présente.

Ensuite la **créativité** stimule les interactions sociales puisqu'elle permet par exemple de raconter une histoire pour la partager à autrui en faisant varier l'intensité émotionnelle.

On voit ici que le corps est un support au développement de compétences psychiques, cognitive et motrice. De fait, toutes les atteintes après une lésion cérébrale a fortiori une héminégligence, ont des répercussions en cascades.

Le rôle du psychomotricien auprès des patients avec NSU est de mettre en mouvement le corps afin de retracer toutes les briques-ressources du sensorimoteur jusqu'aux cognitions supérieures de traitement de l'espace, jusqu'aux compétences émotionnelles et relationnelles.

C) Prise en charge psychomotrice

Il y a autant de pratiques psychomotrices que de psychomotriciens. Cependant, nous avons les mêmes piliers de la théorie psychomotrice, à savoir le tonus, l'espace et le temps, le relationnel...

De part son intérêt pour les interactions entre le corps et la psyché, la psychomotricité possède des avantages à être mise en place précocement dans le parcours de soin d'une personne avec un vécu d'accident traumatique.

La psychomotricité est une profession paramédicale au carrefour avec la psychologie, avec une prise en charge basée sur un raisonnement scientifique.

Le psychomotricien rencontre son patient une ou plusieurs fois pour établir un **constat** : sous forme de bilans normés, d'observations cliniques ou de recueils des plaintes. A partir de ce constat, le thérapeute entame une **réflexion** basée sur ses connaissances théoriques et cliniques afin de fixer des **axes de prise en charge**. Dans le cadre de la population adulte avec NSU en SSR, l'**objectif** est discuté avec le patient en accord avec ses volontés prioritaires : l'objectif de départ est modeste et réaliste, afin de le faire évoluer pendant la rééducation. Enfin, le praticien met en place des **expériences centrées sur le corps en mouvement, sur le corps en relation**. Il s'adapte par la suite aux modalités qui ont le plus de sens pour le patient, par rapport aux progrès et aux difficultés rencontrées.

Auprès de patients héminégligents avec anosognosie, plusieurs axes de travail seront à développer dans le but d'une prise de conscience du trouble, pour qu'ils trouvent ensuite des solutions adaptées aux contraintes de leur pathologie. Nous allons évoquer ici la réappropriation du corps après un AVC, l'impact du tonus et de la proprioception sur l'axe corporel, un abord de l'espace par le mouvement et enfin la place de la subjectivité dans le trouble.

1. Ré-investir son corps, une démarche physique et psychique

Après un AVC, les personnes ont été traumatisées dans leur système nerveux central avec des répercussions fonctionnelles potentiellement dans l'intégralité de leur corps provoquant des handicaps. Elles font face à un **corps en partie inconnu et déficitaire**, ce corps est **perçu comme dysfonctionnel, insécure**. Elles doivent progressivement le ré-investir parce que c'est un corps qui a « failli » à sa mission de les porter dans le monde.

Par sa qualité de savoir-être et de savoir-faire, le psychomotricien a les compétences pour créer un **cadre d'expérimentation sécuritaire**. Cet espace de confiance et le soignant qui le porte sont une base solide pour que le patient puisse se redécouvrir et trouver de nouvelles manières d'investir son corps. On souhaite lui montrer que ce corps est encore capable de plusieurs petites choses et que d'autres compétences nécessitent un peu d'entraînement pour se redéployer.

La thérapie psychomotrice va s'orienter autour d'un **nouvel investissement du corps** : comment habiter son corps, l'investir, le redécouvrir et de quelle façon l'engager dans des mouvements, dans la relation... S'approprier ou se ré-approprier son corps suit plusieurs étapes en parallèle de celles du développement normal afin d'intégrer les nouveautés dues au handicap.

Parfois cela passe par essayer de réduire au maximum les impacts de la lésion pour récupérer l'autonomie, parfois cela consiste à trouver une nouvelle manière de vivre avec ce corps et ces cognitions.

Le corps est le support de la construction du psychisme donc il ne suffit pas de réparer la fonction déficitaire, il convient également d'accompagner les changements psychologiques que cela amène.

En ce sens, on peut également faire un **parallèle avec le développement psychomoteur de l'enfant**.

Dans le développement du tout-petit, la sensorimotricité vécue devient le support de la pensée du sujet en devenir. C'est par le corps que se construisent les capacités sociales, c'est par le corps que le bébé se repère. C'est donc en suivant les étapes clefs du développement que l'on peut accompagner la personne ayant subi un AVC à retrouver le plaisir d'habiter et d'utiliser son propre corps.

Dans le développement psychomoteur, le bébé passe à travers différentes étapes d'intégration de son corps. En premier lieu, les accordages toniques et émotionnels avec la mère sont un véritable **dialogue tonico-émotionnel** décrit par Wallon, et permettent au bébé d'avoir un feedback sur les modulations mutuelles entre les deux corps. Le tonus est le vecteur de la première forme de communication

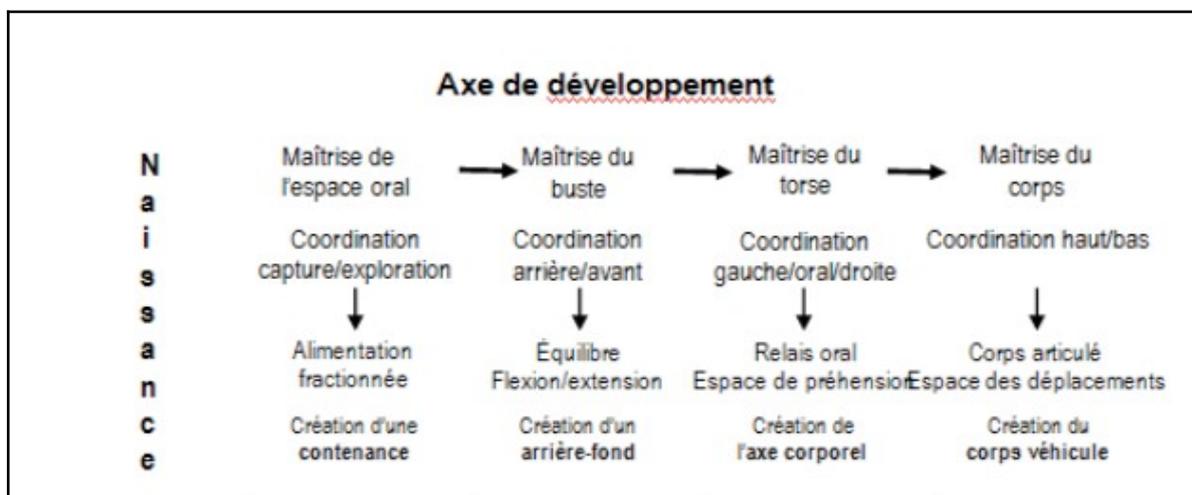
réci-proque entre deux humains, en sa qualité de toile de fond des émotions. Nous voyons donc l'importance d'une bonne **régulation du tonus** dans le bon fonctionnement du sujet.

Au début de sa vie extra-utérine, le bébé se sent et se croit encore fusionné avec sa mère avec laquelle il communique par le tonus. Par la suite, il y a tout un processus d'individuation qui a lieu pour opérer la séparation entre la mère et son enfant : l'individuation va être un tremplin d'exploration de l'environnement car le tonus servira davantage à l'instrumentalisation du corps qu'à la communication.

Par conséquent, la régulation du tonus étant une base fondamentale dans le développement normal, cela prend une part importante dans la rééducation psychomotrice du sujet. Un **défaul de régulation tonique limitera les possibilités de la personne** dans ses progrès et demandera une grande quantité d'énergie pour pallier à ce déficit. Le tonus a un rôle dans la sphère relationnelle, la sphère posturale et la sphère motrice toutes trois impactées par l'héminégligence.

Concomita-mment au processus d'individuation, le bébé fait l'**expérience de l'espace lors de ses mouvements de redressement et de repoussés des surfaces**. Comme nous l'avons vu dans la partie des ressources découlant des représentations corporelles : Bullinger décrit le développement du bébé selon un axe corporel visant la verticalisation et l'organisation du corps entre plusieurs polarités.

Ceci est synthétisé dans le schéma suivant de la publication de A. Kloeckner (Kloeckner, 2011) :



L'héminégligence n'est pas un trouble psychomoteur développemental car les patients sont adultes et matures au niveau psychomoteur, c'est un trouble acquis après une détresse cérébrale. Les patients héminégligents post-AVC sont déjà passés par cet investissement corporel de l'espace. Ils peuvent mobiliser leurs segments corporels, situer les repères topographiques... Donc l'espace a été construit

avec succès en partant du corps jusqu'à la représentation symbolique de l'espace en terme de distance métrique par exemple.

La difficulté pour ces patients se trouve dans le fait de faire confiance et de ressentir à nouveau à ce corps pour se repérer dans l'espace puisque l'analyse cognitive est déficiente. Il est donc intéressant de **remobiliser le corps dans tous ces espaces afin de se rapprocher d'informations spatiales fiables**. Le corps est la première source d'informations pour reconstruire les connaissances cognitives atteintes.

Les patients héminégligents que j'ai côtoyé se rendent compte des déficits moteurs dont ils sont atteints mais ils ne s'adaptent pas à la nouvelle occupation de l'espace engendré par leur trouble. Le psychomotricien doit donc intervenir sur deux tableaux qui peuvent sembler antithétiques : **la réassurance et la récupération des capacités corporelles d'un côté, et de l'autre la prise de conscience du trouble de la négligence spatiale**.

C'est pourquoi nous allons à présent argumenter sur des pistes d'axes de travail qui interviennent sur la récupération et sur la prise de conscience du trouble. Toutes les séances ne servent pas toujours un objectif double, néanmoins elles y participent.

2. Axe corporel : le rôle du tonus et de la proprioception

Au sein de l'équipe soignante, l'apport de la psychomotricité permet de lire plus finement la NSU via son impact sur le corps. Effectivement, le psychomotricien s'attache à regarder la manière dont le tonus est recruté et les répercussions sur la locomotion, la posture, la respiration et la qualité de mouvement.

Le recrutement tonique s'inscrit dans une organisation définie du corps, toujours imparfaitement symétrique autour d'un axe central. La notion d'un centre suppose l'existence d'une droite et d'une gauche, or dans la NSU la gauche étant réduite voire abolie, il y a des **conséquences sur le positionnement 'central' de l'axe du corps**.

Le signe clinique le plus frappant quand je regarde des échantillons de vidéos de patients héminégligents en post-AVC aigu est la posture typique qu'ils adoptent. Il y a une **déviaton de la tête et des yeux vers le côté ipsilésionnel** à l'instar d'un aimant attiré par du fer. Cette déviaton posturale a été confirmée maintes fois par la littérature, avec la mention qu'elle régresse généralement selon la diminution de la sévérité de la négligence. Du point de vue psychomoteur, cela nous interpelle sur une possible modification de l'axe corporel à terme si la déviaton demeure marquée.

L'**axe corporel** est d'une part la structure de la **colonne vertébrale** verticalisant le petit être humain, cette verticalisation favorisant au passage un abord de l'environnement plutôt ouvert à la réception de stimulus latéraux et frontaux. D'autre part, une **représentation symbolique de l'espace, de l'orientation et un sentiment de stabilité** se construisent sur cette base anatomique.

La déviation forte de la tête et des yeux entraîne une torsion de la colonne vertébrale au niveau cervical et thoracique vers la droite décalant le champ visuel vers la droite. La modification induite oriente le patient vers l'environnement sur sa droite ce qui ne l'aide pas à explorer et prendre conscience de l'espace gauche.

Symboliquement l'axe vertébral ne sépare plus de manière égale les deux hémicorps puisqu'il y a une préférence posturale inconsciente. De plus, la relation à l'autre se fera avec un biais car le patient se placera à côté de son interlocuteur et non en face pour l'avoir dans son champ de vision et dans son axe : les codes sociaux sont modifiés.

La **modulation du tonus est perturbée** chez ces patients avec une négligence corporelle. En effet, la partie gauche étant moins ou pas considérée par la conscience, le corps va plutôt s'appuyer sur le côté droit pour maintenir la verticalité. Ceci entraînant donc une **hyper-tonicité musculaire à droite tandis que le contrôle tonique du côté gauche est plus faible**.

Le **tonus est la tension musculaire maintenue par les muscles** même au repos (tonus de fond), cela sert à mettre en forme le corps (tonus postural) et il peut être augmenté lorsque nous effectuons un mouvement (tonus d'action). La régulation de ces trois tonus – par les muscles des chaînes musculaires antérieures et postérieures – donnent l'opportunité d'avoir un **équilibre satisfaisant et opérationnel ainsi qu'une motricité fluide et adaptée**.

La régulation du tonus se fait selon deux modes : automatique et inconscient pour le tonus de fond, volontaire et conscient pour le tonus d'action. Le **tonus postural** se régule de manière mixte automatique et volontaire selon les circonstances.

Le **tonus d'action** est ce qui prépare le muscle à délivrer la force musculaire nécessaire pour déplacer le segment corporel à la distance souhaitée contre la résistance opposée. C'est la phase de préparation à l'action, sans elle l'action ne sera pas optimale.

Par exemple, durant la marche qui est une action volontaire, le tonus est recruté volontairement pour initier le mouvement (ensuite le maintien de la marche est automatique). C'est pourquoi chez un patient hémiparétique dont la conscience du côté gauche est minimale, le membre inférieur gauche est moins tonique par l'absence de recrutement tonique volontaire. Cela induit une transmission moindre

de l'appui plantaire gauche au bassin, il y a alors un **déséquilibre dans les appuis**. Il apparaît une **modification de la répartition du poids du corps et par conséquent du centre de gravité favorisant les chutes**.

1) Utilisation de l'environnement pour soutenir la ré-équilibration du tonus

Cette régulation du tonus est aussi active lors de l'utilisation d'un escalier. S'il y a un déficit tonique asymétrique dans les jambes, la rampe permet d'apporter un support au membre supérieur pour soutenir le franchissement des marches par la jambe gauche. A cause de la NSU, il est nécessaire de placer des rampes de chaque côté de l'escalier afin qu'elle soit visible du côté droit à la montée comme à la descente.

Avec l'absence ou la difficulté de conscience de la moitié gauche du corps, la NSU pose le souci d'un équilibre de la balance de tonus entre les deux côtés du corps. Un **ajustement tonique non optimal fatigue** davantage la personne et réduit ses possibilités d'adaptation aux obstacles.

Lors d'une séance d'ergothérapie Mr L. était debout, avec à sa droite un table sur laquelle se trouvait des cubes en bois, et à deux mètres devant lui il y avait un cible sur le sol. Il devait lancer les cubes avec sa main gauche parétique sur la cible. Mr L a un axe corporel construit qu'il investit, puisqu'il a pu effectuer des rotations de colonne vertébrale pour ensuite prendre les cubes à droite avec sa main opposée et revenir dans l'axe pour viser. Outre l'ataxie liée à sa parésie, ce patient a eu de la difficulté à gérer sa force musculaire pour viser et il était plutôt lent à réaliser la tâche, la difficulté était donc plutôt au niveau de la régulation tonique.

J'ai pu relever que Mr L. a très rapidement appuyé sa hanche droite sur la table, déléguant ainsi son poids du corps au mobilier. J'ai relié ce comportement à la présence d'une différence de tonus en jeu entre les hémicorps gauche et droit. Lors d'une tâche ou en station debout cette différence tonique peut fatiguer ce monsieur. Ici, il a trouvé une stratégie de compensation efficiente pour continuer la tâche sans se mettre en danger.

Comme Mr L. dans cette vignette, les patients se servent parfois du mobilier de manière spontanée, pour soutenir le déséquilibre du tonus. D'autres fois, il est utile de placer des marqueurs de type visuel supplémentaires dans l'espace pour rétablir l'équilibre, car **porter l'attention vers un stimulus provoque un recrutement tonique d'alerte et une orientation dans sa direction** (Cf paragraphe sur le traitement des flux sensoriels de Bullinger). Les méthodes top-down sont utiles pour l'exploration

de l'espace, mais peuvent être utilisées également pour stimuler le recrutement tonique par l'attention portée à la zone de destination.

Lorsque Mme H. se place debout sur une plateforme avec une haute marche nous faisons attention à sécuriser la montée et la descente. Les kinésithérapeutes citent l'adage « on monte au paradis et on descend en enfer » signifiant qu'il faut monter avec la jambe saine en premier mais descendre d'abord avec la jambe la plus faible. Lors de la descente Mme H. utilise donc d'abord sa jambe gauche, et je remarque un grand fauchage de cette jambe vers le centre, risquant ainsi de faire un croche-pied à son autre jambe. Le tonus et la force musculaire de la jambe gauche n'étant pas assez solides et repartis uniformément, ce sont les adducteurs qui attirent le membre vers la partie droite du corps. Pour cela, la psychomotricienne a mis en place des repères au sol que la patiente doit viser pour placer sa jambe suffisamment à gauche. Ces repères visuels ont contribué à réduire le fauchage, néanmoins le contre poids physique appliqué sur la jambe gauche par la professionnelle est encore nécessaire pour assurer la descente de manière sécuritaire.

Le patient peut se rendre compte des conséquences de sa négligence sans pouvoir l'expliquer. Le corps est ainsi vécu comme n'étant plus suffisamment fiable car les repères ne concordent plus. C'est pourquoi la démonstration frontale uniquement des échecs peut vraiment déstabiliser le sujet. Par contre, on peut amener plus doucement le patient à prendre conscience qu'une partie du corps ou de l'espace fonctionne relativement bien, tandis que la deuxième est plus en difficulté.

2) Utilisation d'une plateforme de proprioception, méthode du feedback extrinsèque

Les deux patients que j'ai rencontré bénéficiaient de séances sur une plateforme de proprioception. Comme précédemment décrit, la plateforme de proprioception a des marquages pour l'emplacement des pieds, et selon le poids imprimé sur les marquages, la machine calcule où se trouve le centre de gravité en le matérialisant en un cercle sur l'écran. Le but premier de l'exercice est de placer ce cercle sur une cible indiquée par la machine en déplaçant son centre de gravité et son poids du corps afin de stimuler la proprioception du transfert d'appuis. La cible pouvant être mouvante ou statique.

Cette plateforme peut être utilisée par les différentes professions de la rééducation. Selon la manière de l'utiliser et l'intention derrière, c'est un outil qui sert plusieurs buts.

La plateforme peut être un **moyen d'évaluer les capacités d'une personne à l'instant T**. Ainsi cela participe à l'évaluation initiale et aux évaluations de progression du patient après les séances de psychomotricité. Ces séances seront alors orientées autour de la mise en mouvement du corps, en

expérimentant le processus depuis l'intention de mouvement, jusqu'aux changements de perception établis à la fin du mouvement.

Les séances mettent en jeu un ré-apprentissage de la répartition du poids du corps, une expérience des appuis plantaires sur le sol, et également un jeu sur l'équilibre du corps. Ainsi, le psychomotricien accentue la transposition des sensations entre les deux hémicorps avec la mise en sens de ce qui s'y joue, à la différence du kinésithérapeute qui va s'occuper de la performance et la précision du mouvement. Le fait que le patient puisse voir sa progression sur la machine permet de l'encourager à continuer le travail réalisé en séance de psychomotricité, tout en valorisant son estime de soi.

D'autre part, cette plateforme peut-être **utilisée à l'intérieur des séances de psychomotricité** soit pour effectivement **travailler le transfert d'appui**, soit comme moyen de **prise de conscience de la négligence corporelle**.

En effet, grâce au feedback visuel donné par la machine, le patient s'aperçoit qu'il a plus de difficulté à déplacer le cercle sur la cible vers la gauche de l'écran. Ce retour informatif est symbolique, c'est ensuite à la psychomotricienne d'aider le patient à faire le lien avec ses sensations corporelles pour mobiliser son corps adéquatement vers la gauche. Ici, l'objectif derrière l'exercice sur la machine est que le patient se rende compte qu'il y a un empêchement fonctionnel quand il s'agit de l'espace gauche et de réfléchir ensemble sur la manière de s'adapter à cela.

3) Stimulations tactile et visuelle pour attirer l'attention sur l'hémicorps négligé

Debout sur la plateforme, Mme H. a une posture particulière. Elle utilise uniquement son œil droit pour regarder l'écran entraînant une torsion de la colonne vertébrale vers la gauche, ce qui se remarque par la légère déviation de son buste. Elle se maintient appuyée avec son bras droit et son bassin est asymétrique parce que la majorité du poids de son corps penche du côté droit.

Lors des exercices, quand il faut amener le poids du corps sur la gauche, Mme H. réalise une torsion du buste et pousse le côté droit du buste vers l'avant-gauche sans déplacer ses hanches. C'est le côté droit qui « pousse » vers la gauche, et non pas l'hémicorps gauche qui « amène » vers la gauche. Elle voit sur l'écran qu'elle a du mal à atteindre la cible et maugrée « pourquoi ça ne marche pas ? » : ce qui marque l'anosognosie de sa NSU. Elle voit mais elle n'arrive pas à organiser son corps pour modifier le feedback sur l'écran, c'est-à-dire déplacer en partie son appui vers le pied gauche.

C'est un contact tactile de la psychomotricienne ou de moi-même au niveau de sa hanche gauche qui induit une poussée réactionnelle contre ce contact. Ce toucher extérieur permet de stimuler la proprioception en indiquant la partie du corps à engager ce qui entraîne un meilleur ajustement au niveau du transfert des appuis vers le pied gauche. Ce contact permet de lui signifier que c'est au

niveau de cette zone qu'il doit se passer quelque chose, cumulant ainsi deux canaux sensoriels différents à propos de l'espace gauche : le toucher et la vue.

On peut voir sur cette vignette clinique un **sur-investissement de l'hémicorps droit parallèlement à une sous-utilisation de l'hémicorps gauche**. Il est donc important de venir signifier la présence de l'hémicorps gauche, afin que Mme H. puisse se replacer dans son axe, c'est-à-dire que la projection de son centre de gravité revienne au centre de son polygone de sustentation. Le **contact tactile extérieur ramène l'attention de Mme H. sur l'hémicorps négligé et plus précisément vers son bassin**.

Le corps de la patiente réagit car il perçoit le contact, la procédure à suivre pour transférer le poids du corps a déjà été encodée durant le développement psychomoteur infantile, il suffit d'un dé clic attentionnel pour la déclencher.

On essaie de créer un lien qui ait du sens pour la patiente entre ses perceptions et sa représentation. **L'attention** étant un des facteurs de la conscience, il est primordial de la travailler. Ainsi, le contact sur sa hanche lui permet de porter attention à ses perceptions pour enclencher les **boucles de rétrocontrôle et corriger sa posture afin qu'elle cadre avec son intention**.

De plus lors de ce contact, la psychomotricienne et Mme H. engagent un **dialogue tonique** afin de s'ajuster l'une à l'autre, entre celle qui fait et celle qui aide à transférer les appuis.

Le feedback visuel à l'écran permet de pallier au déficit de conscience de l'étendue de l'espace gauche de Mme H. par rapport à la perception qu'elle en a dans son corps. Il faut ensuite diminuer de plus en plus le support visuel pour qu'elle n'en soit plus dépendante à terme pour réguler sa posture. La plateforme est ainsi utilisée dans un travail sur l'anosognosie de l'héminégligence, sur les perceptions proprioceptives de l'hémicorps gauche et sur l'axe corporel.

Sans étayage extérieur (contact tactile, mise en mot, élaboration de stratégie,...) cette patient atteinte de NSU pourrait expliquer le fait que « ça ne marche pas » à cause d'un dysfonctionnement de la plateforme, car elle n'a pas conscience de son trouble et de ses difficultés. C'est pour cela que c'est la **relation entre la soignante et sa patiente qui est thérapeutique, la plateforme est un outil et une médiation pour arriver à une fin au-delà de la réussite de l'exercice**.

Lors de ces séances sur la plateforme, l'action thérapeutique est de regarder ce qui dysfonctionne et de créer des solutions quelles soient réfléchies ou inconscientes. Les solutions proposées à Mme H. visent à revenir à l'origine de l'**orientation « vers quelque chose »** en passant par le corps. En effet lorsqu'un stimulus nous attire à lui, il y a d'abord une **asymétrie du corps** avant même d'esquisser le mouvement vers sa source. Cette asymétrie se joue à travers une **différence tonique, des appuis au**

sol différents dans les deux moitiés du corps signifiées par l'axe corporel. Et c'est dans la **continuité de ce déséquilibre que le mouvement s'amorce et vient terminer l'action d'orientation vers le stimulus**. Donc en psychomotricité nous proposons à cette patiente de percevoir davantage la modulation de ses sensations afin de s'appuyer sur celles-ci pour s'orienter à gauche de manière plus harmonieuse : c'est le déséquilibre vers la gauche qui doit être préalable, et non pas le côté droit qui « pousse » vers la gauche.

L'avantage de ce choix de séance est que tout ne repose pas sur la soignante, une **relation triangulaire patiente-plateforme-soignante** se met en place. Ainsi ce n'est pas une situation où la soignante est en position de puissance en indiquant le bien et le mal, la relation s'horizontalise en **renforçant l'alliance thérapeutique** des deux femmes pour résoudre les obstacles posés par la machine. Même si je suppose que les déductions mathématiques de la machine peuvent s'avérer parfois imprécises, le **feedback renvoyé est objectif** donc il est plus facilement accepté qu'une opinion subjective. Il est néanmoins intéressant de relever que cette patiente avait **besoin de réassurance verbale** de notre part lorsqu'elle réussissait.

On peut classer cette pratique parmi les méthodes de rééducations 'top-down' : on utilise des indications renforcées extérieures à l'individu pour soutenir ses capacités via une attention exacerbée. C'est un fonctionnement par essai-erreur où le feedback visuel renforce une perception proprioceptive.

Mme H. a beaucoup investi cette plateforme, j'ai pu constater des avancées d'une séance à l'autre montrant que les propositions de solutions faisaient sens pour elle. J'ai relevé durant le transfert de poids, que le mouvement 'd'aller vers la gauche' partait de plus en plus du bassin au lieu du buste. Ceci montre que la répétition de l'attention par contact vers sa hanche gauche commence à s'inscrire dans son corps. La répartition du poids du corps est davantage harmonieuse parce que Mme H. positionne ses jambes en fente avec plus de stabilité et moins d'oscillations du tronc.

Les demandes de réassurance verbale ont aussi nettement diminué, marquant plus de confiance dans sa capacité à répondre aux contraintes de la machine. Mais ceci peut également être dû à l'alliance thérapeutique autour de la plateforme qui se renforce. Malgré tout, je constate que **l'hémicorps droit reste très tonique par rapport à son homologue gauche, signe du maintien de la négligence corporelle**. Par ailleurs les cibles à gauche restent difficiles à atteindre pour elle, il y a encore un travail à faire sur la concordance des informations visuelles et proprioceptives ainsi que le transfert des appuis.

De plus, Mme H. ne perçoit toujours pas les changements de positions indiqué par le personnage à gauche de l'écran : ces séances n'ont pas réduit la négligence extracorporelle sur l'écran.

Ce travail autour des appuis et de la régulation à mobiliser pour rester en équilibre pourrait également se faire sans cette plateforme. La spécificité des psychomotriciens est de mettre en jeu leur propre corps dans la relation à l'autre. Ainsi, les perceptions proprioceptives gauches pourraient être abordées par des jeux en duos sur la **régulation tonique et la répartition du poids pour s'accorder à l'autre**. Autrui étant le miroir de soi-même, ce que la personne va sentir à travers le corps du thérapeute par les variations toniques va pouvoir faire écho ensuite à sa propre expérience.

Il faut des temps à deux où le psychomotricien « prête » son corps pour sentir les variations toniques puis des moments d'expérimentation où le patient seul va sentir par lui-même, tout en étant aiguillé par le regard et les commentaires du thérapeute. On insiste alors sur les similarités et différences entre l'appui entre les pieds droit et gauche. On met en valeur aussi la **différence de perception entre un repoussé actif du sol qui entraîne une verticalisation et une extension de la colonne vertébrale par rapport à un ancrage du poids du corps vers le sol qui amène une flexion de la colonne et un mouvement vers la terre**.

Pour le travail autour de l'axe corporel, il pourrait être pertinent de repartir des **changements de niveau et de position depuis le sol jusqu'à la station debout**. La mise en jeu de la colonne vertébrale par des mouvements de flexion, d'extension et de rotation, d'enroulement-déroulement vient solliciter la conscience d'avoir un axe solide et central dans le corps. Dans ce cadre là, la psychomotricienne veillera à proposer des changements de positions vers la droite puis vers la gauche afin de continuer à stimuler l'espace gauche.

Le dernier paragraphe fait une bonne transition pour la prochaine partie sur l'espace et le mouvement. Le corps existe dans un espace et un temps défini : avec le tonus adapté et le programme moteur correspondant, sa vocation est d'effectuer des mouvements dans ce référentiel spatio-temporel. Nous allons évoquer maintenant la prise en charge psychomotrice par l'intention de mouvement et le mouvement lui-même.

3. Travail sur l'espace et le mouvement

La rééducation post-AVC possède des points communs avec le développement du bébé. En effet, ces patients redécouvrent comment fonctionne leur corps depuis qu'il est traumatisé. Ces patients doivent reprendre certaines étapes pour reconstruire leurs repères, et cela passe par le mouvement puis le geste à l'origine de la satisfaction de beaucoup de fonctions.

Le **mouvement** est un déplacement d'un segment corporel, il est donc ancré dans un espace, une séquence temporelle et un corps. On le différencie du **geste** par le paramètre de l'**intentionnalité**

derrière le geste : le geste est une action volontaire qui combine plusieurs mouvements pour arriver à un but. C'est pourquoi la psychomotricité met en avant l'intention de l'action lors de la prise en charge car cela permet de préparer le corps à réaliser l'action.

1) L'intention stimulée par l'imagerie motrice

L'« **intention de faire** » amène à la recherche des **conditions nécessaires** pour réaliser le geste. Il est bien connu qu'il est plus simple d'avancer lorsque l'on sait où l'on va, il en va de même pour la motricité. Lorsque l'on a un but précisément déterminé, c'est plus facile d'organiser son corps pour atteindre ce but.

On peut relier cela aux techniques « d'implémentation de l'intention » du domaine de la psychologie. Ces techniques consistent à aider la personne à initier les comportements de changement sur la base de plans d'actions spécifiques. Elles se décomposent en trois étapes : anticiper les conditions dans lesquelles agir, déterminer les moyens disponibles ou les moyens à solliciter pour atteindre le but, et enfin imaginer des façons d'atteindre le but lorsqu'il y a un obstacle.

En psychomotricité, le fait de soutenir l'intention peut passer par l'**imagerie motrice** par exemple, décrite par C. Haquet dans son mémoire de psychomotricité.

L'imagerie motrice est le fait de s'imaginer soi-même en train de réaliser une action sans la réaliser physiquement.

Imaginer est la base première pour effectuer un mouvement : cela permet de développer l'intention de mouvement. La visualisation répétée d'un geste induit une activité corticale similaire à celle produite durant le mouvement réel. La répétition de ces représentations augmente la topographie de l'aire corticale des muscles concernés. **De ce fait sans réaliser aucun geste, le patient fournit aux fonctions cognitives les sensations proprioceptives du mouvement souhaité.** Le corps se prépare avec le catalogue de sensations proprioceptives et kinesthésiques connues du mouvement et le sujet évalue les coordonnées spatio-temporelles nécessaires. (Haquet, 2018)

Lors de la phase d'intention/imagination le patient visualise l'aspect mécanique du geste, en parallèle le praticien supporte la visualisation de son patient par la description des étapes du mouvement et les sensations généralement rapportées. Après avoir imaginé, il est indispensable que le patient fasse lui-même le mouvement, accompagné par les commentaires du psychomotricien. Le fait d'imaginer permet de réfléchir aux conditions de mise en œuvre du mouvement, recrutant ainsi le tonus et soutenant ainsi son exécution. D'ailleurs comme nous l'avons vu précédemment, il est intéressant de fractionner l'action pour la simplifier et d'augmenter la difficulté graduellement au cours des séances suivantes.

La NSU peut poser des obstacles à cette imagination par l'atteinte de la représentation de l'espace, aussi l'imagerie motrice n'est pas l'outil le plus adapté avec ces patients. Je suppose que l'on peut néanmoins l'adapter pour les patients avec une négligence corporelle gauche sans atteinte représentationnelle, en faisant notamment des imageries mentales sur le membre droit puis sur le membre gauche.

On réalise alors d'abord le mouvement à droite puis à gauche pour solliciter la symétrie du corps, donc ré-afférenter le schéma corporel. En application des théories attentionnelles, le fait d'alterner la partie en mouvement d'un hémicorps à l'autre permettrait de réduire le défaut d'engagement de l'attention pour l'espace gauche par le biais de l'action. **La sur-sollicitation de l'espace gauche n'est pas la clef de la ré-appropriation du corps, c'est l'alternance permanente entre droite et gauche qui va favoriser le ré-équilibre de l'attention spatiale.**

2) La thérapie par le mouvement

Les séances de psychomotricité sont également pertinentes par la **mise en mouvement du corps** dans l'espace. On vient stimuler la conscience du corps par les sensations et la perception de celles-ci. On vient re-crée le mouvement en prenant conscience de son déroulement depuis les programmes corticaux jusqu'à la réalisation du mouvement dans l'espace.

C'est à travers le corps que le patient expérimente les obstacles physiques ou la fluidité du mouvement. Il peut tenter de réitérer des actions « anciennes » provenant de sa vie d'avant l'AVC. Par conséquent il y a deux possibilités :

- soit la personne avait une activité motrice non optimale : dans ce cas, il est intéressant de ré-apprendre un mouvement issu du développement normal mais adapté aux contraintes physiques actuelles
- soit la personne avait déjà une bonne exécution motrice et dans ce cas on travaillera l'adaptation à sa nouvelle condition de NSU.

La ré-appropriation du corps par le mouvement se fait dans la lenteur pour laisser le temps de s'imprégner des perceptions corporelles afférentes. Parfois la lenteur est un apprentissage en soi parce que les patients veulent y arriver dans l'instantané. Mais **il ne s'agit pas tant ici de performance que de comprendre et de sentir ce qu'il se passe dans le corps.**

Nous l'avons vu, l'héminégligence perturbe la régulation tonique et l'orientation de la personne concernée. Axer la thérapie sur le mouvement constitue une option légitime pour travailler ces aspects.

Avec les patients NSU, les changements d'orientation par un mouvement global de la colonne vertébrale articulant les **trois sphères importantes de la tête, du thorax et du bassin** peut être un levier thérapeutique.

Les petits **mouvements d'antéversion et rétroversion du bassin** ont une grande influence sur la posture générale en terme d'ouverture et de fermeture. Faire prendre conscience au patient des répercussions d'un simple mouvement lui permet plus tard d'affiner sa posture dans une économie d'énergie. De plus travailler la posture permet de stimuler l'orientation vers les stimulus gauche puisque Paillard a décrit que ces deux actions sont conjointement régulées.

Les exercices intégrant des mouvements seront pensés pour faire intervenir les deux hémicorps, de manière alternée puis simultanée pour les **sensations du côté droit diffusent vers la côté gauche**. Le psychomotricien orientera son patient sur les sensations perçues des deux côtés, elles viennent soutenir la représentation mentale du mouvement et les représentations corporelles.

De plus, cela renforce l'équilibre entre les deux hémisphères cérébraux afin d'éviter la sur-utilisation compensatoire de l'hémisphère sain au détriment de l'autre. Plus les informations motrices et sensorielles transitent entre les hémisphères corticaux, plus la **plasticité neuronale** sera à l'œuvre.

Ces exercices solliciteront en parallèle **l'attention et la vigilance** à soi et à l'environnement dans lequel le mouvement souhaite être fait, en lien avec les phénomènes d'engagement-désengagement de l'attention décrit par Posner.

De plus, les propositions de mouvements seront aiguillées par le **développement psychomoteur** : elles suivront une direction **céphalo-caudale** (de la tête vers le bas du corps) et **proximo-distale** (du centre vers les extrémités des membres).

Par ailleurs, les séances peuvent débuter en condition simple depuis le sol ou le fauteuil du patient s'il ne souhaite pas s'allonger. Comme ceci le corps est stabilisé sans efforts supplémentaires pour laisser libre cours à la répartition tonique dans l'action, surtout pour les personnes dont la motricité est réduite.

Ensuite, on pourra proposer des séances avec des mouvements depuis la station debout, ce qui suivra la récupération musculaire stimulée avec les kinésithérapeutes.

Il est judicieux de commencer par des mouvements de **flexion-extension**, qui renvoient aux mouvements fondamentaux **d'enroulement/déroulement et à la fermeture/ouverture** vers l'entourage. Ils permettent de conserver ou d'initier une conception de l'axe corporel.

On continue par des mouvements d'**inclinaisons** qui soutiennent la perception des polarités symétriques droite/gauche. Enfin on accède aux **rotations et torsions** étant plus complexes dans les coordinations, et permettent d'entrer dans un espace tridimensionnel.

3) Proposition de médiation danse

Pratiquant la danse depuis plusieurs années en loisir, je peux imaginer également construire une **chorégraphie simple et adaptée** avec le patient. Travailler sur une chorégraphie permet de mobiliser la **cognition spatiale** de façon moins « scolaire » tout en étant **attentif à la manière de se mouvoir**. Pour être au plus près des possibilités des patients, il faut que je poursuive une formation avec une professeure de handidanse afin d'avoir davantage d'outils à ma disposition. Néanmoins avec mon expérience, utiliser la danse comme médiation avec les patients pour se réapproprier leur corps et l'espace me semble pertinent.

La proposition serait pour **un ou deux patients maximum** car les capacités motrices et la NSU seront très probablement différemment impactées chez ces deux personnes. Si la personne ne pouvait pas se lever de manière sécuritaire, les gestes dansés se focaliseront sur le haut du corps et les déplacements se feront avec le fauteuil. Ces séances commenceront par un **échauffement du corps** via la mobilisation des articulations et par l'éveil musculaire des membres et du tronc.

La danse sera composée d'un **enchaînement court de mouvements**, répété ensuite dans les diverses **orientations cardinales** de la salle. On sera face au miroir pour commencer, puis on effectuera un quart de tour face au mur d'à côté à chaque 'refrain' de la chorégraphie, ainsi le tour complet est achevé en quatre répétitions de l'enchaînement. Avec les patients atteints de NSU il sera intéressant d'**accompagner la personne à réaliser les quarts de tours progressivement vers la gauche**.

Les déplacements dans la salle complèteront les précédentes rotations dans le plan sagittal et frontal. Le comptage des pas à faire permettra d'**anticiper** ces déplacements, ce qui préparera au changement d'orientation dans l'espace. De plus, cela deviendra un entraînement supplémentaire à la prise en main du fauteuil ou du déambulateur.

La chorégraphie utilisera des **gestes d'amplitudes variées** : au niveau psychique c'est un **support pour appréhender le volume pris par le corps dans l'espace**. Je m'appuierai sur les rencontres avec les patients pour m'adapter à leur zone d'apprentissage optimale puis augmenter graduellement la difficulté. Dans l'ordre de difficulté, les deux bras seront mis en mouvement d'abord en simultané puis en alterné. La force motrice ne sera pas un obstacle parce que je pourrai aider la personne à mobiliser le membre paralysé.

L'**axe corporel** sera aussi mis en jeu à travers des **inclinaisons et des rotations** de la colonne vertébrale. Ces mouvements stimuleront la mobilité de la colonne par le recrutement des **muscles axiaux profonds nécessaires au maintien de la posture dans la durée**.

Par ailleurs, ce projet de danse adaptée donnera au patient la **fierté** de mener à nouveau un projet de bout en bout et une **confiance renouvelée** dans son corps pour les activités physiques. On ne visera pas l'esthétique d'un spectacle mais le **plaisir** simple d'utiliser son corps en harmonie dans l'espace et le repérage spatial.

Comme mentionné dans les précédents paragraphes, le corps dans l'espace tient une place fondamentale dans la pratique psychomotrice tant pour le thérapeute que pour les patients post-AVC. Toutefois, l'aspect psychologique n'est pas à négliger. Le psychomotricien a un rôle de **réceptacle des angoisses, des affects** de ses patients pour les aider à les sublimer. Le psychomotricien donne une **place au corps mais également une place à la subjectivité** de la personne. Pour cela, les mots complètent bien l'accordage tonico-émotionnel à travers un échange thérapeutique.

4. Subjectivité : de l'importance des mots

Le psychomotricien construit une **relation thérapeutique** avec son patient qui va permettre ensuite à l'alliance thérapeutique de se mettre en place. Cette alliance peut se définir comme un accord tacite entre les deux partenaires qui prennent une part active dans le soin. Le thérapeute déploie une **qualité d'écoute** et un **cadre** avec une absence de jugement afin de sécuriser son interlocuteur. Ce contexte crée un lieu de **confiance** où certains patients viendront confier à demi-mots les angoisses qui les font souffrir.

Les séances de psychomotricité offrent ainsi un **lieu d'échange** à la fois verbal et non-verbal. La relation s'entretient à deux et chacun y trouve sa place. Le patient se sent reconnu et écouté, et prend appui sur le psychomotricien comme repère dans l'institution. De son côté le psychomotricien se nourrit des apports de son patient pour imaginer la prise en charge la plus adaptée.

Le psychomotricien **se met en jeu corporellement** lors des séances, de ce fait il abroge la distance instaurée par le bureau du psychologue, mais il ne manipule pas mécaniquement comme le font les médecins. Il est dans cet entre-deux de l'**accordage tonico-émotionnel** invitant à la fois à l'action et à la confiance.

L'expertise de la psychomotricité se déploie autour du **vécu subjectif** du patient, c'est-à-dire sur la relation entre schéma corporel et image du corps, entre narcissisme et relation. Le vécu subjectif se situe à la croisée de l'**identité du patient**, de ses **affects par rapport au traumatisme** et de l'**investissement de son corps avec lui-même puis avec les autres**.

La négligence ne supprime pas les sensations perçues à gauche mais empêche leur traitement cérébral supérieur. Ce déficit d'informations sensorielles sentées bouleverse les repères établis avant l'AVC sur les possibilités associées au corps. Vivre son corps c'est connaître ses limites, savoir la place occupée dans l'espace, avoir des réactions physiologiques aux stimulus extérieurs... La NSU étant contextuelle, cela varie en fonction des lieux, du temps, des affects : la conscience de l'espace acquise un jour ne l'est plus le lendemain. **Il faut avoir une estime de soi et de son identité solide pour pouvoir supporter ces variations déstabilisantes.**

Dans la rééducation, les soignants accordent un grande vigilance à l'évolution fonctionnelle du corps et aux constantes médicales. Néanmoins comme évoqué, les **facteurs psychologiques** ont un rôle non négligeable dans les phénomènes de récupération fonctionnelle. Parmi ces facteurs, il est important que le **patient mette du sens sur ce qu'il est en train de vivre et de traverser**. Laisser des temps de parole pour mettre des mots sur les ressentis est tout aussi légitime que d'espacer les renforcements musculaires avec des temps de repos.

Comme décrit dans la boucle sensation-perception-représentation, les éprouvés du corps à l'état « brut » doivent être **symbolisés et formalisés** pour pouvoir s'inscrire durablement dans les connaissances du corps du sujet. Le patient mémorisera plus facilement les choses si elles sont classifiées et ordonnées par le sens qu'il leur attribue. Et lorsque l'éprouvé est mémorisé, la personne va de l'avant en ayant cette nouvelle connaissance à disposition. La connaissance de son histoire, du monde et la connaissance de soi participent à la réalité que se fabrique la personne.

1) Le rôle des mots / communication en psychomotricité

Le langage est une forme de symbolisation que possède l'être humain. C'est une communication élaborée et complexe permettant d'avoir énormément d'informations différentes à partir des mêmes unités de mots. L'analyse spécifique de la syntaxe est une compétence linguistique qu'on ne traitera pas ici, mais nous pouvons dire que les grandes possibilités données par la double articulation des mots sont multipliées par leur place dans la phrase : cela enrichit considérablement les possibilités d'interprétation.

Nous interprétons en permanence, et davantage en tant que soignant, nous avons toujours **deux niveaux de lecture de l'information transmise**: à l'instar des analystes avec le contenu « manifeste » c'est-à-dire littéral de la phrase et le contenu « latent » soit le message caché derrière la phrase.

En premier lieu, il faut aborder le **contexte** de la personne qui parle, car cela a un impact direct sur les mots choisis et la façon dont est transmis le message. Une information n'arrive jamais seule sortie de nulle part, elle est émise dans un certain contexte. Le contexte se détermine notamment selon les éléments de temps, d'espace, d'histoire, de culture... ce qui implique de se questionner à chaque fois sur l'inscription de l'information dans ce cadre de communication.

En deuxième lieu, l'attention est portée à **la façon** dont le patient délivre l'information. Ici ce sera plutôt une analyse paraverbale avec le débit de parole, les silences, l'émotion sous-jacente, l'intention donnée au message....

2) Exemples d'écoute et de lecture du récit du patient

Il existe plusieurs points de vigilance quand on recueille le récit d'un patient, on peut se questionner sur :

- ◆ Pourquoi maintenant ? C'est-à-dire dans quelle **temporalité** se trouve le patient, quelles **pensées** l'amènent à raconter ceci.

Mr L. nous a raconté deux fois son histoire familiale complexe. Il est élevé par ses grands parents car son père et sa mère ne pouvaient pas le reconnaître et l'élever car il était un enfant hors mariage. Il conclut qu'il a toujours été « anormal » et « à contretemps » pour cela. On en déduit que son rapport à la normalité est différent, ses difficultés actuelles consécutives à l'AVC le ramènent peut être à ces sentiments et réflexions sur la normalité. Ceci indique qu'il y a un cheminement de pensée et un traitement cognitif de ce qu'il est en train de traverser.

- ◆ Le **but** de ce récit ? C'est-à-dire de déterminer si le patient cherche des réponses, si c'est une mise en sens de ce qui lui arrive, si c'est un moyen de défense, si c'est l'expression d'une angoisse...

Mr L. exprimera différentes angoisses telles que la perte de ses capacités à cause de l'AVC en affirmant « il faut travailler et progresser beaucoup sur mon bras », sous-tendant qu'il se met la pression à lui-même dans une tentative de revenir comme avant. Dans ce cas, c'est notre rôle de faire de la réassurance et de la pédagogie pour lui montrer que son corps a des mécanismes pour récupérer, et que s'il ne récupère pas la totalité de ses compétences antérieures, il existe des aides extérieures et des stratégies d'adaptation à mettre en place.

Il aborde aussi son impression négative de régression « comme un bébé j'apprends à marcher », qui affecte son image de soi par rapport à lui et aux autres. Ce n'est pas spécifique à l'héminégligence, car on le retrouve dans différents témoignages de personnes ayant eu un traumatisme cérébral acquis. Il est important de faire une place à ces affects et les laisser s'exprimer, car s'ils deviennent trop importants, le patient peut subir une dépression.

- ◆ Est-ce la première fois qu'il le raconte ? C'est-à-dire apprécier si l'espace offert l'invite à se livrer de manière plus **personnelle** ou bien c'est une information **factuelle** que tous les soignants connaissent.

Encore, Mr L. énoncera qu'il marche seul en s'appuyant sur les meubles sans surveillance dans sa chambre (alors qu'il était encore en déambulateur avec les kinés) mais que personne ne le sait. Ici nous pouvons avoir plusieurs lectures : on note un rapport difficile à son autonomie diminuée amenant à une prise de risque qui est relayé à l'équipe (sans relater ses propos) mais aussi que Mr L. a choisi de l'exprimer dans cet espace de non-jugement et d'expression fourni par la psychomotricité.

C'est donc en écoutant le discours du patient que l'on assiste à l'**expression des mouvements psychiques en cours de traitement**. Il y a ce que disent les mots et ce qu'ils laissent entendre. Et comme dans l'attachement du tout-petit qui a besoin de sa mère comme base de sécurité pour être serein d'aller explorer, le patient attend également que le **soignant soit sa base de sécurité**. En effet, le soignant est celui qui peut **décrypter les signaux de détresse** afin d'intervenir pour le soutenir dans l'adversité du handicap.

Le patient trouve d'abord une écoute concernée et attentive, puis un **retour réflexif** de la part du psychomotricien, ce qui valide ce qu'il ressent. Cela participe à la représentation qu'il se construit en lien avec l'image du corps qu'il mobilise, d'où l'impact de ces temps d'expression dans la thérapie psychomotrice.

L'héminégligence est un trouble assez déstabilisant dans les repères que l'on a de soi et du monde, avec des conséquences quotidiennes fortes qu'il faut assimiler dans son nouveau cadre d'action. C'est pourquoi, le **processus d'intégration et d'élaboration** prend un certain temps, donc le patient peut rester 'bloqué' sur un même discours pendant plusieurs semaines avant de passer à une nouvelle information à traiter.

3) L'expression verbalisée de l'anosognosie

Avec une clinique de patients héminégligents et anosognosiques, on s'interroge aussi sur les **traces de l'anosognosie** dans le récit des patients. A travers leurs affirmations, on peut estimer autrement que par les échelles de tests, la sévérité de l'anosognosie ou de la méconnaissance du handicap en jeu à cet instant. Comme le « voile » de l'anosognosie est fluctuant, cela crée des paradoxes dans leur discours selon les jours.

Ces paradoxes sont de plusieurs natures, la première est un **discours ambivalent** :

Durant la moitié des séances de psychomotricité, il est proposé un temps d'expression au patient. Mr L. dira d'une séance à l'autre : « ce ne sera pas comme avant » puis « je peux marcher seul ». On voit donc qu'il y a une ambivalence et une fluctuation de la conscience du trouble de semaine en semaine puisqu'il peut concéder qu'il y a un 'avant' et un 'après' mais qu'il ne voit pas en quoi cela (c'est-à-dire son hémiparésie et sa NSU) l'empêcherai de marcher.

D'autre part je relève qu'il énonce « il me manque quelque chose » sans pouvoir expliquer ou nommer le manque perçu, ce qui est caractéristique de l'anosognosie dans les différentes descriptions que j'ai pu lire.

Deuxièmement ce patient **ne s'appropriait pas ses progrès**, c'était régulièrement le fait des thérapeutes : « *c'est grâce à X et Y tout ça* ». L'anosognosie empêchant d'attribuer les difficultés à soi-même et aux troubles présents, on peut émettre l'hypothèse que le patient vive la rééducation comme une « réparation » externe dans laquelle sa participation est moindre. Il est difficile de s'approprier quelque chose que l'on ne reconnaît pas. Le discours oscille entre une objectivisation du bras sous-utilisé « *qu'il faut faire travailler beaucoup beaucoup* » et l'attribution des progrès à une personne extérieure.

Au delà des marques de l'anosognosie, ce type de discours montre qu'il est **important de revaloriser l'image** que le patient entretient sur son corps. A travers les séances citées précédemment sur le mouvement par exemple, on vient soutenir la ré-appropriation du corps mais on véhicule aussi un sentiment positif de soi par les petites réussites vécues. L'héminégligence et les troubles associés après un AVC renvoient une image d'un corps déficitaire à la personne, qui peut générer une appréciation négative d'elle-même.

Je relève dans les séances de Mme H avec différents professionnels qu'elle exprime rapidement de l'agacement ou de la colère lorsqu'elle se trouve dans une impasse liée à son trouble. Elle peut remarquer sa progression dans la tâche mais elle le rapporte d'une manière neutre, sans prosodie ni mimiques. Lors des succès elle ne le soulignera pas d'elle-même, néanmoins elle peut avoir un sourire quand on le lui fait remarquer et qu'on la réassure.

Dans la NSU couplée à l'anosognosie, il est difficile pour les patients d'émettre des affects sur leur pathologie. La prosodie de la voix est réduite, ils renvoient une **impression d'indifférence** quand ils parlent de leur trouble. C'est au soignant de venir poser des mots, d'essayer des hypothèses sur les affects qui peuvent les traverser. Parfois cela se manifeste aussi par une **majorité d'affects négatifs** exprimés lors des exercices, les affects positifs sont rares lors des réussites.

III. Discussion

Après avoir étudié la population spécifique des patients avec NSU et anosognosie, plusieurs questions sont venues dans le cadre global de la psychomotricité en rééducation post-AVC de SSR. Cette partie est consacrée à trois points de discussion autour de la chronologie de prise en charge.

1. Fréquence des soins psychomoteurs

Il est fondamental pour le psychomotricien en tant que ré-éducateur de se questionner sur les paramètres du cadre des séances.

La **fréquence** des séances se réfléchit en rapport avec la **sévérité du tableau constaté** et en rapport avec l'objectif des séances. Dans le service où j'étais, la majorité des patients avaient deux séances de psychomotricité hebdomadaires. La psychomotricienne axait l'une sur la mise en mouvement, tandis que l'autre laissait la place à l'expression de la subjectivité du patient. L'avantage de ce format est que cela permet d'aborder de manière approfondie une thématique particulière. Cette répartition pourrait être pensée différemment en divisant chaque séance par une discussion et un rééducation intensive. Dans ce cas, la répétition plus fréquente des exercices donne l'opportunité de les intégrer plus rapidement, au détriment peut-être d'une expérimentation plus élaborée.

Dans les SSR, les patients sont au centre d'un **dispositif pluridisciplinaire**, ou chaque soin a sa propre fréquence en fonction du projet global de soins : par exemple, la kinésithérapie est souvent quotidienne pour induire une récupération musculaire dans la fenêtre de récupération maximale. Il est important de ne **pas surcharger le patient** car les temps de repos sont tout aussi importants afin que le corps intègre ce qu'on lui propose.

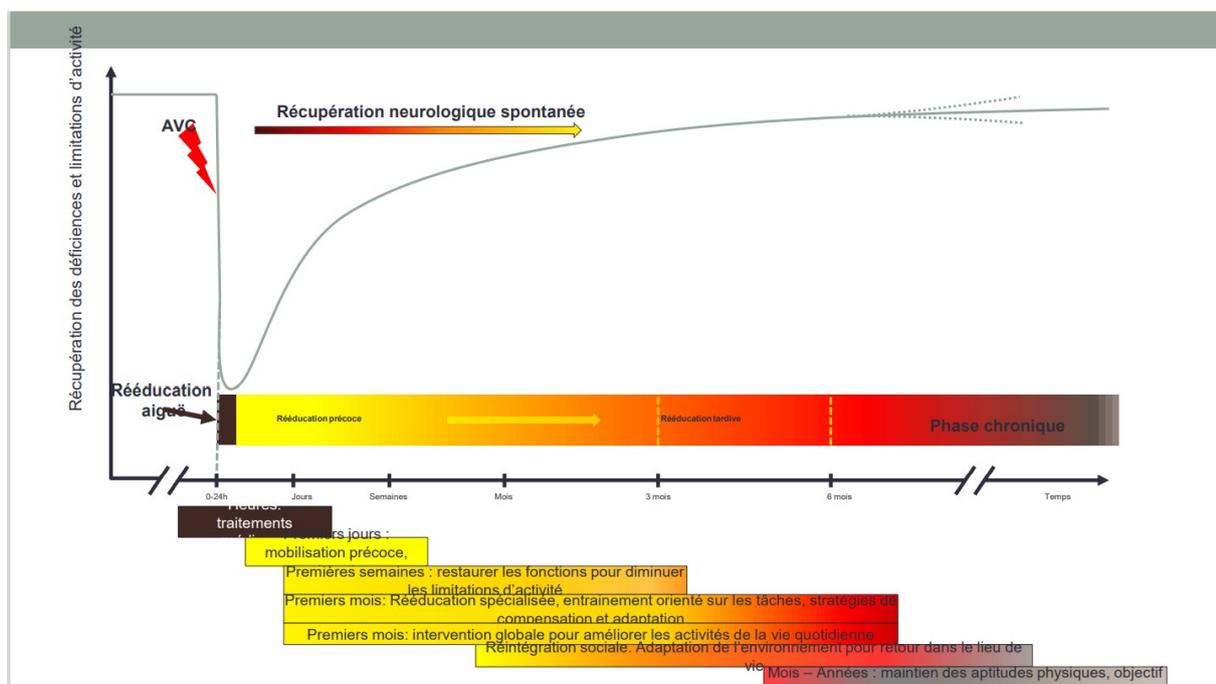
Pour cela, les deux séances de psychomotricité par semaine semble un bon compromis. Il est judicieux que ces séances soient des **rendez-vous fixes** d'une semaine à l'autre pour que le patient puisse se **repérer dans le temps et être disponible psychologiquement** dans la mesure du possible.

2. La rééducation oui, mais jusqu'où ?

La rééducation cherche à induire une récupération supplémentaire à la récupération spontanée par la stimulation intense des neurones. Pour être le plus efficace et bénéfique, le programme de rééducation doit **tenir compte de la récupération neurologique spontanée**, que ce soit en terme de temporalité et d'intensité.

Dans le cas d'un AVC, il a été démontré que durant les **6 premiers mois de rééducation les patients ont une récupération maximale des déficits fonctionnels** : ils récupèrent jusqu'à 70% de leurs incapacités dans les 3 premiers mois, **puis la récupération est de plus en plus faible**. Cette récupération est évidemment corrélée à la sévérité initiale de l'accident.

Le schéma ci-dessous montre les connaissances actuelles de la recherche sur la temporalité de récupération post-AVC :



(Glize, 2020, slide 6)

A partir de là se pose la question de la pertinence du suivi en phase chronique, de la forme et des axes de travail. Il est évident qu'au delà d'un certain temps il est plus compliqué d'espérer une récupération complète.

On se place plutôt vers la **réadaptation** du sujet dans la société, dans un avenir satisfaisant, dans des **projets** malgré la présence de séquelles. Les troubles (NSU...) encore présents deviennent des sources de handicap chronique avec lequel il faut vivre. Se projeter dans un futur est nécessaire pour garder la motivation de progresser.

A mon sens, la réadaptation psychomotrice suit une volonté d'utiliser le corps de **la manière la moins coûteuse en énergie, la moins douloureuse** tout en minimisant les mises en danger pour la personne. Cela se fait en continuum de la rééducation, je ne pense pas qu'il y ait une date limite universelle. Mais je suppose que les deux partenaires de soin vont sentir un plateau assez long de stagnation après lequel les **objectifs de prise en charge changent** de «je souhaite retrouver un maximum de mes capacités » à «je suis arrivé au bout, je souhaite accepter de vivre avec ce corps là ».

Les personnes ayant subi un AVC peuvent continuer de trouver des adaptations à leurs difficultés tous les ans tant qu'on les valorise et les stimule. Retrouver des objectifs d'autonomie et de vie à atteindre gonfle la motivation et encourage les nouveaux apprentissages grâce à la plasticité du cerveau.

Dans ce cas là, l'anosognosie pose une difficulté pour différencier les difficultés restantes et les progrès réalisés contre ce trouble. C'est donc souvent au psychomotricien d'apprécier pour la personne quand il y a acharnement dans une impasse thérapeutique.

La prise en charge de Mme H. peut questionner car son AVC est antérieur d'environ 15 mois, la patiente est en phase chronique de récupération où la qualité de vie et le maintien des aptitudes en sont les objectifs. Pourtant cette dame continue deux séances de psychomotricité par semaine, dont l'une sur la plateforme de proprioception. Ici entre en jeu d'autres paramètres : elle est accueillie dans la clinique après avoir été adressée par le SSR de son domicile initial un an après l'AVC. C'est donc une reprise de soin récente. La prise en charge relativement fréquente en psychomotricité est pertinente parce que Mme H. n'en a pas bénéficié auparavant et que de proposer des nouveaux supports et médiations peut amener Mme H. à des changements même tardifs au niveau psychomoteur.

L'accompagnement proposé par le psychomotricien à propos du cheminement psychologique du patient porte sur la **continuité du sentiment d'être soi** et sur **l'étendue des possibilités restantes** du corps même partiellement lésé.

Avec la NSU le psychomotricien participe à la prise de conscience à travers le corps d'une modification des cognitions spatiales sur l'espace gauche se ressentant par un ajustement altéré à l'environnement et à soi-même. Comme les niveaux de constructions d'un sujet sont tous intriqués, le travail de prise de conscience de l'espace mobilisé fait aussi appel à des concepts plus antérieurs d'axe corporel, d'image du corps, d'adaptation, d'appuis... **L'intervention du psychomotricien sur le réinvestissement du corps s'inscrit à la fois dans une pratique ré-éducative et une pratique ré-adaptatrice : il suit donc l'évolution du patient sur les deux versants.**

C'est en multipliant les expériences avec les différents professionnels que l'on peut espérer une diminution du trouble. La psychomotricité s'inscrit dans la **constellation d'une équipe pluridisciplinaire**, elle s'adapte à la temporalité des progrès réalisés dans les autres prises en soins **afin déplacer la zone d'effort du patient** en adéquation avec ceux-ci.

Répondre à la question « jusqu'où rééduquer ? » sous-entend aussi qu'il y a une **fin de prise en charge** à déterminer. Il y a un mémoire très riche sur cette question de la « fin » en psychomotricité écrit par Adeline Gillet dont je tire ces quelques enseignements. Elle écrit : « *En psychomotricité, nous allons être confrontés à différents types de temporalité, que ce soit celle du patient (temporalité personnelle),*

celle du cadre de travail en psychomotricité, celle de l'institution (qui reflète la temporalité sociale actuelle) et notre propre temporalité (nos besoins en terme d'organisation, de fonctionnement en tant que psychomotricien mais aussi en tant que personne). Nous devons garder en tête la singularité du patient, de son évolution pour pouvoir accompagner l'arrêt du soin mais également la singularité des services qui peuvent influencer sur la nature de la mise en place de l'accompagnement vers un arrêt. » (Gillet, 2016, p.79)

Effectivement ces quatre temporalités s'entrecroisent et se rejoignent pour co-construire l'arrêt de la prise en charge. Tout d'abord, dans un SSR neurologique l'hospitalisation complète n'excède pas le plus souvent une demi-année, par contre les patients sont accueillis par la suite en hospitalisation de jour. Il y a donc un premier questionnement sur la poursuite de la psychomotricité après l'hospitalisation complète et si la poursuite se fait dans l'institution ou en libéral. Dans tout les cas, l'arrêt de l'intervention de l'institution va signifier la temporalité pour arrêter le suivi psychomoteur et la relation thérapeutique avec le professionnel en poste.

Ensuite l'arrêt d'une prise en charge peut se réaliser quand les **objectifs initiaux et/ou actuels sont atteints**. La perception de l'atteinte des objectifs peut différer entre le patient et le thérapeute, alors il faudra s'accorder soit sur l'évolution des objectifs soit sur la diminution du nombre de séances de psychomotricité.

Le **cerveau et le corps sont plastiques**, il n'y a jamais réellement de fin à l'apprentissage de nouvelles capacités, on s'améliore durant toute sa vie si la physiologie du corps le permet. Toutefois, on peut s'estimer satisfait de l'autonomie, des capacités retrouvées ou d'un sentiment d'être en accord avec soi-même. Je pense que la fin de la prise en charge doit avoir lieu quand le psychomotricien sent qu'il est arrivé au bout de ce qu'il pouvait apporter à son patient sur la thématique de travail choisie. Ou bien quand la lésion cérébrale rend impossible la récupération complète d'une fonction psychomotrice, car **prolonger l'illusion d'une espérance de « guérison » est délétère pour les deux partenaires**.

A mon sens, la rééducation va jusqu'au **compromis entre les performances antérieures rétablies et le bien-être du patient dans son corps et dans sa vie**.

Quand on ré-éduque quelque chose il y a la notion d'apprentissage qui amène un certain positionnement de celui qui accompagne l'apprenti. On est jamais loin de la pédagogie, et réfléchir sur ce positionnement est bénéfique pour les deux partenaires, par exemple dans le choix entre la diversification ou la répétition des tâches.

3. Diversification ou répétition des tâches ?

En première année commune aux études de santé, on nous enseigne ce qui fait la distinction entre un soignant et un charlatan : c'est la capacité du soignant à réfléchir et se remettre en question, de tout abandonner si la recherche démontre l'invalidité d'une théorie ou d'une pratique. Les psychomotriciens se sont forgés dans cette **capacité de réflexion sur leur pratique** pour aider aux mieux leurs patients.

J'aimerais aborder un débat qui est toujours d'actualité entre le choix de la diversification des exercices ou bien la répétition de ceux-ci. Quelle que soit la décision prise, il y a des avantages et des inconvénients.

La **répétition** permet d'améliorer les **performances** sur un acte donné : une **augmentation d'amplitude** articulaire en extension, la réalisation d'un trajet quotidien, la manipulation d'une aide technique extérieure...Cela active et stimule les **boucles neuronales** concernées. La répétition est nécessaire pour **tout nouvel apprentissage dans le but de le mémoriser**.

La répétition consolide également les **repères** de la personne dans son environnement ou dans ses capacités physiques, ces repères sont notamment fondamentaux auprès d'une personne polyhandicapée ou atteinte d'un trouble du spectre autistique. Ainsi en visant l'autonomie quotidienne sur des opérations simples cette technique portera ses fruits.

La **diversification** des exercices visant le même objectif donne l'opportunité à la personne d'utiliser ses compétences dans des situations variées, afin de se rendre compte des **similitudes et différences**. La performance n'est pas l'objectif premier, on stimule la **flexibilité mentale, l'élaboration de stratégies** pour une autonomie plus large que les habitudes.

De surcroît, chaque personne possédant ses propres caractéristiques, la variation a plus de chance d'apporter du sens en **passant par le canal le plus utilisé** par la personne. La diversification soutient aussi la relation thérapeutique qui ne tombe pas dans le routinier.

Il y a une **balance** à faire entre la répétition d'un exercice pour que la personne ait le temps de se familiariser avec la situation et la soumission de plusieurs variantes pour donner un maximum d'informations sensorielles à la personne. En tant que psychomotricien, nous sommes dans une **attitude bienveillante, bienveillance avec soi-même**, on n'est pas dans une notion de performance. Il est plus efficace d'être dans une notion de **plaisir, la joie de faire** de « tout petit pas » pour retrouver un équilibre psychomoteur. Dans la prise en charge psychomotrice, l'entraînement de mouvements répétitifs doit être plus axé sur la notion « se faire plaisir d'utiliser son corps » plutôt que dans la compétition.

Conclusion :

Je me suis attachée à démontrer le **polymorphisme** du syndrome d'héminégligence auprès de patients qui est la résultante de plusieurs facteurs.

Tout d'abord cela dépend de la **lésion cérébrale** causée par l'AVC. En effet, le cortex met en place des **mécanismes spontanés de récupération** de la fonction lésée. Cette récupération peut être boostée par la **rééducation** et c'est là qu'intervient le psychomotricien au sein de l'équipe pluridisciplinaire en SSR.

Parallèlement, la présence de **dissociations** entre les modules cognitifs impliqués dans la gestion de l'espace participe à la diversité des troubles que l'on observe.

La NSU est **complexe**, elle nécessite donc une exploration par de multiples professionnels afin de croiser les regards pour l'évaluer. Dans ce cadre, le psychomotricien teste la proprioception, l'impact sur les somatognosies et l'axe corporel ainsi que la présence éventuelle d'un déficit de tonus chez la personne.

L'**anosognosie** est un trouble fréquemment associé à la NSU. Cette absence de conscience du trouble peut mettre à mal l'alliance thérapeutique entre soignant et patient, et la rééducation de la NSU. Le **psychomotricien a un rôle pivot** pour éveiller à une prise de conscience du corps et pour évaluer les dysfonctionnements cognitifs qu'il peut y avoir.

Pour répondre à la question : « **Comment la psychomotricité s'inscrit dans la prise en charge des patients héminégligents, notamment ceux avec une anosognosie de leur pathologie ?** » nous pouvons dire que le psychomotricien intervient auprès des patients avec NSU par sa grande polyvalence pour s'adapter aux problématiques de chacun.

En premier lieu, le **bilan psychomoteur** permet d'affiner l'état des lieux des impacts corporels de la NSU. Ce bilan constitué de **différents tests et observations cliniques** mis en place par le thérapeute identifie les dissociations cognitives de manière fine, ce qui rend possible une caractérisation plus précise des troubles.

D'autre part, l'**écoute du discours** du patient reliée aux connaissances du praticien participe à poser le constat d'une anosognosie.

Le psychomotricien participe à la phase de rééducation puis à la réadaptation du patient atteint de NSU. Il construit un **espace sécuritaire** pour que le patient puisse **se ré-approprier son corps** et tenter de lever peu à peu l'anosognosie.

La notion centrale dans la prise en charge psychomotrice est la **boucle sensation-perception-représentation** : en percevant corporellement par les sens internes, on peut ensuite penser et se représenter l'espace.

Nous l'avons vu, la prise en charge s'organise autour de **l'axe corporel** et du **tonus postural** dans le but d'améliorer la prise en compte de l'hémicorps gauche. Par ailleurs, l'utilisation du mouvement est pertinente en abordant l'orientation du **corps dans l'espace**.

De plus, le psychomotricien offre un **espace d'échange et d'expression** de la subjectivité des patients. En effet, **après un AVC, l'identité et l'estime de soi sont souvent mises à mal** et il est important d'écouter le récit du patient et de le réassurer.

Le psychomotricien se base autant sur les points forts à valoriser chez le patient que sur ses points faibles à travailler, contrairement à d'autres professionnels qui sont parfois davantage focalisés sur les déficits. La force de la psychomotricité est de valoriser à la fois l'hémicorps sain et l'hémicorps négligé afin que les compétences acquises diffusent d'un espace à l'autre.

L'intégration du psychomotricien au sein de la vision rééducatrice des institutions comme les SSR est un point très important. A la croisée entre la position de rééducateur et de thérapeute « psycho-corporel », le psychomotricien est en **questionnement permanent sur la position à adopter** selon le lieu où il exerce et les patients qu'il rencontre. Le métier de psychomotricien est nourri par les **apports médicaux et psychologiques**, c'est pourquoi il a toute sa place auprès des patients souffrant de NSU, un trouble cognitif qui impacte le corps dans sa manière de fonctionner et qui atteint l'identité dans la remise en cause de la conscience du trouble.

C'est donc important d'avoir un **regard critique sur la prise en charge** que l'on propose à nos patients, tant dans les nouvelles avancées de la recherche que sur les limites et les capacités qu'ont les patients.

Nous avons vu comment la psychomotricité s'inscrit dans la prise en charge pluridisciplinaire post-AVC auprès des patients avec NSU et anosognosie. Dans ce maillage de soins, le rôle et la place des proches est fondamentale pour tendre vers la réadaptation la plus complète qui soit. De ce fait, l'intégration des proches des patients atteints de NSU dans le soin psychomoteur pourrait donner lieu à une étude complémentaire.

Bibliographie

- Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2. éd. entièrement refondue). Masson.
- Albaret, J.-M., Canchy-Giromini, F., & Scialom, P. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- Barrou, M., & Sarraf, T. (2014). Quels sont les impacts des déficiences motrices et psychomotrices après une lésion cérébrale ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 118(3), 59. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.118.0059>
- Bartolomeo, P., Blondel, A., Bourlon, C., Eustache, F., Gainotti, G., Grossi, D., Trojano, L., Viader, F., & Vighetto, A. (2008). Chapitre 27. Espace, geste, action. In *Traité de neuropsychologie clinique* (p. 625-712). De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dbu.eusta.2008.01.0625>
- Bastin, C., & Salmon, É. (2020). Anosognosie : Modeles theoriques et pistes de prise en charge. *REVUE DE NEUROPSYCHOLOGIE*, 10.
- Buizard, J.-M. (2015). Perception consciente ou perception inconsciente : Quel rapport entre perception et conscience ? *L'Évolution Psychiatrique*, 80(4), 740-749. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.02.001>
- Bullinger, A. (2000). De l'organisme au corps : Une perspective instrumentale. *Enfance*, 53(3), 213-220. <https://doi.org/10.3406/enfan.2000.3177>
- Carota, A., Annoni, J.-M., Piccardi, L., & Bogousslavsky, J. (2005). Syndromes majeurs de l'hémisphère mineur. *EMC - Neurologie*, 2(4), 475-504. <https://doi.org/10.1016/j.emcn.2005.08.001>
- Chokron, S., Bartolomeo, P., & Siéoff, É. (2008). La négligence spatiale unilatérale : Trente ans de recherches, de découvertes, d'espairs et (surtout) de questions Unilateral spatial neglect : 30 years of research, discoveries, hope, and (especially) questions. *Revue Neurologique*, 9.
- Dauriac, V., Masson, L., Mailhan, L., Louis, A., & de Montety, G. (2002). *Double dissociation entre négligence unilatérale gauche et anosognosie*. 5.
- Ehrlé, N. (2016). Anosognosie : Concepts et prise en charge. *MISE AU POINT*, 6.

- Gillet, A. (2016). `` Je mets un point parce que c'est la fin '' . *L'arrêt de la prise en soin en psychomotricité : Réflexion sur la conclusion du suivi psychomoteur et sur le moment de l'arrêt* (p. 97) [Mémoire de psychomotricité]. Université de Bordeaux.
- Glize, B. (2020). *MOTOR RECOVERY FOLLOWING STROKE / PLASTICITY* [Diaporama].
- Haquet, C. (2018). *L'imagerie motrice, une technique qui s'inscrit dans la prise en charge psychomotrice du patient post-AVC* [Mémoire de psychomotricité]. Université Toulouse III.
- Havet-Thomassin, V., Gardey, A.-M., Aubin, G., & Le Gall, D. (2004). La blessure cérébrale : Contribution à une lisibilité différentielle du phénomène de méconnaissance. *L'Encéphale*, 30(2), 171-181. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95429-2](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95429-2)
- Jacquin-Courtois, S., Rode, G., Luauté, J., Pisella, L., Farne, A., O'Shea, J., Boisson, D., & Rossetti, Y. (2009). Syndrome de négligence spatiale unilatérale : D'un polymorphisme clinique vers un polymorphisme thérapeutique. *Revue de neuropsychologie*, 1(4), 332. <https://doi.org/10.3917/rne.014.0332>
- Kloekner, A. (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, 3435(1), 133-155.
- Lacas, P.-P. (s. d.). *Déni, psychanalyse*. Universalis.fr. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/deni-psychanalyse/>
- Menager, M. (2007). *La Négligence Spatiale Unilatérale Mise au point d'un protocole d'évaluation et étude de deux cas* [Mémoire de psychomotricité]. Paul Sabatier Toulouse.
- Morin, C. (2013a). Anosognosie. In *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire : Neurologie et psychanalyse* (p. 167-179). Érès éd.
- Morin, C. (2013b). Le schéma corporel. In *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire : Neurologie et psychanalyse*. Érès éd.
- Oppenheim-Gluckman, H. (2014a). Clinique psychopathologique. In *La pensée naufragée* (Vol. 3, p. 88-134). Economica.
- Oppenheim-Gluckman, H. (2014b). Méconnaissance du handicap cognitif et comportemental. In *La pensée naufragée* (Vol. 3, p. 165-200). Economica.

- Paillard, J., & Badan, M. (1997). À propos de l'héminégligence : Bilan et perspectives. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 40(7), 503-518.
[https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(97\)84827-1](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(97)84827-1)
- Price, C. J., Seghier, M. L., & Leff, A. P. (2010). Predicting language outcome and recovery after stroke : The PLORAS system. *Nature Reviews Neurology*, 6(4), 202-210.
<https://doi.org/10.1038/nrneurol.2010.15>
- Thibierge, S. (2007). Chapitre 4. Les troubles de l'image spéculaire en neurologie ; incidences cliniques touchant la reconnaissance et l'identité. In *Clinique de l'identité* (p. 53-71). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-identite--9782130559931-p-53.htm>
- Turnbull, O. H., Fotopoulou, A., & Solms, M. (2014). Anosognosia as motivated unawareness : The 'defence' hypothesis revisited. *Cortex*, 61, 18-29.
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2014.10.008>