



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

« Mon corps, je l'écoute, il faut qu'il se répare »

Le suivi psychomoteur en service de rééducation fonctionnelle : l'accompagnement d'une patiente traumatisée médullaire vers un retour à une unité psychocorporelle stable.

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

Par : Germain Lara

Juin 2019

N° 1510

Directeur du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Stéphanie VIALE
Psychomotricienne

Responsables des stages
Mme Christiane TANCRAÏ, Mme Aurore JUILLARD
Psychomotriciennes

Secrétariat de scolarité
Mme Pascale SACCUCCI

REMERCIEMENTS

Ce travail de réflexion vient clore trois riches années de formation. Alors j'ai envie de dire merci...

Tout particulièrement à Simon et à Marie-Françoise pour votre accompagnement et votre bienveillance dans cette année charnière, où j'ai pu prendre de l'assurance et me construire une identité professionnelle grâce à vos précieux conseils en stage.

À tous mes maîtres de stage de ces trois années de formation ainsi qu'aux formateurs de l'école, de m'avoir partagé et transmis leurs savoir faire et surtout leur savoir être.

À toute l'équipe de l'hôpital de jour, pour leur accueil chaleureux m'ayant permis de découvrir la richesse du travail pluridisciplinaire dans un service de rééducation.

À Mélanie de m'avoir suivie dans l'élaboration et la rédaction de ce mémoire. Merci pour ta disponibilité et le partage de tes réflexions qui m'ont été d'une grande aide dans l'élaboration de ce travail.

À tous les relecteurs d'avoir pris le temps de me lire et de corriger mes erreurs malgré les délais.

À toute ma famille, et plus particulièrement à mes parents, ma grande sœur et mes deux grands-mères, pour vos encouragements de tous les instants et pour tout votre amour.

À mes amies rencontrées en psychomotricité, merci d'avoir rythmé ces trois années étudiantes au son de vos rires. Merci d'être vous.

À Antoine pour ton soutien et ta manière de croire en moi.

*« On construit d'abord les fondations et les murs d'une maison : le corps.
Puis on vit à l'intérieur. On joue dedans.
Plus la construction est solide, plus l'habitation sera confortable. »*

Catherine Potel

*(Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ?
Être psychomotricien, 2010)*

SOMMAIRE

LEXIQUE

***INTRODUCTION*..... 1**

***PARTIE THEORIQUE*..... 3**

1. La tétraparésie traumatique : un handicap dû à une lésion acquise du système nerveux central..... 3

1.1. La place du système nerveux central dans le système nerveux..... 3

1.2. La place de la moelle épinière dans le système nerveux central..... 4

1.2.1. Anatomie descriptive médullaire 5

1.2.2. Protection de la moelle épinière 6

1.2.3. Physiologie médullaire..... 6

1.3. La lésion médullaire cervicale..... 8

1.3.1. Étiologie 8

1.3.2. Caractéristiques 8

1.3.3. Conséquences de la lésion médullaire et répercussions psychomotrices.. 9

1.3.4. Prise en charge de la tétraparésie 11

1.3.5. Quels remaniements neurologiques après la lésion médullaire ?..... 11

2. La sensation au carrefour du neurologique et du psychique 12

2.1. Le système perception-conscience : de la sensation à la représentation 12

2.2. Les sensations par le toucher..... 13

2.2.1. Les fonctions physiologiques de la peau : la peau en tant qu'organe sensoriel..... 13

2.2.2. Les fonctions psychiques de la peau : le moi-peau 14

3. Le schéma corporel et l'image du corps : deux concepts structurants de l'unité psychocorporelle..... 16

3.1. Le schéma corporel 17

3.1.1. Une conception à la fois neurologique et psychologique..... 17

3.1.2. Une conception anatomo-physiologique et neurosensorielle..... 18

3.2. L'image du corps..... 19

3.2.1. Structure et aspects dynamiques 19

3.2.2. L'intrication du schéma corporel et de l'image du corps..... 21

3.3.	La construction et la conservation d'une unité psychocorporelle stable.....	21
3.3.1.	La construction du schéma corporel et de l'image du corps.....	21
3.3.2.	L'unité psychocorporelle au cours de la vie du sujet : entre stabilité et remaniements	23
3.3.3.	L'accident comme traumatisme venant effracter le schéma corporel et l'image du corps.....	24
<i>PARTIE CLINIQUE</i>		25
1.	Présentation de l'établissement	25
1.1.	Fonctionnement de l'établissement.....	25
1.2.	Place de la psychomotricité.....	26
1.3.	Ma place en tant que stagiaire	26
2.	Mme F. : présentation générale	26
2.1.	Pourquoi vais-je vous présenter Mme F. ?.....	26
2.2.	Anamnèse.....	27
2.2.1.	Situation de vie.....	27
2.2.2.	L'accident.....	27
2.3.	Parcours de soin : de l'accident à l'hôpital de jour	27
2.3.1.	L'hospitalisation complète au centre hospitalier universitaire.....	27
2.3.2.	Le suivi à l'hôpital de jour	29
3.	Le suivi en psychomotricité	29
3.1.	Bilan et projet de soin initial : les axes du suivi.....	30
3.2.	La rencontre avec Mme F. et mes premières observations	31
3.3.	Quelques éléments cliniques	32
3.3.1.	La verbalisation des sensations	33
3.3.2.	L'utilisation du toucher	36
3.3.3.	Le dessin du corps	42
3.3.4.	Le travail en mouvement.....	43
3.3.5.	L'autonomie	47
3.3.6.	Les progrès de la patiente en psychomotricité et en rééducation.....	48
<i>PARTIE THEORICO-CLINIQUE</i>		51
1.	À la recherche d'un nouvel équilibre psychocorporel	51
1.1.	Stimuler la perception du corps.....	52

1.1.1.	Les sensations pour nourrir le schéma corporel	52
1.1.2.	Les sensations comme soubassement de l'image du corps	53
1.2.	Entre dépendance et autonomie.....	55
1.2.1.	L'impact identitaire sur le sujet.....	55
1.2.2.	L'intérêt de se sentir.....	56
1.3.	Vers un « vivre avec » le handicap : reconstruction ou remaniements ?	56
2.	D'une représentation des sensations vers une représentation du corps.....	58
2.1.	De l'éprouvé corporel aux représentations.....	58
2.2.	Poser des mots sur les sensations pour se réapproprier son corps	58
2.3.	Dessiner un corps : l'évolution des représentations	59
3.	Les séances de psychomotricité pour revivre les expériences sensorielles précoces structurantes de l'unité psychocorporelle	60
3.1.	Les fonctions maternantes comme support de la réappropriation du corps de Mme F.	61
3.1.1.	L'ajustement tonique.....	61
3.1.2.	Le portage.....	62
3.2.	Un espace pour (ré)expérimenter à travers le corps	64
4.	Le positionnement du psychomotricien comme médium malléable.....	65
	CONCLUSION.....	67
	BIBLIOGRAPHIE	
	TABLE DES ANNEXES	69
	ANNEXES	

LEXIQUE

APA : activité physique adaptée
ASIA : *american spinal injury association*
AVC : accident vasculaire cérébral
CHU : centre hospitalier universitaire
C1 à C7 : vertèbres cervicales
Co1 à Co5 : vertèbres coccygiennes
EGP : examen géronto-psychomoteur
EVA : échelle visuelle analogique
HAS : haute autorité de santé
HC : hospitalisation complète
HDJ : hôpital de jour
IRM : imagerie par résonance magnétique
L1 à L5 : vertèbres lombaires
MPR : médecine physique et de réadaptation
S1 à S5 : vertèbres sacrées
SAMU : service d'aide médicale urgente
SSR : soins de suite et de réadaptation
T1 à T12 : vertèbres thoraciques

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Au cours de mes trois années d'études, j'ai découvert la psychomotricité au travers de différentes cliniques, qui m'ont fait appréhender des pratiques de la profession à la fois semblables et tellement différentes, toujours au croisement des dimensions relationnelles, corporelles et psychiques.

De mon stage court en psychiatrie adulte en fin de deuxième année, me vient une question centrale qui représente selon moi la première émergence de mon sujet de mémoire de fin d'étude : quelle est la place du corps dans cette clinique psychomotrice ? Corps désinvesti, corps irréprésentable, organisme marqué par la souffrance psychique, quelles représentations de leur corps ont ces patients ? En début de troisième année, je commence mon stage en service de rééducation fonctionnelle dans un hôpital de jour dans lequel je suis des patients atteints de troubles neurologiques. La place accordée au corps change du tout au tout. Du corps désinvesti en psychiatrie, je rencontre maintenant une clinique dans laquelle le corps est au centre de tout. On rééduque la jambe, on rééduque la main, on rééduque le corps. Mais alors quelle place donne-t-on au patient dans sa globalité, dans une rééducation où on s'attarde nécessairement sur la récupération des fonctions du corps ?

Dans ce contexte, la place de la psychomotricité au sein d'un service de rééducation n'est pas encore reconnue comme allant de soi. Mais j'arrive dans une structure où son rôle est établi, depuis plusieurs années, au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Je découvre la diversité des affections neurologiques des patients, qui pour beaucoup ont eu un accident vasculaire cérébral (AVC) duquel découle un handicap singulier en fonction de la localisation de la lésion. Je rencontre des patients atteints d'autres pathologies : sclérose en plaque, maladie de Parkinson, blessure médullaire. À chaque fois, la même question me revient en tête : comment ces patients se vivent-ils dans leur corps ? Spontanément, c'est à partir de cette interrogation que je débute chacune de mes réflexions destinées à comprendre les problématiques psychomotrices de ces patients.

La blessure médullaire marque une rupture dans la continuité de vie du sujet. Comment se remettre de cet accident brutal et comment « vivre avec » ce corps qui ne répond plus comme avant ? Ma rencontre avec Mme F., ce qu'elle exprime et la manière dont elle semble investir son corps viennent nourrir mes questionnements. Face à cette patiente, je parviens à me représenter ce qu'elle vit dans son corps grâce à ses capacités d'accès à ce dernier et à ses sensations.

C'est ainsi que j'apporterai des pistes de réflexions quant à la question suivante : **de quelle manière un travail sur les sensations permet-il d'accompagner les remaniements psychocorporels secondaires à un traumatisme médullaire cervical chez le sujet adulte ?**

Pour témoigner de mon cheminement dans ma réflexion, j'expliquerai d'abord les bases théoriques nécessaires à la compréhension de la lésion ainsi que les concepts théoriques qui m'ont permis de penser le suivi. À ce propos, je parlerai des remaniements psychocorporels en abordant les remaniements du schéma corporel et de l'image du corps uniquement. Ensuite, je présenterai le cas clinique de Mme F., patiente âgée de 57 ans, atteinte d'une tétraparésie à la suite d'un accident d'équitation. J'évoquerai son anamnèse, l'histoire de sa pathologie, son parcours de soin puis les moments cliniques en psychomotricité. Dans une dernière partie, j'apporterai des liens théorico-cliniques qui m'ont permis d'une part de comprendre ce qui se jouait pour Mme F. dans le suivi en psychomotricité et d'autre part de penser son accompagnement. Enfin, j'essaierai d'amener des éléments de réponse au sujet de ma problématique.

PARTIE

THEORIQUE

PARTIE THEORIQUE

Il me semble important de poser les bases de connaissances du système nerveux, son anatomie ainsi que son fonctionnement pour avoir des éléments de compréhension de la lésion médullaire ainsi que de ses répercussions psychomotrices. C'est pourquoi je m'attacherai d'abord à développer les bases de neurologie nécessaires à la bonne compréhension de ma réflexion, pour ensuite aborder des théories et concepts qui me permettront de comprendre la clinique psychomotrice auprès de cette patiente et d'en discuter plus loin.

1. La tétraparésie traumatique : un handicap dû à une lésion acquise du système nerveux central

D'un point de vue anatomique, le système nerveux se compose du système nerveux central et du système nerveux périphérique.

1.1. La place du système nerveux central dans le système nerveux

L'objet de ma réflexion portera uniquement sur le système nerveux central, mais celui-ci n'est pas indépendant, il est nécessaire de comprendre le fonctionnement global du système nerveux.

Le système nerveux central (aussi appelé cérébro-spinal) se compose de :

- L'encéphale, lui-même composé par le cerveau, le cervelet et le tronc cérébral
- La moelle épinière.

C'est l'ensemble de ces centres nerveux qui permet le fonctionnement des différents appareils de l'organisme, en communiquant jusqu'à eux par des nerfs crâniens et rachidiens (nerfs sensitifs et nerfs moteurs). Les nerfs émergent de la moelle épinière au niveau des ganglions constituent le système nerveux périphérique.

Les structures anatomiques du système nerveux central communiquent entre elles en véhiculant des informations par le biais des neurones. Le neurone est l'unité de base du tissu nerveux, il se compose d'un corps cellulaire duquel s'échappe, dans la plupart des cas, d'un côté les ramifications appelées dendrites, et de l'autre un long prolongement appelé l'axone (ou fibre nerveuse). Quant aux nerfs, ce sont des filaments blanchâtres composés de

faisceaux de fibres nerveuses, qui relient un centre nerveux à un organe et qui conduisent les messages sensoriels, sensitifs, moteurs et sécrétoires. Les nerfs transmettent des messages moteurs qui vont du système nerveux central vers les muscles, et des messages sensitifs qui vont de la périphérie vers le système nerveux central. Ainsi, on peut dire que ce sont des fibres de projection entre le système nerveux central et le récepteur (récepteur sensoriel) ou effecteur (muscle qui entre en activité en réponse à un stimulus). Ainsi, les nerfs périphériques permettent la communication entre le système nerveux central et les effecteurs en transmettant une information. À l'inverse, le cerveau traite les informations envoyées par les récepteurs périphériques et transportées par les nerfs rachidiens.

On distingue aussi le système nerveux somatique et le système nerveux végétatif. Concernant le système nerveux somatique : « L'ensemble assure le transport, au niveau du tronc et des membres, de la motricité et des différents types de sensations : c'est le système nerveux de la vie dite de relation. » (Brailion, 2002). Il contrôle les fonctions volontaires, en opposition au système nerveux végétatif qui contrôle les fonctions involontaires. Les deux systèmes (somatique et végétatif) sont largement intriqués.

L'intégralité des structures anatomiques sont en interrelation, et cette communication neuronale et nerveuse permet, d'une part, d'analyser notre environnement sensoriel, mais aussi d'exécuter des comportements moteurs et d'élaborer des fonctions cognitives comme le langage, la mémoire ou encore la planification. On peut donc considérer que système nerveux central et système nerveux périphérique sont interdépendants.

1.2. La place de la moelle épinière dans le système nerveux central

Alors que l'encéphale se loge dans la boîte crânienne, la moelle épinière se situe de la base du crâne jusqu'aux premières vertèbres lombaires, dans le canal rachidien, aussi appelé foramen vertébral (*annexes I et II*).

Pour expliquer le fonctionnement global de la moelle épinière, je propose de prendre en considération deux lois d'organisation.

L'organisation rostro-caudale (ou longitudinale) : les neurones innervant les parties supérieures du corps (les bras) sont situés dans la partie cervicale de la moelle épinière, et ceux innervant les parties inférieures (les jambes) se situent dans la partie lombo-sacrée.

L'organisation médio-latérale : les neurones innervant les parties axiales et proximales (la ceinture scapulaire par exemple) se situent au centre de la moelle épinière, et ceux innervant les parties distales (les doigts par exemple) se situent plus latéralement.

Ces deux organisations permettent de comprendre, nous le verrons plus tard, la singularité de chaque lésion médullaire, selon sa hauteur, sa taille, son orientation...

1.2.1. Anatomie descriptive médullaire

La moelle épinière est semblable à un cordon blanc long d'environ quarante-cinq centimètres, et d'un diamètre d'environ un centimètre. Les nerfs s'échappent de la moelle épinière en formant des racines nerveuses sur les parties latérales.

❖ L'organisation métamérique

Le segment de moelle donnant lieu à la même racine nerveuse s'appelle un myélomère (on peut aussi l'imager par « étage de moelle »), on en trouve trente-et-un, le nombre de myélomères ne correspond donc pas strictement au nombre de vertèbres. On trouve trente-et-une racines nerveuses (huit cervicales, douze dorsales, cinq lombaires, cinq sacrées, une coccygienne). Et en ce qui concerne les vertèbres, il y a entre trente-deux et trente-cinq vertèbres : vingt-quatre vertèbres libres (sept vertèbres cervicales : C1 à C7, douze dorsales : T1 à T12, cinq lombaires : L1 à L5) et huit à dix vertèbres soudées (cinq sacrées : S1 à S5, trois à cinq coccygiennes : Co1 à Co3/5) (*annexe III*).

De chaque côté d'un myélomère s'échappe un nerf rachidien, qui est formé par la réunion d'une racine antérieure et d'une racine postérieure. Elles-mêmes sont formées d'un ensemble de nerfs. La formation du nerf rachidien délimite le passage du système nerveux central au système nerveux périphérique.

Le segment corporel innervé par un myélomère s'appelle un dermatome (*annexe IV*). C'est l'association du myélomère, des voies nerveuses associées, du dermatome et des muscles innervés qui correspondent à un métamère. On peut alors parler d'une organisation métamérique de la moelle épinière, où chaque métamère innerve une partie du corps. C'est cette organisation métamérique qui permet de comprendre les répercussions motrices et sensibles d'une lésion médullaire en fonction de sa localisation. Ainsi, les métamères respectent l'organisation rostro-caudale de la moelle épinière.

❖ Les plexus nerveux

La moelle épinière présente deux renflements, un au niveau cervical et un lombaire. Ces renflements donnent naissance à des plexus (ou groupes de nerfs) qui sont à l'origine de

l'innervation des membres : le plexus cervico-brachial entre les vertèbres C5 et T1 innerve les membres supérieurs et plus bas, le plexus lombo-sacré entre les vertèbres T8 et L2 innerve les membres inférieurs.

1.2.2. Protection de la moelle épinière

La moelle épinière est entourée et protégée par les méninges, qui se composent de l'extérieur vers l'intérieur de la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère, puis par le canal rachidien (aussi appelé canal vertébral). Ce canal osseux trouve une continuité au niveau de chaque vertèbre qui forme la colonne vertébrale. En plus de protéger la moelle, la colonne vertébrale permet de maintenir l'axe vertical dans la posture et la locomotion, et de supporter le poids de la tête et du corps. Le canal rachidien s'étend de la première vertèbre cervicale appelée l'atlas jusqu'au hiatus sacré (la terminaison du sacrum). Cependant, la moelle épinière se termine plus haut, au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. La partie entre la terminaison de la moelle et le hiatus sacré s'appelle la queue de cheval et se compose d'un ensemble de racines nerveuses innervant la partie basse du corps.

1.2.3. Physiologie médullaire

Sur une coupe transversale de la moelle épinière, on reconnaît deux zones séparées : la substance grise et la substance blanche. Au centre il y a le canal de l'épendyme qui s'étend sur toute la hauteur de la moelle, il contient le liquide céphalo-rachidien.

❖ Les substances constitutives de la moelle épinière

◆ La substance grise

Elle est également présente dans d'autres structures du système nerveux, notamment dans l'encéphale. Elle est la matière composant le cortex cérébral et le cortex cérébelleux. La substance grise est constituée d'un amas de corps cellulaires et elle est répartie en cornes dans la moelle épinière. Autour du canal de l'épendyme et en forme de papillon, on localise deux cornes (*annexe V*). La corne antérieure, qui véhicule les nerfs moteurs, on parle des voies descendantes : innervation des muscles striés (motricité volontaire), des muscles lisses, viscères, vaisseaux, glandes (motricité involontaire). La corne postérieure véhicule les nerfs sensitifs, on parle de voies ascendantes : la sensibilité extéroceptive (tactile, douloureuse, thermique), la sensibilité profonde (proprioception, équilibre, pressions), et la sensibilité intéroceptive (viscérale). On trouve aussi la zone péri-épendymaire : dans chaque corne sont groupées autour de l'épendyme, les cellules du système nerveux végétatif.

♦ **La substance blanche**

Celle-ci est située dans la partie périphérique de la moelle épinière, on localise trois cordons (*annexe V*) : le cordon antérieur, le cordon postérieur, le cordon latéral. La substance blanche est composée d'axones verticaux qui sont les prolongements des corps cellulaires. Les axones conduisent les messages nerveux et connectent entre elles les aires de substance grise. La substance blanche est alors responsable de la propagation des informations dans le système nerveux.

❖ **Les voies sensibles et motrices**

Les voies sensibles et motrices sont différenciées par leur sens de circulation du message nerveux, et de leur lieu de passage dans la moelle épinière.

♦ **Les voies sensibles**

Elles sont aussi appelées les voies ascendantes. Il faut distinguer trois types de sensibilité. D'abord, on trouve la sensibilité extéroceptive (cutanée), qui prend son origine dans les corpuscules sensoriels de la peau. Chacun de ces-derniers correspond à une spécialisation comme la sensibilité tactile grossière (protopathique), la sensibilité tactile fine (épicrotique) ou la sensibilité thermo-algésique qui concerne la douleur et la température. Le deuxième type est la sensibilité proprioceptive (profonde). Elle englobe la sensibilité concernant la position des différents segments du corps dans l'espace (proprioception) et la sensibilité à la douleur (nociception). La proprioception est à la base de la régulation du tonus musculaire et de l'équilibre. Elle participe largement au développement et au maintien du schéma corporel, avec d'autres sensibilités. Certains nerfs se projettent d'ailleurs dans le cervelet, qui est un des centres du système d'équilibration. Enfin, on trouve la sensibilité intéroceptive (viscérale).

♦ **Les voies motrices**

Il y a aussi différentes voies descendantes ou motrices. D'abord on peut évoquer les voies pyramidales (ou voies de la motricité volontaire). Elles transportent des messages volontaires venant du lobe frontal du cerveau vers la périphérie. Ensuite, les voies extrapyramidales (ou voies de la motricité involontaire), qui transportent des influx provenant aussi du cerveau et du tronc cérébral, plus précisément de différents centres nerveux sous-corticaux, par les cordons de substance blanche de la moelle épinière.

1.3. La lésion médullaire cervicale

La lésion médullaire coupe la communication entre le cerveau et le corps. A chaque étage de moelle se situe des voies nerveuses ascendantes, descendantes, qui seront impactées par cette lésion. Dans la clinique, les atteintes les plus prégnantes sont celles de la motricité volontaire et de la sensibilité.

1.3.1. Étiologie

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) : « Les causes traumatiques sont responsables de plus de la moitié des étiologies de la lésion médullaire » (2007). Mais la cause peut être vasculaire, infectieuse, malformative, tumorale ou métabolique. Je m'intéresserai uniquement aux lésions médullaires traumatiques : accident de voiture, chute ou accident sportif, blessure par balle...

Une lésion peut être provoquée par des phénomènes de lacération, de cisaillement, d'extension aiguë des voies nerveuses. Les axones des nerfs dégénèrent, la connexion entre les neurones est alors perturbée, et le flux d'informations entre la moelle épinière et le cerveau est interrompue.

1.3.2. Caractéristiques

La lésion médullaire engendre une plégie ou une parésie, selon si la lésion est complète ou incomplète. Dans le cas d'une lésion cervicale : si la lésion est complète, elle entraînera une atteinte totale de la motricité et/ou de la sensibilité, ce sera alors une tétraplégie. Mais si la lésion cervicale est partielle, alors elle entrainera une atteinte partielle de la motricité et/ou de la sensibilité : on appelle cela la tétraparésie.

Le niveau métamérique ainsi que l'étendue de la lésion vont déterminer les incidences de la lésion. Plus la lésion sera haute, plus le corps sera atteint sur les parties supérieures. Une lésion lombaire ou dorsale engendrera une atteinte motrice et/ou sensitive des membres inférieurs (paraplégie ou paraparésie). Une lésion cervicale engendrera une atteinte motrice et/ou sensitive des membres inférieurs et des membres supérieurs (tétraplégie ou tétraparésie). Cependant, une lésion complète au-dessus de C4 entraîne le décès du sujet car il y a une atteinte du nerf phrénique entre C3-C4 responsable de la respiration et de l'innervation du diaphragme.

Dans le cas d'une contusion médullaire, le patient est souvent amené à porter un corset et à rester immobilisé, afin de stabiliser la lésion et d'éviter son expansion. Pour certains traumatismes engendrant une fracture des vertèbres, le port du corset peut aussi être préconisé pour éviter toute complication au niveau du canal rachidien et donc de la moelle épinière, puisque la structure osseuse protectrice de celle-ci est endommagée.

Certaines lésions peuvent nécessiter une intervention chirurgicale du rachis afin de réduire les lésions, décompresser la moelle, stabiliser le rachis. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) est d'abord effectuée afin d'évaluer la nécessité ou non d'une intervention chirurgicale.

1.3.3. Conséquences de la lésion médullaire et répercussions psychomotrices

Chaque lésion médullaire est singulière, tant au niveau des répercussions psychomotrices, sensorielles, psychologiques que concernant les déficiences associées.

❖ Troubles et déficiences associées

A la lésion engendrant des troubles moteurs et sensitifs peuvent s'associer de nombreux troubles. Les troubles somatiques engendrés par les troubles moteurs sont les suivants : troubles respiratoires, troubles cardio-vasculaires, escarres, troubles vésico-sphinctériens, troubles génito-sexuels, troubles digestifs (constipation, douleurs abdominales), complications neuro-orthopédiques, complications métaboliques... Des troubles végétatifs peuvent s'associer à cela (hypotension orthostatique, hyperréflexie autonome). Aussi, il faut être vigilant à la survenue d'un trouble psychique réactionnel au vécu du traumatisme ou du handicap (trouble anxio-dépressif par exemple). Pour terminer, je mets particulièrement l'accent sur un trouble du tonus qu'on appelle la spasticité. Elle se caractérise par une exagération involontaire et permanente du tonus musculaire et plus particulièrement des circuits réflexes, par absence de rétrocontrôle d'inhibition de ces derniers. On observe une résistance du muscle à son étirement, et donc une gêne supplémentaire dans le mouvement, parfois associée à une douleur.

❖ Évaluation

Les déficiences existantes sont évaluées par des bilans (épreuves fonctionnelles, électrocardiogramme, scanner, radiographies articulaires ...), et elles constituent « la première étape de la prise en charge du blessé médullaire » (Mailhan, 2002). L'examen de

la motricité volontaire et de la sensibilité permet de définir le niveau médullaire des lésions. Cela permet d'établir un score (moteur et sensitif) : le score ASIA, codifié par l'American Spinal Injury Association (cité par Dubousset, 2005, p. 1177). Le caractère complet ou incomplet de la lésion est défini par la présence ou non d'une sensibilité ou motricité aussi moindre qu'elle puisse être au niveau sous-lésionnel.

❖ Répercussions psychomotrices

Les désorganisations psychomotrices sont secondaires à la lésion médullaire et aux déficiences associées.

On peut observer des perturbations du schéma corporel : désorganisation, appauvrissement. Il faut distinguer le trouble du schéma corporel d'une perturbation : le trouble est secondaire à une lésion neurologique et plus précisément une lésion des aires cérébrales du schéma corporel (lobe pariétal droit chez un sujet droitier) ou une amputation (membre fantôme). Ce n'est alors pas le cas dans le cadre de la lésion médullaire. Alors qu'une perturbation du schéma corporel peut survenir à n'importe quel moment, sans forcément d'atteinte neurologique. Pour déceler des perturbations du schéma corporel, « il est important de considérer au-delà d'un symptôme ce que celui-ci peut engendrer en parallèle dans la structuration, la perception, le vécu du corps de la personne » (Barrou & Sarraf, 2014, p. 62). J'évoquerai plus loin dans la partie théorique de quelle manière la lésion médullaire traumatique peut venir perturber le schéma corporel et l'image du corps. Mais il faut savoir qu'au-delà des perturbations du schéma corporel, existent des troubles tels que l'héminégligence ou l'asomatognosie (héminégligence corporelle) par exemple. Ces troubles peuvent s'accompagner d'une anosognosie (incapacité neurologique à avoir conscience de ses troubles). Cependant, ceux-ci ne sont pas caractéristiques du blessé médullaire.

On peut aussi observer des perturbations de l'image du corps et de l'estime de soi, selon l'impact du handicap sur le vécu du corps, sur l'identité, sur la vie quotidienne...

Des troubles de la régulation tonico-émotionnelle peuvent apparaître, engendrés par la spasticité, par la gestion des difficultés dues au handicap. On peut observer des tremblements d'action, des difficultés à se relâcher par exemple.

Aussi, dans les perturbations de l'organisation psychomotrice du sujet peuvent apparaître des troubles de l'équilibre secondaires à des troubles de la sensibilité profonde (proprioception), ou à l'hypotension orthostatique, aux limitations motrices qui ne permettent plus d'effectuer certains mouvements...

1.3.4. Prise en charge de la tétraparésie

La prise en charge vise à éviter les complications d'une part, mais aussi à aider à la récupération et la compensation des incapacités et du handicap par un suivi en rééducation et réadaptation. Comme le disent L. Mailhan et F. Grenêt, la prise en charge en services de médecine physique et de réadaptation ne se limite pas à la prise en charge des troubles moteurs. Il appartient aux professionnels de santé de prendre également en charge les déficiences associées, de pallier les incapacités et de réduire le handicap de ces personnes (Mailhan & Genêt, 2002).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande : « une prise en charge multidisciplinaire globale, coordonnée entre différents intervenants, dans un centre spécialisé assurant des réunions de concertation multidisciplinaire. » (2007). Cependant en 2007, elle ne recommandait pas l'intervention du psychomotricien lorsqu'elle évoquait l'intervention des professionnels paramédicaux auprès des blessés médullaires.

Des traitements pharmacologiques sont envisagés pour traiter les déficiences associées, mais aucun traitement spécifique de la lésion médullaire à proprement parler n'a d'efficacité démontrée chez l'homme. Pour traiter la spasticité lorsqu'elle est trop invalidante, des injections de toxine botulique en intramusculaire peuvent être proposées. L'effet est momentané (sur quelques mois) et la baisse de la spasticité s'accompagne d'une diminution de la force musculaire.

1.3.5. Quels remaniements neurologiques après la lésion médullaire ?

Comme il n'y a pas de lésion cérébrale, on ne peut pas parler de plasticité cérébrale. De nombreux écrits au sujet des remaniements neurologiques chez le sujet cérébrolésé ou victime d'atteinte périphérique (amputation notamment) existent, mais assez peu concernant le blessé médullaire.

« La section de la moelle épinière est une lésion irréversible » (Brunelli, 2005, p. 1135). Physiologiquement, le corps ne peut pas remplacer les cellules nerveuses perdues secondairement à un traumatisme médullaire, donc l'altération de la moelle épinière est définitive. Même si les axones régénèrent en partant du cerveau, « la section de la moelle ne permet pas la progression des axones qui régénèrent du cerveau vers les motoneurones périphériques » (Brunelli, 2005, p. 1136), c'est la non-permissivité de la moelle épinière.

Cependant, les lésions partielles permettent des récupérations spontanées, la présence d'axones intacts traversant le niveau lésionnel est encourageante pour la rééducation.

L'étude des lésions de la moelle épinière a commencé à la fin du XIXe siècle. A ce jour, des études sur les capacités de régénération de la moelle épinière, sur la limitation des dommages additionnels à la lésion, sur le développement de neuroprothèses, ainsi que sur l'intervention chirurgicale réparatrice sont en cours (implantation de cellules souches par exemple, afin d'augmenter la potentialité de la récupération fonctionnelle). Les résultats des recherches récentes « ouvrent des horizons nouveaux et semblent effacer le dogme de l'incurabilité des lésions de la moelle épinière » (Brunelli, 2005, p. 1148).

La lésion médullaire a une incidence sur le cerveau du fait des troubles moteurs et sensitifs et de la rupture précédemment décrite dans la conduction des messages nerveux. Cela engendre une diminution de stimulation de certaines zones des aires cérébrales (sensitives et motrices principalement), sujettes alors à des remaniements neurologiques.

2. La sensation au carrefour du neurologique et du psychique

L'aspect neurologique de la sensation ayant déjà été expliqué ci-dessus, je n'y reviendrai pas dans cette partie. Après avoir détaillé les différents types de sensibilité ainsi que les voies nerveuses qui interviennent, il me paraît pertinent de s'intéresser au processus psychique intervenant dans l'interprétation des sensations par le cerveau et l'appareil psychique.

2.1. Le système perception-conscience : de la sensation à la représentation

S. Freud décrit le système perception-conscience afin de modéliser l'appareil psychique. Cela permet de penser le trajet de la sensation somatique (interne ou externe) à travers cet appareil pour devenir consciente. L'appareil psychique est alors chargé de transformer les excitations qui affectent sa surface somatique en représentations conscientes : c'est la symbolisation. Ce système se compose de : « la réalité extérieure, les organes sensoriels, les mémoires, le système préconscient-conscient, la motricité. » (Boulangier, 2018, p. 782). La sensation résulte d'une stimulation de la surface corporelle et fait surgir une perception. Celle-ci est ensuite transformée en représentation par l'appareil psychique et ses instances. Selon Freud, la sensation première est une excitation non symbolisée, et la peau, pourvue de récepteurs sensoriels est soumise à ces excitations : c'est le moi corporel.

L'appareil psychique est donc d'abord une surface (la peau) qui enregistre des excitations qui seront traitées. Le cerveau va traiter ces informations pour qu'elles atteignent l'autre partie de l'appareil psychique : la conscience. Ce processus de symbolisation est inconscient : les perceptions inconscientes sont sélectionnées notamment par le vécu antérieur du sujet, pour ainsi y donner du sens et l'inscrire dans la conscience. Tous ces processus modulent les informations perçues, qui parviennent à notre conscience, c'est pour cela que pour des mêmes stimuli sensoriels, on retient tous des choses différentes. La conscience que l'on a des choses que l'on perçoit est absolument unique et subjective. « Il ne peut y avoir de prise de conscience sans traitement antérieur inconscient [...]. Au-delà de ce traitement inconscient, c'est le préconscient qui assure le travail de remémoration en relayant et transformant les processus primaires en processus secondaires par sa capacité à figurer et à relier représentation de chose, de mot, d'action et affect pour présenter au moi une pensée élaborée, idéique et émotive » (cité par Boulanger, 2018, p. 782).

Les perceptions ont une valeur quantitative, alors que les représentations ont une valeur qualitative. Le passage de l'un à l'autre s'effectue par des processus intrapsychiques que je ne développerai pas. Ainsi, les excitations, sensations, perceptions deviendraient des affects, puis des émotions en se conscientisant, jusqu'à être un sentiment dans le stade le plus élaboré de la représentation.

Il est possible de rapprocher ce modèle psychanalytique à la neurobiologie en combinant les travaux de S. Freud et ceux de S. Dehaene : « chaque représentation mentale, chaque affect, chaque souvenir, chaque action, correspond à des oscillations synchrones de réseaux neuronaux » (cité par Boulanger, 2018, p. 779). Ainsi, le trajet de l'excitation à travers l'appareil psychique et le traitement de l'information par le cerveau seraient assimilables.

2.2. Les sensations par le toucher

2.2.1. Les fonctions physiologiques de la peau : la peau en tant qu'organe sensoriel

L'importance de la peau dans la vie de l'organisme est expliquée par A. Montagu. Elle assure quatre fonctions physiologiques :

- Protection contre les agressions mécaniques, les radiations et l'intrusion de manière étrangère,
- Organe sensoriel,

- Régulation thermique,
- Organe métabolique (réserves de graisse, eau et sel).

C'est l'organe le plus étendu du corps, et il occupe des aires très importantes au niveau cérébral. « La surface de la peau comporte un nombre énorme de récepteurs sensoriels qui reçoivent des stimulus de chaleur, de froid, de contact et de douleur » (Montagu, 1979, p. 10).

Cette surface corporelle est stimulée dès la naissance du jeune enfant par sa mère, lors du portage, de la tétée, du bain. Les toutes premières perceptions tactiles sont celles des contractions utérines pendant le travail (Montagu, 1979, p. 55), puis s'en suivent celles lors de la tétée : plongé dans un bain sensoriel entre portage par la mère, stimulation de la zone orale, sous le regard maternel, au son de sa voix et bercé par le mouvement de ses bercements. Les stimulations tactiles si précoces qu'elles puissent être sont désignées par A. Montagu comme des « soins maternels satisfaisants » (1979, p. 127), qui préparent le sujet à toutes les stimulations tactiles qu'il vivra dans sa vie. « Pour s'épanouir, l'enfant a besoin d'être touché, pris dans les bras, caressé, cajolé ; il a besoin qu'on lui parle, même s'il n'est pas nourri par le sein. Nous voulons insister ici sur l'importance du toucher, des caresses, des étreintes car même si bien d'autres choses lui manquent, il semble que ce soient là les sensations sécurisantes dont il a besoin fondamentalement pour survivre et avoir un minimum de santé » (Montagu, 1979, p. 71). A. Montagu vient souligner ici que le toucher serait primordial pour assurer le fonctionnement de base du bébé tant sur le plan physique que psychique.

Bien que sa constitution physiologique définitive soit acquise lors de la grossesse, la peau reste immature lors des premiers temps de vie. En effet, à la naissance, la peau du bébé est très fine, et celle-ci s'épaissit au cours de l'enfance. La peau physique n'assure alors son rôle de limite entre intérieur et extérieur du corps que partiellement lors des premiers temps de vie, du fait de son immaturité, mais alors qu'en est-il sur le plan psychique ?

2.2.2. Les fonctions psychiques de la peau : le moi-peau

Le concept du moi-peau repose sur les travaux de D. Anzieu. La peau dessine les limites du corps, elle est alors un contenant physique. L'idée que la contenance psychique

s'étaye sur la contenance physique de l'individu amène la question de la construction de la peau psychique quand la surface corporelle est encore immature.

Après une phase de dépendance symbiotique entre la mère et le nourrisson où tous deux sont dans une peau commune, celle-ci s'efface pour laisser place à la construction du moi-peau du bébé. Selon D. Anzieu, le moi-peau serait « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (cité par Pireyre & Delion, 2011, p. 80). La bonne construction du moi-peau assure alors les fondations de la pensée.

D. Anzieu détaille huit fonctions (selon lui, non-exhaustives) du moi-peau :

- La maintenance : à la manière dont la peau physique maintient le squelette et les muscles, le moi-peau permet le maintien du psychisme. Cela nécessite que le sujet intériorise le contact des mains de la mère. Cette fonction est exercée par ce que D. W. Winnicott a appelé le holding, « la façon de porter, de maintenir » (Winnicott, 1970, p. 14) le corps du bébé.
- La contenance : la peau contient tous les organes du corps de l'extérieur de celui-ci. De la même manière, le moi-peau enveloppe l'appareil psychique. Cette fonction se rapporte au handling : « la façon de soigner » (Winnicott, 1970, p. 14)
- La fonction de pare-excitation : là où la peau protège l'organisme des agressions extérieures, « le moi de l'enfant doit trouver sa propre peau, et non plus par l'intermédiaire de sa mère, un étayage suffisant pour assumer cette fonction face aux autres types d'agressions » (Anzieu cité par Pireyre & Delion, 2011, p. 81)
- L'individuation : la singularité de chaque peau permet au sujet de s'individualiser. Comme lien entre sensorialité, image du corps et identité, le moi-peau apporte au sujet le sentiment d'être unique.
- L'intersensorialité : le moi-peau relie les diverses sensations entre elles, en gardant la peau comme toile de fond où se situent tous les organes des sens.
- La fonction de soutien de l'excitation sexuelle : initialement, c'est la mère qui investit libidinalement la peau du bébé par les contacts peau à peau, préparatoires à l'auto-érotisme qui considère « les plaisirs de peau comme toile de fond habituelle des plaisirs sexuels » (Pireyre & Delion, 2011, p. 81).
- La recharge libidinale : le moi-peau a pour rôle de recharger libidinalement le fonctionnement psychique, en maintenant et répartissant la tension énergétique.

- L'inscription des traces sensorielles : la peau, en contact permanent avec l'extérieur en fournit des informations quant à la réalité, par les stimulations tactiles qu'elle reçoit.

Il paraît important de citer D. Anzieu lorsqu'il dit : « que toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique et que le moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau » (cité par Pireyre & Delion, 2011, p. 82). Ainsi, fonctions physiques et psychiques de la peau sont indissociables.

3. Le schéma corporel et l'image du corps : deux concepts structurants de l'unité psychocorporelle

Ce sont deux concepts se basant sur les liens entre le corps et le psychisme qui malgré leur grande proximité étymologique et sémantique, sont en réalité bien différents. Il est d'ailleurs classique de voir une opposition entre ces termes, tels que les a définis F. Dolto par exemple. Afin d'éviter toute confusion entre ces derniers, E. Pireyre propose de parler de « sensibilité somato-viscérale » (Pireyre & Delion, 2011, p. 11) plutôt que de schéma corporel, j'y reviendrai plus tard. Cette confusion n'est pas nouvelle, et le cas de ces deux termes n'est qu'un exemple, il existe en effet de nombreux modèles théoriques au sujet de l'unité psychocorporelle, qui ont chacun leur terminologie spécifique. Ces confusions étaient déjà décrites par J. De Ajuriaguerra en 1969.

Je choisis de ne développer que ces deux concepts car ce sont ceux à travers lesquels j'arrive à penser la clinique psychomotrice. Il est évident que ce n'est pas un point de vue unique, donc ma réflexion ne sera le reflet que d'une facette de l'unité psychocorporelle, telle que je la considère en psychomotricité avec Mme F.

Ces deux concepts permettraient « l'émergence des représentations corporelles » (Boutinaud, 2017) afin de structurer l'unité psychocorporelle du sujet. Celle-ci se constitue à travers les expérimentations d'une part sensori-motrices et d'autre part relationnelles, de l'enfant lors de son développement. Comme le disait Sigmund Freud : « le moi est avant tout corporel » (Freud, 1923), d'où l'importance d'avoir un vécu corporel unifié afin de structurer le psychisme du sujet.

3.1. Le schéma corporel

Ce sont les conceptions actuelles du schéma corporel telles que l'expliquent E. Pireyre et C. Morin, en reprenant bien sûr des théories antérieures, qui m'ont permis d'appréhender cette notion.

3.1.1. Une conception à la fois neurologique et psychologique

En 2013, C. Morin, médecin neurologue en service de rééducation neurologique, s'intéresse au schéma corporel et à l'image du corps chez le sujet cérébrolésé, entre les champs de la neurologie et de la psychanalyse.

Le concept de schéma corporel se réfère initialement au champ théorique de la neurologie. Les pionniers sont P. Bonnier, neurologue et psychiatre français, en 1902, et H. Head, neurologue anglais, en 1920. La notion de schéma corporel émerge après l'étude des troubles de la représentation du corps chez les sujets porteurs de lésions neurologiques (syndrome de Gertschman, troubles asomatognosiques...). A cette époque, ces neurologues qualifient le schéma corporel « comme une représentation permanente, une figuration spatiale du corps et des objets » (Boutinaud, 2017), en utilisant le terme « schéma » pour exprimer la « figuration topographique de notre moi » (Morin, Thibierge, & Derouesné, 2013, p. 4), à la fois corporel et psychique. Le schéma corporel serait alors une intégration psychique du corps dans sa réalité fonctionnelle, à travers un modèle postural. On considère alors que le cerveau dispose d'une représentation non-consciente du corps. Mais d'après C. Morin : « on ne peut pas parler de schéma corporel sans le « subjectiviser ». » (Morin et al., 2013, p. 2)

Il est intéressant de mentionner qu'en 1999, Paillard confirme que le schéma corporel dans sa composante de repérage topographique ne dépend pas directement des afférences sensorielles, en faisant l'expérience de la juste localisation d'un stimulus tactile sur un hémicorps privé de sensibilité conscience.

C'est lorsque le psychologue H. Wallon en 1943 s'intéresse au schéma corporel à travers la construction de la conscience de soi chez l'enfant, qu'il le définit à travers un référentiel théorique dans le champ de la psychologie. Il sépare cette notion du champ de la médecine en considérant qu'elle n'est pas une donnée pré-existante. Selon lui, le schéma corporel joue un rôle important dans « la différenciation entre le corps propre et le monde extérieur » (cité par Boutinaud, 2017), nécessitant pour l'enfant d'assembler toutes les parties de son corps dont il a conscience. C. Morin précise que c'est afin d'organiser le corps

comme une entité, et non comme une somme de parties dissociées. Wallon attribue aussi une place à l'environnement, car selon lui, c'est la relation à autrui qui permet à l'enfant la construction de son schéma corporel.

3.1.2. Une conception anatomo-physiologique et neurosensorielle

C'est J. De Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste en 1970 qui donne la définition la plus complète de cette notion : « édifié sur les 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 » (De Ajuriaguerra, 1970/1974). Il propose alors une conception dynamique du schéma corporel, qui n'est pas immuable, mais qui s'actualise constamment au gré des informations sensorielles, proprioceptive, vestibulaires. Il est alors une construction basée à la fois sur l'histoire du sujet et sur le moment présent.

Afin de clarifier et de différencier les concepts de schéma corporel et d'image du corps, E. Pireyre en 2011 propose le terme de sensibilité somato-viscérale pour remplacer le schéma corporel, en prenant en compte, non seulement les impressions externes comme De Ajuriaguerra, mais aussi la sensibilité interne du fonctionnement physiologique du corps. Cela permet alors au sujet de sentir son corps exister, non seulement de l'extérieur mais aussi de l'intérieur. Tous deux réduisent le schéma corporel à une forme d'équipement neurosensoriel. Selon E. Pireyre, la sensibilité somato-viscérale est une sous-composante de l'image composite du corps.

Cette conception anatomo-physiologique est étayée et prolongée par J-D. Nasio, psychiatre et psychanalyste, en 2007 : « Nous définissons donc le schéma corporel comme la représentation préconsciente que nous avons de notre corps lorsqu'il est vu dans ses déplacements, perçu dans son mouvement, reconnu dans son tonus, ajusté dans son équilibre, jaugé dans son épaisseur et ses limites et, pour tout dire, situé dynamiquement dans l'espace. » (Nasio, 2006, p. 171)

Je terminerai la définition du schéma corporel par une citation de J-D. Nasio, : « c'est une représentation interne, préconsciente du corps, mais d'un corps muet, hors de la relation avec l'autre, d'un corps qui n'est pas investi par la libido. » (Nasio, 2006, p. 171). C'est selon moi cette notion de corps hors de la relation à l'autre et non-investi libidinalement, qui distingue le schéma corporel de l'image du corps.

3.2. L'image du corps

P. Schilder, psychiatre et psychanalyste autrichien en est le pionnier en 1935, mais je ne développerai pas ses propos, car ils entretiennent à mon sens une trop grande confusion entre schéma corporel et image du corps. Sa conception est complétée par Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste française, à partir de 1956, elle parle d'image inconsciente du corps. D'après elle, les trois instances psychiques freudiennes (Ça, Moi, Surmoi) régissent l'image du corps du sujet. Là où le schéma corporel est souvent considéré comme conscient, l'image du corps est fondamentalement inconsciente.

3.2.1. Structure et aspects dynamiques

❖ L'image inconsciente du corps

F. Dolto (1984) considère l'image inconsciente du corps comme investie par la libido et porteuse de désir. Elle serait la synthèse dynamique de trois modalités :

- L'image de base : qui permet au sujet de se ressentir dans une continuité spatio-temporelle. Ce qui rappelle le sentiment de continuité d'existence évoquée par D.W. Winnicott (1953/2006).
- L'image fonctionnelle : équivalente à l'identité. Renvoie à l'investissement libidinal de certaines zones corporelles, liées aux enjeux de plaisir, déplaisir, et de manque, désir.
- L'image érogène : équivalente à l'identité sexuée du sujet.

Aussi, la dynamique intersubjective de l'image du corps me semble importante à mentionner. L'image du corps est vue dans le regard de l'autre, par ce qu'il nous renvoie, donc elle est « mémoire inconsciente de tout vécu relationnel et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle » (Dolto, 1984).

Le développement de l'image du corps est considéré comme hétérochrone, car chaque modalité citée ci-dessus évolue au cours du développement psychoaffectif du sujet.

Cette hétérochronie décrite par F. Dolto, associée aux découvertes de A. Damasio amènent à la conception à mon sens plus complète, d'une image composite du corps, par E. Pireyre.

❖ L'image composite du corps

L'image composite du corps décrite par E. Pireyre (2011) prend en considération les travaux de F. Dolto, en ajoutant des facettes non négligeables de la clinique psychomotrice. Ainsi selon lui, l'image du corps « se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés (systèmes somesthésiques et viscéral), elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses, elle est investie par la libido » (Pireyre & Delion, 2011, p. 47). Loin d'une conception monolithique, il décrit neuf facettes de cette image composite du corps :

- La sensation de continuité d'existence : qui est relié à la sensorialité ainsi qu'au développement psychoaffectif,
- L'identité : construite sur la sensorialité et le dialogue tonico-émotionnel dans les premiers mois de vie, « les parents assignent son identité à leur enfant » (Pireyre & Delion, 2011, p. 66),
- L'identité sexuée : s'élabore secondairement à la différenciation biologique des sexes, à partir des sensations corporelles, de l'assignation identitaire par les parents ainsi que des croyances sociales et subjectives,
- La peau physique et psychique : démontre l'indéniable place de la peau et des orifices dans l'image du corps. Le moi-peau exposé plus haut en est la principale composante,
- La représentation de l'intérieur du corps : explique l'importance de la charpente osseuse, de la solidité de l'axe corporel et du tonus. La représentation de l'intérieur du corps et de sa solidité est concomitante à celle de la peau physique et psychique,
- Le tonus : sous l'influence de la maturation neurologique ainsi que de la qualité des premières relations. « Il s'agit alors de traces, inscrites dans le corps, des premières expériences relationnelles » (Pireyre & Delion, 2011, p. 110),
- La sensibilité somato-viscérale : selon E. Pireyre « il n'existe pas de « sensation » (c'est-à-dire d'information sensorielle non traitée par le système affectif et/ou cognitif) qui court de la périphérie aux centres cérébraux » (Pireyre & Delion, 2011, p. 121), ce sont en réalité des perceptions, connotées affectivement et cognitivement,
- Les compétences communicationnelles du corps : ce que H. Wallon et J. de Ajuriaguerra appellent le dialogue tonico-émotionnel, à travers l'attitude, les mimiques, les émotions, les variations toniques, l'écoute et le regard (cités par Pireyre & Delion, 2011, p. 134),
- Les angoisses corporelles archaïques : inconscientes, elles peuvent être réactivées dans certains moments de vie.

3.2.2. L'intrication du schéma corporel et de l'image du corps

Comme le dit F. Dolto : « c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » (1984, p. 23), c'est pourquoi pour faciliter leur compréhension, ils peuvent être considérés comme opposés, mais ils sont en réalité indissociables. On ne peut pas considérer l'un complètement isolé de l'autre, notamment lorsqu'on parle de l'organisation psychomotrice d'un individu. En tant que psychomotriciens, nous sommes confrontés à cette articulation entre neurophysiologie et psychique.

3.3. La construction et la conservation d'une unité psychocorporelle stable

3.3.1. La construction du schéma corporel et de l'image du corps

Comme l'exprime J.-M. Gauthier : « l'enjeu du développement pour l'enfant est l'appropriation de son corps » (citée par Potel, 2010, p. 131), qui s'étaye sur deux fonctions maternelles (parmi d'autres) théorisée par le pédopsychiatre et psychanalyste D.W Winnicott : le *holding* et le *handling*. L'assouvissement des besoins corporels du nourrisson par sa mère, et ce dès la naissance, permet à l'enfant de débiter une ébauche de représentation corporelle, à travers l'interprétation de son corps par sa mère. Elle satisfait ses besoins corporels mais aussi psychiques, en étant suffisamment bonne. D'une première indifférenciation mère/bébé va naître la différenciation, à travers la réciprocité des échanges, du toucher, du plaisir sensoriel, du « dialogue tonico-émotionnel » (De Ajuriaguerra, 1970, p. 240) dans le portage physique et psychique, adéquat ou non.

Le schéma corporel comme connaissance que le sujet a de lui-même, en tant qu'être corporel, lui permet de situer son corps dans le temps et dans l'espace. Le corps est alors considéré comme un instrument permettant au sujet d'agir dans l'espace. Mais avant de découvrir l'espace environnant, il faut à l'enfant découvrir son premier espace à soi : son corps. Le schéma corporel se construit d'une part avec la maturation physiologique du système nerveux, et d'autre part en relation avec l'environnement et à travers des expériences sensori-motrices. Comme le dit C. Potel : « Le plaisir sensorimoteur, c'est avoir et sentir son corps, vivant, avec des sensations diverses et variées. Ça sert à se construire. » (Potel, 2010, p. 136). Le processus en jeu dans la période sensori-motrice est qualifié de

représentation corporelle, telle qu'elle est décrite par A. Bullinger (cité par Meurin, 2018, p. 58). Cette représentation ne serait pas à concevoir au sens de la représentation freudienne (système perception-conscience), mais comme « un processus vital, une puissance à faire du lien, en relation avec la puissance d'agir par les propriétés de l'organisme » (Meurin, 2018, p. 58). Alors, les représentations corporelles seraient des soubassements du schéma corporel et de l'image du corps, bien antérieures à l'émergence de représentations dans la conscience ou l'inconscient. La perspective développementale et instrumentale de A. Bullinger (2004) s'appuie sur les travaux de J. Piaget quant aux processus sensori-moteurs, et de H. Wallon au sujet de la dimension tonico-émotionnelle. Durant le développement sensori-moteur, l'organisme se modifie et les représentations se transforment selon trois niveaux de connaissance : « les interactions, l'espace du geste et l'effet spatial du geste » (Meurin, 2018, p. 55). C'est ainsi qu'A. Bullinger a décrit les conditions nécessaires au bébé pour qu'il puisse habiter son organisme, pour en faire un corps, par l'instrumentation de celui-là (2004). C'est de cette manière que l'enfant va découvrir « la maîtrise qu'il peut exercer sur les choses et sur son entourage » (Potel, 2010, p. 135).

Dans l'image du corps, le désir a une place centrale. Désir dont les modes de satisfaction et les objets sont différents selon les étapes du développement psychoaffectif du sujet. Ainsi, la construction de l'image du corps est concomitante au développement psychoaffectif du sujet. Ce développement est régi par un nombre de « castrations symboligènes » (Dolto, 1984, p. 78), qui constituent des étapes structurantes du développement psychoaffectif du sujet, et qui induisent une évolution de l'image du corps par déplacement de la zone corporelle investie libidinalement. Le développement psychoaffectif débute dès la naissance. A l'âge de 3 mois l'enfant subit une première castration symboligène lors de la différenciation mère/bébé, et la majorité des étapes du développement psychoaffectif a lieu dans les premières années de vie du sujet. Ainsi, F. Dolto considère une construction très précoce de l'image du corps dans la période de l'archaïque, dont les bases structurantes sont inhérentes au développement psychoaffectif. Le stade du miroir entre 6 et 18 mois est un stade structurant de l'identité. Image spéculaire dans laquelle l'enfant se rend compte de la différence entre apparence extérieure et vécu intérieur car le miroir est un reflet incomplet, qui ne reflète pas la libido.

3.3.2. L'unité psychocorporelle au cours de la vie du sujet : entre stabilité et remaniements

❖ Remaniements journaliers

L'unité psychocorporelle, une fois construite au cours de l'enfance, a une structure dynamique au cours de la vie, elle est à la fois stable, et constamment remaniée. Le schéma corporel est selon C. Morin « constamment remis à jour » (Morin et al., 2013, p. 7). Mais à cette constante remise à jour est associée une certaine stabilité : « ce qui est frappant, c'est aussi sa stabilité à un moment donné, puisqu'il résiste aux modifications traumatiques ou aux manipulations du corps physique. [...] d'où l'expression du membre fantôme. » (Morin et al., 2013, p. 7).

❖ Remaniements dans les grandes crises de la vie : l'exemple du vieillissement

Cette stabilité psychocorporelle est questionnée et mise à mal lors de diverses épreuves que traverse le sujet. On peut appeler ces moments de vie des crises identitaires. La crise d'adolescence, la grossesse ou le vieillissement en sont des exemples.

Prenons le cas du vieillissement normal. Lors de ce processus, le schéma corporel est remanié, il « intègre les modifications progressives liées au vieillissement » (Morin et al., 2013, p. 7). Les modifications physiologiques liées au vieillissement ont un retentissement sur le vécu corporel du sujet, sur sa façon de le sentir, de l'investir. Le corps vieillissant, entraîne un appauvrissement du schéma corporel et incite le sujet à revisiter son image du corps. La diminution des informations sensorielles, proprioceptives, kinesthésiques, tactiles due à la dégradation des structures nerveuses et des appareils sensoriels perturbe la connaissance du corps et le rapport des segments entre eux. Aussi, les expériences corporelles susceptibles de maintenir le schéma corporel à jour se raréfient par la diminution de la mobilité chez le sujet vieillissant. Ces informations permettent de comprendre la déstructuration du schéma corporel au cours du vieillissement.

Concernant l'image du corps, la notion d'enveloppe corporelle est atteinte, la peau se détériore, modifiant les traits du visage, l'aspect des cheveux... La forme du corps est sujette à des modifications : prise de poids, perte de masse musculaire, tassement de l'axe, modifications des courbures et de la posture entraînant une modification de l'aisance corporelle notamment lors des déplacements. Tout cela corrélé à la réduction du tissu social de la personne âgée favorise alors un repli sur soi. On voit alors que l'image du corps du sujet âgé est sujette à des remaniements elle aussi, afin de tendre vers un réajustement identitaire.

3.3.3. L'accident comme traumatisme venant effracter le schéma corporel et l'image du corps

Le traumatisme médullaire, au même titre que l'AVC ou le traumatisme crânien, peuvent avoir des répercussions d'une part motrices et/ou sensorielles, mais aussi psychologiques (et cognitives en ce qui concerne la cérébrolésion).

Pour revenir au cas de la lésion médullaire traumatique, la perte motrice, la perte sensitive, l'éventuelle chirurgie, le port de corset, l'utilisation d'aides techniques, le vécu de l'histoire médicale et les répercussions sur la vie quotidienne, relationnelle et professionnelle sont autant de facteurs qui viennent impacter la stabilité du schéma corporel et de l'image du corps. En effet, « le schéma corporel est profondément remanié par toute atteinte sensorielle, kinesthésique, labyrinthique, visuelle et cognitive. Une longue période d'alitement, une atteinte sensorielle, tonique, motrice, des phénomènes douloureux (douleurs chroniques ou paresthésies) génèrent une désafférentation sensorielle source majeure de désorganisation du schéma corporel (perte de schèmes moteurs, posturaux, asomatognosie...). Dans cet appauvrissement sensori-moteur associé ou non à une désorganisation des repères de base, s'ancre souvent un désinvestissement du corps en mouvement dans l'espace ou d'une partie du corps. Nous parlons bien là du lien avec le corps, de l'investissement basé sur le schéma corporel du moment, donc de l'image du corps. Nous voyons, dès lors, la rapidité du passage de l'un à l'autre, quelle que soit l'intensité des troubles. » (Barrou & Sarraf, 2014, p. 62). Bien au-delà des marques physiques, l'histoire de l'accident à l'hospitalisation peut laisser des marques psychiques, le vécu d'un corps morcelé... Ces vécus traduisant une fragilisation de l'image du corps dans certaines de ses composantes sont visibles dans les dessins de « personnage humain » (Barrou & Sarraf, 2014, p. 63).

Les troubles directement liés à la lésion sont généralement rapidement pris en charge, mais les perturbations secondaires à cela sont souvent abordées dans un second temps.

C'est en portant l'attention sur le vécu du patient dans son corps blessé, que l'on pourra comprendre les remaniements de son schéma corporel et de son image du corps. Ainsi, on peut considérer l'accompagnement du sujet victime d'un accident venant remettre en mouvement l'équilibre de son unité psychocorporelle, comme un axe du suivi psychomoteur.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

Je vais maintenant présenter l'établissement dans lequel j'effectue mon stage, ainsi que Mme F. et les moments cliniques évocateurs en lien avec ma problématique.

1. Présentation de l'établissement

1.1. Fonctionnement de l'établissement

J'effectue mon stage dans une clinique spécialisée dans les soins de suite et de réadaptation polyvalents (SSR). Plus particulièrement, cet établissement accueille des patients concernés par des affections du système nerveux, de l'appareil locomoteur, du système digestif, métabolique et endocrinien. Il se compose d'un service d'hospitalisation complète (HC) et d'un service d'hôpital de jour (HDJ). Je vais m'attacher à détailler le fonctionnement de ce-dernier, car c'est là-bas que j'effectue mon stage.

L'HDJ est divisé en trois pôles :

- HDJ neurologique : suites d'accident vasculaire cérébral, blessés médullaires, affections neurodégénératives,
- HDJ locomoteur : pathologies du dos, du membre supérieur, du membre inférieur et pathologies rhumatologiques,
- HDJ nutrition : obésité, maladies endocriniennes, maladies cardio-vasculaires.

Les patients sont reçus pour un rendez-vous de préadmission, puis s'élabore le projet thérapeutique. C'est sur ce projet thérapeutique que se fondent les suivis rééducatifs pluridisciplinaires. Les patients viennent à la demi-journée, plusieurs fois par semaine, pour au moins deux séances de rééducation à chaque venue. Des séances de groupe comme des séances individuelles peuvent être proposées aux patients, selon leur projet de soin. Leur prise en charge est discutée en équipe toutes les 4 à 5 semaines à l'occasion de la synthèse pluridisciplinaire hebdomadaire, et réévaluée par des bilans. L'équipe se compose du médecin MPR (médecine physique et de réadaptation), d'infirmiers, de rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, moniteurs en activité physique adaptée (APA), neuropsychologues), d'un psychologue et d'une assistante sociale.

1.2. Place de la psychomotricité

L'objectif d'un service de rééducation fonctionnelle est d'abord d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes en situation de handicap, en intervenant en équipe pluridisciplinaire. Le psychomotricien pourrait être celui qui s'intéresse plus spécifiquement au sujet à travers son vécu corporel, et son vécu du handicap. Bien que chaque projet thérapeutique soit singulier et propre au patient, le psychomotricien s'intéresse au corps dans la manière dont le patient le perçoit et l'intègre, à l'investissement des fonctions psychomotrices, et plus largement aux remaniements psychomoteurs du sujet face au handicap et à tout ce que cela implique dans la vie du sujet. Le but est que le patient ait un rapport le plus apaisé possible à son corps et à son handicap. Tous les professionnels de l'équipe travaillent très en lien.

Il y a trois psychomotriciens qui travaillent à l'HDJ, et chacun d'entre eux mène des séances individuelles, et des séances groupales co-animées avec d'autres professionnels.

1.3. Ma place en tant que stagiaire

Je suis présente dans l'établissement un jour et demi par semaine, au cours duquel j'assiste à la synthèse pluridisciplinaire et à une journée de séances en psychomotricité avec mon maître de stage, qui suit les patients en neurologie.

Lors des séances, j'ai d'abord une place observatrice, selon les médiations utilisées, je reste plus en retrait et j'observe (en relaxation par exemple), et je participe à certaines séances plus activement lors de jeux à trois notamment. Au fil du stage, je suis de plus en plus active dans le soin, et je commence à voir des patients seule en séance au bout de 4 mois de stage.

2. Mme F. : présentation générale

J'ai choisi de présenter le travail effectué avec Mme F. pour illustrer la réflexion de mon mémoire. J'ai recueilli les informations dans le dossier médical de la patiente, directement auprès d'elle, lors des synthèses pluridisciplinaires et lors des discussions avec les professionnels qui la suivent.

2.1. Pourquoi vais-je vous présenter Mme F. ?

Lorsque je rencontre Mme F. pour la première fois, je suis impressionnée par ses capacités d'accès au corps et de verbalisation en séance qui m'aident à me faire une

représentation de ce qu'elle vit. Aussi, je suis interrogée par les répercussions que peuvent avoir les séances en psychomotricité sur ses sensations et perceptions corporelles ainsi que sur les représentations qui en émanent.

Même si j'ai dans un premier temps une place observatrice en séance, Mme F. ne m'exclut pas de celle-ci, s'adresse à la fois au psychomotricien et à moi. J'ai eu l'impression d'avoir d'emblée une place dans la séance, et de ne pas être en position d'observation passive, sauf lorsque le cadre de la séance l'imposait, lors des moments de relaxation menés par mon maître de stage par exemple.

2.2. Anamnèse

2.2.1. Situation de vie

Mme F. a 57 ans, elle est pacsée et n'a pas d'enfant. Elle vit avec son conjoint depuis début septembre, avant quoi elle vivait seule, dans une autre région de France. L'accident de Mme F., la restriction de son autonomie et l'évolution de sa prise en charge vers l'HDJ ont amené le couple à emménager temporairement ensemble, chez son conjoint. Avant l'accident, elle était secrétaire dans les ressources humaines.

Cette dame aux cheveux châtain mi- longs et aux yeux marrons a un physique qui malgré son handicap, m'évoque ses pratiques sportives antérieures. En effet, elle pratiquait l'équitation, la course et la randonnée avant son accident.

2.2.2. L'accident

Mme F. est tombée de cheval début juin 2018 à la suite d'un déséquilibre. Lors de cette chute, elle portait un casque et fut projetée à 3 mètres. Le service d'aide médicale urgente (SAMU) qui intervient sur les lieux de l'accident la transfère au centre hospitalier universitaire (CHU) où elle sera hospitalisée du jour de son accident jusqu'à son arrivée en HDJ.

2.3. Parcours de soin : de l'accident à l'hôpital de jour

2.3.1. L'hospitalisation complète au centre hospitalier universitaire

Au sein du CHU, elle est d'abord prise en charge en service de réanimation pendant quatre jours, puis en service de traumatologie et neurochirurgie pendant dix jours. Ensuite Mme F. restera hospitalisée deux mois et demi dans un centre de convalescence et de rééducation neurologique.

Lors de son arrivée, les examens révèlent plusieurs traumatismes : traumatisme facial, traumatisme crânien sans perte de connaissance, et traumatisme cervical responsable d'une tétraparésie. Le body scanner met en avant une fracture des os propres du nez, et l'IRM du rachis montre une contusion médullaire des vertèbres cervicales C3 à C6 ainsi que des fractures et tassements des vertèbres thoraciques T8 à T10. Il n'y a pas eu de chirurgie, et Mme F. a été immobilisée par une minerve et un corset rigide durant toute la durée de son séjour au CHU, afin de consolider les vertèbres thoraciques fracturées, de limiter les complications des fractures et d'éviter que la contusion médullaire ne se complique aussi. Début septembre, Mme F. a quitté l'hospitalisation complète et pour arriver quelques jours plus tard à l'HDJ où elle vient encore actuellement.

Au CHU, Mme F. était suivie en rééducation en kinésithérapie, en ergothérapie et en APA, pour travailler : le schéma de marche, l'endurance, les amplitudes articulaires, le renforcement musculaire, les étirements, les coordinations ainsi que la dextérité manuelle et la préhension. Elle pratiquait la relaxation en APA. Elle était décrite comme une patiente très motivée, participative et réceptive aux exercices d'auto-rééducation. Le compte rendu du CHU pour l'HDJ décrit une évolution positive de Mme F. avec une bonne récupération des membres inférieurs : un examen de la force musculaire montrant la possibilité d'un mouvement complet contre une résistance de degré faible. Au niveau des membres supérieurs, le déficit est plus prononcé, surtout en distal avec une contraction perceptible, mais sans mouvement. Les amplitudes articulaires des membres supérieurs sont limitées, surtout à gauche (élévation de l'épaule de 25°, extension du coude limitée). Il est dit que Mme F. marche sans aide technique, que la marche se réalise avec une augmentation du polygone de sustentation et une grande concentration, le déroulé du pas est limité. Une raideur du rachis dorsolombaire est notée et Mme F. est décrite comme peu spastique.

A la fin de la lecture de son dossier médical du CHU, j'ai l'impression d'une rééducation très fonctionnelle, et je n'ai pas d'informations sur la manière dont Mme F. se vit dans son corps. Je me demande alors quel est son vécu quant à sa chute, ses traumatismes physiques, son hospitalisation, et sa rééducation ? Et quels aménagements corporels et psychiques cela a-t-il engendré ?

2.3.2. Le suivi à l'hôpital de jour

❖ Indication et projet de soin global

Mme F. vient à l'HDJ depuis septembre 2018, l'indication étant la suivante : « rééducation neurologique dans les suites d'un traumatisme médullaire cervical secondaire à une chute de cheval ».

Le projet de soin vise en premier lieu à la récupération de son autonomie dans la vie quotidienne, car cela importe beaucoup Mme F. Après son accident, elle n'était plus en capacité d'être autonome dans les actes de la vie quotidienne comme l'habillage, la toilette, et cela semblait l'impacter, j'y reviendrai plus tard.

❖ Les suivis en rééducation

Lorsque j'arrive en stage, Mme F. vient à l'HDJ depuis 3 semaines, ses suivis ont déjà débuté. Mme F. est suivie en kinésithérapie, en ergothérapie, en APA et en psychomotricité. Le kinésithérapeute travaille le renforcement musculaire, les étirements, les amplitudes articulaires et l'éveil proprioceptif par des mobilisations actives et passives et des exercices sur des machines (vélo, tapis de marche...). L'ergothérapeute effectue un travail sur les membres supérieurs notamment sur l'épaule et surtout sur la main : dissociation main interne/main externe, travail sur la force. En APA, Mme F. travaille son endurance, la gestion de l'effort. En psychomotricité, un bilan initial a été effectué, et quelques séances ont eu lieu.

Mme F. vient dans un premier temps tous les jours à l'HDJ pour ses séances de rééducation. Ses deux séances de psychomotricité hebdomadaires se déroulent le mercredi et le vendredi.

3. Le suivi en psychomotricité

Je vois Mme F. en séance de psychomotricité tous les mercredi matin à 9h45, pour une séance de trois quarts d'heure. Comme dit précédemment, elle vient aussi en psychomotricité le vendredi pour sa deuxième séance individuelle, séance lors de laquelle je ne suis pas présente. Durant les trois premiers mois de stage, je vois Mme F. en séance à trois avec mon maître de stage. C'est lui qui mène les séances, et petit à petit il me propose de mener des parties de séance, de proposer des axes de travail. Durant cette période, le suivi s'axe sur un travail plutôt centré sur ses ressentis corporels, en relaxation et en toucher massage. A partir de janvier, je vois Mme F. une fois sur deux toute seule, et une fois sur

deux avec mon maître de stage. Donc à partir de cette date, Mme F. alterne les séances seule avec moi (un mercredi sur deux), les séances à trois (un mercredi sur deux) et les séances avec le psychomotricien seulement (tous les vendredis). Le dispositif a été proposé et accepté par la patiente avant d'être mis en place. C'est à partir de ce moment-là que Mme F. se met plus en mouvement en séance, mais qu'il semble néanmoins opportun de continuer les séances de toucher, en moins grande fréquence. Ainsi, je continue de lui proposer des séances de relaxation ou de toucher lorsque je la vois seule, lorsque nous sommes trois en séance nous faisons plutôt des activités en mouvement (mouvement dansé, lutte, trampoline), et le vendredi lorsqu'elle est seule avec le psychomotricien, les séances sont également dynamiques (parcours d'équilibre par exemple).

3.1. Bilan et projet de soin initial : les axes du suivi

Une partie des épreuves utilisées proviennent de l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP) : coordinations statiques, coordinations dynamiques, mobilisations articulaires, motricité fine, connaissance des parties du corps, auxquelles s'ajoutent différentes épreuves : dessin d'un bonhomme inspiré du Test de Goodenough, verticalité subjective pour en citer quelques-unes. L'EGP n'était pas cotable ni comparable aux âges suggérés dans les cotations, car la patiente a moins de 60 ans. Ce sont les aspects qualitatifs qui importaient le plus, afin de rendre compte des capacités et des difficultés de la patiente.

A l'issue du bilan psychomoteur initial effectué en septembre 2018 – lors duquel je n'étais pas encore en stage – et d'après le compte rendu rédigé par mon maître de stage, Mme F. n'a pas de troubles cognitifs ni de troubles de l'orientation temporelle et spatiale, mais elle montre une organisation psychomotrice fragilisée à différents niveaux :

- La régulation tonique, avec un tonus d'action élevé ; Mme F. se crispe lorsque la tâche à effectuer est complexe, le mouvement se désorganise et des tremblements d'action apparaissent. Aussi, la patiente présente des raideurs secondaires au port du corset,
- La marche, qui est encore peu fluide voire même robotisée,
- Une image du corps marquée par le vécu du corset et par les troubles sensorimoteurs surtout marqués au niveau des membres supérieurs.

Les axes de la prise en charge sont alors les suivants :

- Harmoniser la régulation du tonus,
- Améliorer l'équilibre et l'aisance corporelle,

- Accompagner la réorganisation du schéma corporel et de l'image du corps.

La pratique récente de Mme F. en relaxation lors de son hospitalisation complète a orienté le projet du psychomotricien. Un travail en relaxation et en toucher massage est alors envisagé, avant d'évoluer vers un travail plus en mouvement.

C'est en discutant avec mon maître de stage que je peux avoir les premières informations quant aux relations qu'entretient Mme F. avec son corps, lors de son arrivée à l'HDJ. En effet, elle a pu dire lors de l'entretien initial : « mon corps, je l'écoute, il faut qu'il se répare ». Elle se décrit en coopération avec son corps.

3.2. La rencontre avec Mme F. et mes premières observations

Je rencontre Mme F. pour la première fois dans la salle d'attente de l'étage où se situe la salle de psychomotricité, lors de mon premier mercredi de stage à l'HDJ ; c'est la première patiente que je rencontre. Elle est assise sur un fauteuil en attendant qu'on vienne la chercher pour venir en séance. D'abord, mon maître de stage la salue, puis Mme F. se tourne vers moi, me regarde en m'adressant un sourire et me tend la main. Je la salue d'une poignée de main et me présente. Elle était déjà prévenue de mon arrivée en stage et accepte d'emblée ma présence en séance.

La tétraparésie de Mme F. est caractérisée par des déficits moteurs et sensitifs légers, plus marqués au niveau des membres supérieurs, surtout à gauche.

Elle se rend en marchant dans la salle de psychomotricité. Son équilibre est plutôt bon, que ce soit en statique ou en dynamique, Mme F. semble avoir des appuis relativement stables et je ne remarque pas de vacillement de son équilibre lors de ses déplacements. Dans son dossier est d'ailleurs inscrit un score du Tinetti à 28/28. C'est un test d'évaluation du risque de chute qui analyse l'équilibre et la démarche du patient dans diverses situations de la vie quotidienne. Plus le score est bas, plus le risque de chute est élevé. Un score à 28 indique une absence de risque. La marche de Mme F. est de bonne qualité mais avec peu de ballant des bras et un axe d'aspect rigide. Elle se tient droite, très droite, et ses ceintures scapulaires et pelviennes semblent verrouillées. La rigidité de son tronc m'évoque son corset qu'elle portait il y a encore quelques semaines. C'est comme si le tronc était aussi rigide que le corset l'était, il semble avoir laissé des traces dans le corps de Mme F. et dans sa manière de l'investir. Cette posture lui donne selon moi une attitude figée et peu communicative,

qu'elle semble pallier par son visage qui lui est très expressif. Je remarque ses raideurs articulaires et ses difficultés de motricité fine (surtout au niveau digital) lorsqu'elle enlève sa veste, cependant elle a su trouver des stratégies adaptatives pour enlever sa veste, son écharpe, et les remettre. Il en va de même pour les chaussures. C'est uniquement pour les retirer et remettre ses chaussettes qu'elle demande de l'aide, car elle ne parvient pas à atteindre la pointe de ses pieds avec ses mains. Aussi, je remarque la présence des tremblements d'action lorsqu'elle se concentre pour enlever le bouchon d'un feutre. Ces tremblements sont majorés par le déficit de force au niveau des membres supérieurs surtout. Quant à son tonus de repos, il peut être très bas, j'observe un relâchement au repos de très bonne qualité, qui s'accompagne d'une respiration abdominale calme et régulière. Son schéma corporel semble riche, notamment lorsqu'elle évoque la localisation des sensations et éventuelles douleurs, la désignation des parties du corps est toujours précise et de bonne qualité. Je reviendrai sur les dessins du bonhomme ultérieurement. Quant à son image du corps, elle semble marquée par le port du corset, que j'évoquerai dans les moments cliniques que je m'attacherai à décrire.

Je trouve Mme F. bien en relation, elle communique de manière adaptée. Elle peut dire qu'elle est fatigable et qu'elle dort beaucoup, mais qu'elle gère sa fatigue en adaptant son rythme de sommeil et en faisant des siestes.

A l'issue de notre rencontre, cette patiente m'impressionne, par sa capacité à se centrer sur son corps et ses sensations, et par sa capacité à verbaliser ses sensations et émotions au cours des séances avec un vocabulaire adapté et précis. Je la trouve à la fois très expressive verbalement, et peu expressive corporellement, à l'exception de ses mimiques faciales qui varient en fonction de la teneur de son discours. C'est comme si Mme F. s'exprimait uniquement avec les parties corporelles qui n'étaient pas touchées par la lésion médullaire, à savoir son visage.

3.3. Quelques éléments cliniques

La plupart des séances se déroulent dans une des salles de psychomotricité de l'HDJ. Cette salle triangulaire, de taille moyenne, aux murs blancs et verts et aux fenêtres opaques qui lui confèrent une atmosphère contenante, est meublée d'un bureau, une table de rééducation électrique, un grand tableau blanc, une main courante, un point d'eau et divers matériels : ballons, balles, bâtons, cônes, sacs lestés, objets sensoriels... Quelques séances se sont déroulées dans une autre salle, plus petite et plus lumineuse, meublée d'une table de massage, d'un bureau, d'un point d'eau et d'un grand placard rempli de matériel.

3.3.1. La verbalisation des sensations

❖ Le rituel « sensations/émotions » de début de séance

A chaque début de séance, Mme F. note sur le tableau blanc, ses sensations et émotions du moment, à l'aide d'un feutre. Un tableau est dessiné de la manière suivante, et la patiente le complète :

SENSATIONS	EMOTIONS

Elle se saisit d'un feutre dans sa main droite, en l'attrapant entre son pouce et la première phalange de son index. Je remarque à ce moment-là des tremblements d'action lorsqu'elle essaie de retirer le bouchon en s'aidant de la main gauche.

Selon moi, à travers les sensations qu'elle décrit et les représentations qu'elle associe à cela en séance et notamment lors de ce temps ritualisé, Mme F. exprime son vécu corporel du moment présent et son vécu par rapport au handicap à travers des images concrètes.

Lorsque Mme F. décrit des sensations douloureuses, il lui est proposé de quantifier cette douleur grâce à l'utilisation d'une échelle visuelle analogique (EVA). C'est une règlette en plastique sur laquelle se trouve un curseur mobile. Elle est graduée de 0 à 10 sur une face, et de « absence de douleur » à « douleur maximale imaginable » sur l'autre face. La patiente positionne le curseur à l'endroit qui correspond le mieux à sa douleur. Ensuite, la douleur est tracée dans le logiciel de soin de l'HDJ afin que tous les professionnels puissent consulter les douleurs de la patiente, que l'on puisse en voir l'évolution et en repérer plus facilement les causes et les facteurs déclenchants. L'EVA est aussi utilisée d'une manière un peu détournée de son utilisation première, pour objectiver la peur de tomber de la patiente, sur une échelle de 0 (« absence de peur ») à 10 (« peur maximale imaginable »).

Voici quelques exemples des sensations que Mme F. décrit ainsi que de leur évolution sur chaque partie du corps :

♦ Sensations au niveau du tronc et du dos

Au mois d'octobre, alors que Mme F. a quitté son corset il y a un mois lors de sa sortie d'hospitalisation complète, elle dit se sentir « en corsetée » au niveau du tronc. Il lui arrive aussi de décrire des fourmillements dans son dos. De plus, Mme F. exprime souvent des raideurs au niveau de la ceinture scapulaire, qui est limitée dans l'amplitude des

mouvements. Elle aimerait « casser la carapace ». Cette phrase m'évoque d'une part, le port antérieur de son corset, et d'autre part, la spasticité qu'elle a au niveau des pectoraux, et qui lui confèrent une position légèrement enroulée au niveau du haut du dos, avec les épaules en avant.

Quant à son ressenti de l'axe, au bout de quelques mois de suivi, Mme F. ne sent plus les vertèbres accidentées comme fragiles, elle sent que son axe est bien reconstruit et semble tranquille avec cela. Ce sont les sensations tactiles plus que les sensations profondes qui font réagir Mme F.

Au sujet de son corset, c'est huit mois après l'avoir quitté qu'elle verbalise en séance qu'elle a prévu de le détruire en l'utilisant comme *piñata* pour ses neveux : « je ne me suis pas encore occupé de son cas à lui, mais c'est le sort que je lui réserve ».

♦ Sensations des bras et des mains

Le déficit sensoriel et moteur lié à la lésion cervicale est majoré en distal sur les membres supérieurs et sur l'hémicorps gauche. Le suivi en ergothérapie s'axe autour de la rééducation sensori-motrice des mains de Mme F. En février, elle note une progression et peut dire qu'elle fait plus de choses avec la main gauche, et qu'elle progresse en rééducation.

♦ Sensations des cuisses

En octobre, elle décrit les sensations de ses cuisses comme « enroulées dans du cellophane ». C'est une sensation qui perdurera pendant encore plusieurs mois. Aussi, ses jambes lui paraissent « neigeuses » ou « engourdis ».

Quelques temps après, Mme F. parle de son manque de souplesse au niveau des jambes et évoque des raideurs, dont elle se rend compte en effectuant des mouvements de plus en plus complexes. Le kinésithérapeute explique cette sensation de raideur par la spasticité.

♦ Sensations sous les pieds

Mme F. se sent « sur des cordes » au niveau de ses appuis plantaires. Quelques mois plus tard et après un travail centré sur les sensations des pieds, elle peut dire : « avant, j'étais sur des méduses crevées, maintenant je suis sur des chambres à air ou du papier bulle. Il n'y a plus de cordes ». Elle dit que c'est comme si la plante de ses pieds se regonflait. Elle termine par dire qu'elle ne sent plus ses pieds « sur du papier bulle » mais « dans des sacs

plastiques », et cela m'évoque la sensation des cuisses qu'elle sentait avant « enroulé dans du cellophane ».

Quant aux émotions associées à ses sensations : j'ai noté que lorsque Mme F. évoque des sensations d'un registre positif, les émotions le sont aussi, et lorsqu'elle exprime un vécu corporel plus difficile, ses émotions sont teintées plus négativement. Au moment où elle exprime se sentir plus déliée, elle exprime aussi reprendre confiance en elle.

Au bout de 5 mois de suivi, j'ai vu le tableau s'appauvrir, constatant que Mme F. notait de plus en plus souvent les mêmes mots, qui revenaient d'une semaine à l'autre, et que moins de nouveauté était introduite. Cela vient-il parler de la manière dont elle se sent à ce moment-là ? Cela traduit-il une phase plus stagnante de sa rééducation ? Arrive-t-elle aux limites des progrès quant à l'évolution de ses sensations et de ses troubles sensitifs ? J'ai aussi l'impression que ce temps rituel devient petit à petit le moment de la première connexion de la patiente à ses sensations, qui effectue un scan partie du corps par partie du corps, d'où l'organisation de mon écrit, pour venir mentionner les évolutions, tant positives que négatives.

❖ **L'impact d'une chute sur ses sensations et ses émotions**

Début décembre, Mme F. a chuté par inattention en marchant en ville un soir dans la foule, semble-t-il sur un sol irrégulier. Elle a perdu l'équilibre en avant et vers la gauche. L'absence des réflexes parachutes au niveau des membres supérieurs, ne lui a pas permis de se rattraper et le choc avec le sol a été brutal. Cette chute lui a causé un hématome sur le membre supérieur gauche, et un point de suture à l'arcade du même côté.

Nous la revoyons en séance 5 jours après. Elle se sent « cassée », exprime ses douleurs au bras gauche, ses doigts engourdis, ses jambes flottantes, et ses courbatures. Associé à cela, elle s'estime moins sûre d'elle, et verbalise avoir d'abord ressenti de la colère, puis de la déception vis-à-vis de la chute, puis, en ayant pris du recul, elle parle d'un « recommencement », comme si cette chute et les sensations douloureuses associées venaient effracter ses progrès en rééducation et qu'il fallait repartir de zéro. Selon moi, la chute et ses répercussions ont un impact direct sur l'image du corps de la patiente.

Mme F. semble avoir besoin d'imager ses sensations, pour qu'elles soient représentables pour elle. C'est comme si elle faisait sienne ces sensations en les rapprochant d'images concrètes et connues. Je me demande alors si cela n'a pas la fonction de

réassurance, de se rattacher à des images connues, pour ne pas se laisser envahir par des sensations corporelles inconnues, étranges, et potentiellement désorganisatrices ?

Ces représentations me semblent aussi être un moyen pour elle de poser des mots sur ses sensations afin d'accéder à une nouvelle lecture de son corps.

3.3.2. L'utilisation du toucher

❖ Toucher et relaxation

Les premières séances auxquelles j'assiste avec Mme F. et qui constituent le début de son suivi en psychomotricité à l'HDJ sont des séances de relaxation.

Lors de la première séance, Mme F. s'installe allongée sur le dos sur la table de rééducation. Elle dit ne pas oser s'installer sur le ventre, de peur de rester bloquée et de ne pas savoir se retourner. Je me rends alors compte des limitations motrices qui impactent Mme F. Elle ne maîtrise plus la mobilité de tout son corps dans l'espace. Elle dit se positionner sur le côté de temps en temps dans son lit sans y rester longtemps de peur de se faire mal, mais pas encore sur le ventre, elle attend de bien maîtriser les retournements sans douleur. C'est lors d'une séance de psychomotricité que Mme F. osera pour la première fois s'installer sur le ventre.

Le psychomotricien met un fond sonore musical calme et apaisant, et la séance de relaxation débute, elle se compose d'inductions verbales et de toucher massage. Mme F. semble avoir l'habitude de cette relaxation et les inductions d'images, de paysages notamment pour développer sa respiration abdominale semblent lui parler. En effet, j'observe que dès que Mme F. s'installe en fermant les yeux et que la relaxation débute, sa respiration devient abdominale, je vois son ventre se gonfler et se dégonfler de manière calme et régulière. J'observe alors mon maître de stage qui commence à toucher Mme F. en commençant avec des touchers englobants, avec toute la main et même l'avant-bras, à un rythme lent. Ces contacts semblent permettre à Mme F. de se relâcher. Je remarque d'autant plus son relâchement lorsque mon maître de stage impulse ensuite des percussions osseuses pour amener des vibrations dans le corps de la patiente. Lors de cette séance, j'observe que les percussions faites au niveau des plantes des pieds résonnent dans le corps de Mme F. surtout le long de ses jambes, et je remarque que l'onde semble difficilement dépasser le bassin de la patiente ; elle est très atténuée sur la partie haute du corps. J'observe que les vibrations se propagent du bassin jusqu'au bout des membres inférieurs, et à partir du thorax jusqu'à la tête, mais une zone reste comme bloquée, dans le bas du dos au niveau lombaire,

jusqu'au sacrum. Mme F. verbalise ses ressentis à la fin de la séance, et peut noter une différence de perception entre le haut et le bas du corps.

Aussi, Mme F. se crispe du visage lorsque sa ceinture scapulaire est touchée. A ce moment-là, je me dis que les troubles sensitifs de la patiente amènent peut-être un inconfort chez elle. De plus cela semble cohérent avec le fait qu'après son accident, elle sentait ses bras comme détachés de son corps.

Lors d'une autre séance, Mme F. est installée sur le ventre avec les bras le long du corps, mon maître de stage lui fait adopter une respiration thoracique, afin de venir masser ses côtes et son thorax, et de relâcher cette zone. Il pose ses mains dans le dos de Mme F. au niveau des côtés en lui suggérant de venir pousser ses mains avec son mouvement respiratoire : « respirez sous mes mains ». Je voyais réellement la patiente repousser les mains du psychomotricien avec ses mouvements respiratoire à mesure qu'il les déplaçait, comme si l'empreinte de ses mains et ce contact permettaient de déployer la respiration. Son dos me paraît alors moins figé, plus délié. L'image « d'un bloc » que m'évoquait le tronc de Mme F. se délite alors un peu, je commence à percevoir des mouvements fluides lorsque la patiente est relâchée.

C'est après quelques semaines de relaxation et toucher massage, que j'observe que lorsque Mme F. est allongée sur le dos et qu'elle est relâchée, toutes les parties de son corps communiquent entre elles : les mouvements impulsés sur une partie se répercutent sur l'ensemble du corps. Je n'observe plus de blocage au niveau du bas du dos et du bassin, les vibrations émises aux pieds circulent entièrement jusqu'à la tête dans un mouvement global et harmonieux. Je constate avec satisfaction qu'une circulation semble s'être réinstallée dans le corps de Mme F.

Alors que dans le relâchement, Mme F. peut se sentir dénouée, il est difficile pour elle de mobiliser seulement une partie du dos sans bouger toute la colonne vertébrale. Par exemple, lorsqu'on lui propose en fin de séance de relaxation, de se mettre debout et de faire quelques mouvements du bassin en antéversion, rétroversion, sur les côtés, son bassin bouge en même temps que ses épaules, tout son axe se déplace dans la même direction. Il m'est difficile d'identifier à ce moment-là si cela est dû à des troubles moteurs, à un défaut de sensation, à des tensions musculaires... L'état de détente semble permettre à Mme F. de sentir son corps dans la fluidité aidée par le relâchement de son tonus de fond, alors que son

tonus d'action semble encore difficile à réguler, et que ses difficultés sont majorées par les limitations motrices.

Lors de la séance après sa chute en ville, et au vu des douleurs manifestées par la patiente, il lui est proposé une séance de relaxation et de toucher à 4 mains. Mme F. s'installe sur le dos sur la table de rééducation, mon maître de stage se place à droite de la patiente, et moi je me place à sa gauche. Le but était de faire les mêmes gestes, d'ajuster le mieux possible nos 4 mains, nos mouvements, nos touchers, afin de procurer des sensations symétriques et synchronisées à Mme F. sur ses deux hémicorps, en commençant simplement par poser les mains, avec des touchers englobants, soulignant les formes de son corps, puis faire des pressions profondes, et terminer par des mouvements de lissage. A la fin de la séance, lorsque la patiente revient sur son vécu du toucher, elle verbalise que « ça recolle », comme si cela avait permis de réunifier son corps. Après s'être sentie « cassée » en début de séance, elle se sent « recollée » à la fin de celle-ci. Cette verbalisation m'évoque le rôle de la peau dans l'image du corps, comme si ces mots venaient rendre tangible la théorie du moi-peau dans le suivi : on touche l'enveloppe du corps et cela « recolle » les morceaux dans la tête de la patiente. Cette séance témoigne selon moi de l'impact du toucher et des sensations sur le vécu corporel de Mme F.

Je trouve que Mme F. a une bonne capacité à s'ancrer dans la séance et à se relâcher en abaissant son tonus et sa vigilance. Lors d'une séance, elle verbalise que sa tête est moins détendue ce jour-là, et qu'elle se sent moins détendue corporellement. Je remarque également cela lorsque je pose mes mains sur ses épaules en lui suggérant de relâcher ses épaules en s'aidant de son rythme respiratoire et du poids de mes mains. La patiente est installée sur le dos, et je vois que ses épaules sont moins relâchées que lors d'autres séances. Elles sont plus hautes et je sens une plus grande résistance dans mes mains lorsqu'en me synchronisant à sa respiration, j'essaie d'induire un abaissement de ses épaules tout en lui suggérant verbalement. Cela m'évoque alors la corrélation entre détente physique et détente psychique de la patiente.

❖ **Toucher et conscience corporelle**

Tout au long du suivi, Mme F. exprime différentes sensations corporelles déformées ou désagréables sur l'ensemble de son corps, comme évoquées ci-dessus. C'est alors qu'il lui sera proposé en séance de se concentrer sur cette partie du corps précise, qu'elle décrit à

ce moment-là, qui va être stimulée par le toucher. Un travail de réappropriation de ses sensations corporelles par le toucher débute alors, qui se fonde sur la stimulation puis la verbalisation de celles-ci.

J'ai regroupé les séances de toucher, mes impressions et les verbalisations de la patiente par parties du corps, pour être dans la continuité de la partie précédente, mais la réalité du suivi est différente : la patiente a parcouru ses sensations corporelles en effectuant des allers-retours sur les parties de son corps, en y revenant à plusieurs reprises.

♦ **Le toucher au niveau du tronc et du dos**

Lors de la première séance que je mène seule avec Mme F. en janvier, elle exprime une raideur musculaire générale particulièrement marquée dans le dos et la ceinture scapulaire, qu'elle explique par le temps froid, humide et neigeux. Je lui propose alors une séance de toucher massage pour venir réchauffer son corps et particulièrement son dos. Elle s'installe assise sur la table de rééducation, les deux pieds au sol, avec les mains posées sur les cuisses, et la séance de toucher commence. A la fin de la séance, je demande à Mme F. les zones qu'elle sent plus détendues, celles qui sont particulièrement raides ou pauvre en sensations. Je m'attendais à ce qu'elle parle des raideurs musculaires au niveau de la ceinture scapulaire qu'elle mentionne souvent, mais elle vient mettre en lumière une zone où elle dit ne pas avoir beaucoup de sensations : les parties latérales des régions lombaires, les hanches, sous les côtes. Elle dit avoir moins de sensibilité (hypoesthésie superficielle) et exprime souhaiter se « réapproprier cette partie-là de son corps », que le toucher est venu souligner par son manque de sensations. Elle sent comme s'il y avait un arceau autour d'elle juste en dessous de ses côtes, et elle assimile cette sensation à du caoutchouc lors des mouvements. Elle peut mobiliser cette zone mais exprime un inconfort.

La séance d'après se poursuit en toucher massage, je pensais l'axer sur la stimulation de la zone qu'elle énonçait la semaine d'avant. C'est alors que Mme F. m'explique qu'elle trouve cette zone beaucoup moins raide que la semaine dernière. Je lui propose de venir « masser » cette partie en dirigeant la respiration à l'endroit où je pose mes mains : je sens vraiment la respiration de Mme F. se déplacer à mesure que je déplace mes mains. Lorsqu'elle inspire, j'observe un schème d'enroulement de la ceinture scapulaire, se composant d'une élévation et une rotation interne des épaules. Elle dit que lorsqu'elle respire, elle sent que tout travaille ensemble : os, muscles, les organes internes ...

♦ **Le toucher des jambes**

Les sensations évoquées par Mme F. sont surtout des raideurs dans les muscles, et un manque de sensations, qui déforme les stimuli tactiles qu'elle reçoit. Elle attribue la sensation de raideur à l'image de « cordes de violon » dans les jambes, principalement sur les parties latérales externes des cuisses, et les mollets. Mme F. dit que c'est car elle sollicite nouvellement ces muscles, qu'elle ne sollicitait plus depuis l'accident, mais que ses progrès en rééducation lui permettent de solliciter maintenant dans des mouvements plus complexes. Elle exprime avoir encore un « besoin de reconnecter » ces parties du corps là.

A la fin d'une séance, elle évoque des raideurs au niveau des quadriceps et des triceps suraux. Je trouve ses muscles de plus en plus relâchés au repos au fil du toucher. A la fin, elle dit que le haut de ses cuisses est dénoué, mais que l'avant jusque vers les genoux est « comme des cordes de violon ». C'est toute la zone autour du genou qui lui pose problème en matière de raideurs. Cette sensation de raideur peut aussi être expliquée par la spasticité, et cela sera confirmé par le kinésithérapeute en réunion pluridisciplinaire.

L'attention de Mme F. quant à ses sensations se déplace au fil de son suivi en rééducation. Lorsqu'une zone se déraidie, son attention se déplace sur une autre partie du corps, marquée par l'inconfort et les raideurs. C'est comme si on parcourait son corps au fil du suivi, et qu'en verbalisant ses sensations, Mme F. nous emmenait là où elle avait envie de se réapproprier son corps.

♦ **Le toucher des pieds**

Mme F. décrit que lorsqu'elle est debout elle a l'impression d'être en appui très fort sur certaines zones des pieds, et que ces zones d'appui très fort comme des petits nœuds, sont reliées par des lignes où elle sent moins d'appui, comme si elle est « sur des cordes », ses appuis ne sont pas harmonieux et cela crée de l'inconfort chez elle. On lui propose dans un premier temps de s'installer confortablement assise sur une chaise, avec les deux pieds nus au sol, alors la séance commence par un temps de recentrage sur ses sensations, et surtout sur celles des pieds. La patiente est installée sur une chaise avec des accoudoirs dont elle ne se sert pas, ses bras relâchés viennent se poser sur ses cuisses. Son dos est en contact avec le dossier de la chaise, les épaules et le cou relâchés. Mme F. a les jambes pliées en angle droit pour venir poser ses deux pieds au sol. Elle inspire profondément et ferme les yeux pour se centrer sur son corps. Durant ce temps, la patiente écoute les inductions verbales, et bouge de temps en temps les pieds d'avant en arrière ou de droite à gauche, comme pour

venir appuyer sur les parties qui lui étaient suggérées de sentir. Je trouve qu'elle explore son corps par elle-même.

Ensuite, il lui est proposé un temps de massage des pieds, avec les mains puis avec une balle à picots. Puis on termine la séance par un jeu sur les plaques sensorielles : Mme F. et moi sommes debout côte à côte, les yeux fermés, et le psychomotricien pose devant nous deux dalles sensorielles. Nous devons monter chacune sur une dalle, l'explorer avec nos pieds, puis la décrire. Ensuite nous échangeons de dalle avec Mme F., et à la fin, nous discutons de nos ressentis. La séance se termine par un temps de marche libre dans la salle afin de se concentrer sur ses appuis au sol. Selon moi, le temps de recentrage sur ses sensations permet à Mme F. de sentir de manière optimale toutes les stimulations que le massage et les objets sensoriels lui procurent. Lors du temps de discrimination et d'exploration sensorielle sur les dalles, Mme F. exprime ressentir quelques informations parasites, mais elle est très à l'écoute de son corps et notes les déformations de perception. En fin de séance, elle dit se sentir plus en contact avec le sol et plus tonique.

❖ **Les limites du toucher**

Au bout de presque 6 mois de suivi, j'ai l'impression que les séances en toucher s'essoufflent un peu et qu'elles sont moins riches qu'avant. En effet, je commence à distinguer deux types de sensations verbalisées par Mme F. : les troubles de la sensibilité superficielle, et les raideurs musculaires qui modifient ses sensations. Avant j'avais l'impression qu'une majorité des troubles de la sensibilité verbalisés par la patiente venaient plutôt d'une hypoesthésie superficielle et je trouvais que cela avait du sens de lui proposer un temps de concentration sur ses sensations pour stimuler la réappropriation. Mais lorsque les raideurs musculaires à l'action prennent de plus en plus de place dans ses sensations, j'ai plus de mal à trouver des propositions adaptées à sa demande en toucher et je me demande aussi dans quelles mesures mon action pourrait avoir un effet sur ses raideurs musculaires dues selon elle à la nouvelle diversité de mouvements qu'elle effectue. Je me demande aussi dans quelles mesures la perception des troubles de la sensibilité superficielle de Mme F. va encore évoluer ou non ? Au vu de l'évolution de ses troubles de la sensibilité superficielle durant les derniers mois, j'ai envie de proposer autre chose que la médiation du toucher à Mme F., tout en se laissant la possibilité d'y revenir si cela semble pertinent.

Il me semble alors que l'objectif du suivi visant à accompagner la patiente dans les remaniements corporels par un travail de réappropriation du corps par les sensations a été

bien abordé en toucher, qu'on peut encore le travailler en mouvement, et qu'elle manque d'aisance corporelle dans ses mouvements.

3.3.3. Le dessin du corps

Lors de cet exercice, Mme F. est installée au bureau, assise, le dos droit et les deux pieds au sol. Une feuille blanche et un crayon à papier sont déposés juste devant elle au milieu, et la consigne est la suivante : « Pouvez-vous dessiner un personnage humain, aussi détaillé que possible ? ». La patiente est libre de prendre la feuille dans le sens qu'elle veut, de tenir le crayon comme elle le souhaite et sa production n'est orientée par rien d'autre que la consigne. Lorsqu'elle dit avoir terminé de dessiner, il lui est demandé d'écrire son nom, prénom (que j'ai pris le soin de masquer pour des raisons de confidentialité), la date du jour, et d'écrire une légende ou un titre concernant son dessin. S'en suit une discussion sur la production réalisée et ce qu'en dit la patiente.

Mme F. a réalisé trois dessins entre septembre et novembre : ils sont réalisés sur une feuille blanche A4 qu'elle dispose en portrait, à l'aide d'un crayon à papier. Ses trois dessins occupent toute la feuille et sont centrés sur celle-ci.

Le premier est en date du 14/09/18, elle l'a intitulé : « il a dû tomber de cheval ! » (*annexe VI*). C'est un bonhomme souriant aux épaules carrées, avec les bras et les jambes comme « éclatés » sur le côté, avec un axe relativement droit. Toutes les parties du corps sont reliées ensemble, et les extrémités des membres sont peu détaillées. Le pronom « il » utilisé dans le titre montre que la patiente a dessiné un homme. Parfois, il semblerait que Mme F. soit passée plusieurs fois sur le même endroit pour refaire, compléter le trait du dessin. Je n'étais pas encore en stage lorsqu'elle a réalisé ce dessin, je suis arrivée deux semaines après, mais elle a pu me dire : « je me suis dessinée comme ils [le SAMU] m'ont ramassée ». Ce dessin d'un bonhomme aux segments écartés, bien qu'ayant une structure de base bien construite et solide, peut-il venir montrer la manière dont Mme F. a vécu l'accident d'équitation ? Cela parle peut-être d'un vécu traumatique, déconstruisant ses représentations corporelles.

Le deuxième date du 17/10/18 : « c'est un homme trans » (*annexe VII*). Mme F. qualifie d'« homme », un bonhomme aux caractères féminin (cheveux longs, poitrine, jupe, chaussures à talons), peut être témoin de la féminité qu'elle est en train de retrouver. Ce bonhomme est souriant, les proportions sont plus réalistes que sur le précédent, notamment au niveau des bras, et les mains sont plus en détail. Aussi, les appuis des pieds paraissent plus solides. Son dessin parle-t-il d'elle et de son évolution dans la rééducation ?

Le troisième date du 28/11/18 : « un homme pressé » (*annexe VIII*), qu'elle a nommé comme cela en rapport à la chanson de « L'homme pressé » de Noir Désir. Ce dessin, n'a selon moi pas de caractères sexués. Il semble en mouvement, avec un pied levé. La morphologie du corps est encore plus précise que sur le dessin précédent, le visage est lié au cou sans trait de séparation. Les jambes du bonhomme paraissent solides, l'axe du corps est droit.

En comparant ce dessin avec ceux d'autres patients, je me rends compte que ceux de Mme F. sont très détaillés et précis. Cela témoigne peut-être de la conscience corporelle et de son investissement du corps antérieur à l'accident, qui semblait déjà très développés, peut être grâce à ses habitudes quotidiennes, à ses pratiques sportives et corporelles. Cela confirme la première impression que j'avais de Mme F. au sujet de ses capacités de concentration sur son corps et d'accès à ses sensations.

D'après moi, l'évolution des dessins de Mme F. peut être mise en parallèle et en partie expliquée par le travail effectué en psychomotricité durant cette période : travail de relaxation et de conscience corporelle, en utilisant le toucher massage, visant à restimuler sensoriellement le corps de Mme F.

3.3.4. Le travail en mouvement

Petit à petit, le suivi de Mme F. a évolué en partant de séances calmes en statique, pour aller vers des exercices dynamiques, en mouvement, afin de travailler sur son aisance corporelle en mouvement, sur sa peur de chuter (notamment après sa chute au mois de décembre) et sur l'harmonisation du tonus.

Je vais présenter ici quelques moments cliniques où Mme F. s'implique corporellement dans le mouvement.

❖ Le trampoline :

Un vendredi lors de la fin d'une séance, Mme F. évoque auprès du psychomotricien, des raideurs dans ses chevilles. Il lui est donc proposé de faire une séance avec le trampoline, afin d'expérimenter sur un sol différent, pour travailler le déliement des articulations des jambes (chevilles et genoux surtout). La question des appuis avait déjà été abordée en séance lors du travail sensoriel sur les appuis plantaires par le toucher, l'exploration des dalles sensorielles... Ici, la question des appuis à travers la modification de ceux-ci par le trampoline entre en jeu.

Le trampoline est positionné dans un angle de la pièce, près d'une main courante pour que la patiente puisse se tenir. Au début de l'exercice Mme F. était très crispée sur le trampoline, les deux pieds écartés, elle se tenait d'une main sur la rambarde. Les mouvements de flexion de cheville, de transfert de poids d'une jambe à l'autre, et flexion de genoux étaient saccadés, comme par à-coups, puis au fil de la séance et des expériences, la patiente a gagné en fluidité dans ses mouvements et en aisance sur le trampoline. Comme si ses muscles avaient besoin de s'échauffer, et qu'elle avait besoin de découvrir son équilibre et de se familiariser avec le trampoline. Durant l'expérimentation, Mme F. est très centrée sur elle-même, parfois dos à nous pour se tenir à la barre, elle regarde au sol avec insistance, peut-être qu'elle regarde ses pieds. La plupart du temps, elle prévient le déséquilibre en s'appuyant sur la barre ou contre le mur avec une main. Lorsqu'elle perd l'équilibre, c'est là que je m'aperçois qu'elle n'a pas de réactions parachutes, elle vacille latéralement et si on ne la retient pas, c'est son épaule qui entre en contact avec le mur en premier, ses bras restent le long du corps.

Lorsqu'elle est plus à l'aise, on lui propose un jeu où mon maître de stage lui tend un bâton en plastique, elle doit l'éviter en se déplaçant sur le trampoline. Son équilibre reste stable, et petit à petit, sa position change, son centre de gravité se baisse, elle prend plus appui sur ses genoux et sur ses chevilles en les pliant. Sa position est encore plus marquante lorsque nous sommes 2 sur le trampoline : la consigne était qu'on devait garder un contact corporel, tout en évitant le bâton. La proximité corporelle que le jeu et la petite taille du trampoline induisent lui permettait d'avoir plus d'appui, je la trouvais plus mobile et à l'aise dans ses mouvements. C'est comme si la concentration sur ses sensations et l'expérimentation lui avaient permis d'harmoniser et de fluidifier ses mouvements.

❖ **Le mouvement dansé :**

Lors d'une séance à trois en musique autour du mouvement dansé seul puis à plusieurs dans la salle, je m'aperçois de l'évolution de l'engagement corporel de Mme F. au cours de l'exercice. Un échauffement en marche libre dans la salle est proposé, suivi d'une exploration de la salle avec son corps. Mme F. se déplace en rythme, au fil des propositions du psychomotricien. Sa démarche est néanmoins à petit pas, et elle utilise peu ses bras. Mais je trouve cela intéressant la manière dont la patiente expérimente ses déplacements en répétant les mouvements, comme pour se les approprier ou s'approprier les sensations qui en émanent. Ensuite, il est proposé que lorsqu'on initie un contact corporel avec une personne que l'on rencontre, nous devons nous déplacer à deux jusqu'à ce que la troisième

personne initie un contact corporel à son tour, pour former un nouveau binôme de danse et ainsi de suite. La zone corporelle du contact est libre et elle peut évoluer au fil du déplacement, tant qu'il y a toujours un contact corporel. Puis en fin de séance, alors que mon maître de stage frappe un rythme sur un tambour, nous devons nous déplacer ensemble avec Mme F., sur ce rythme, toujours avec un contact corporel.

Au début de la séance, je trouve Mme F. centrée sur elle-même, le regard vers le sol, la ceinture scapulaire légèrement enroulée, en pleine exploration de son corps dans l'espace. Ses bras sont toujours soit le long du corps, soit les coudes au corps avec les avant-bras fléchis, mais les épaules ne bougent pas. C'est comme si Mme F. ne peut pas mettre cette partie de son corps en mouvement, peut-être en lien avec ses limitations motrices au niveau des membres supérieurs et avec la spasticité. Néanmoins, lorsqu'un contact corporel est initié avec elle lors du mouvement dansé, je remarque que cela semble soutenir son mouvement et l'ouvrir à la relation : elle relève son regard, croise les nôtres, un ajustement entre les mouvements corporels de la patiente et de son binôme semble s'installer. Lorsqu'elle rencontre le psychomotricien et qu'ils forment un binôme en contact par la main, Mme F. peut mobiliser ses bras dans l'espace, notamment dans des mouvements d'élévation, d'abaissement, d'extension, accompagnés par le mouvement du psychomotricien. Et lorsque les mains de celui-ci sont plutôt posées sur les épaules de la patiente ou dans son dos, Mme F. semble jouer avec son poids du corps, change souvent ses appuis au fil des sollicitations et du mouvement global. Lors du dernier exercice sur le rythme du tambourin, Mme F. et moi sommes côte à côte, en initiant d'abord un contact corporel par la main, puis par la taille (hanche contre hanche). Nous n'avons pas de contact visuel ni verbal, seuls nos corps communiquent par le contact qu'ils entretiennent. C'est alors que j'observe un accordage entre nos mouvements. Le rythme frappé par le psychomotricien invite à des déplacements en frappant des pieds, nous sommes ensemble, nos mouvements et nos déplacements se synchronisent, grâce aux communications corporelles. A la fin de cette séance, je trouve Mme F. plus investie dans sa motricité d'expression, plus impliquée avec tout son corps dans les déplacements. Elle peut dire qu'elle se sent plus ancrée et plus relâchée. Le travail en mouvement soutenu par la musique, mais aussi par le corps de l'autre semble avoir permis à Mme F. le temps de cette séance de s'impliquer corporellement de manière plus globale, à travers le relâchement et l'ancrage au sol. A la fin de cette séance, elle dit aussi ne pas avoir eu peur de chuter, tandis qu'habituellement elle est toujours très vigilante dans ses déplacements. Elle évalue sa peur de chuter à 3/10 alors que deux semaines auparavant, elle l'évaluait à 5/10.

❖ La lutte :

Lors d'une séance à trois avec le psychomotricien, Mme F. et moi, il est proposé à la patiente de faire de la lutte. Dans un premier temps, nous nous échauffons en marchant librement dans la salle en musique, puis mon maître de stage introduit la consigne de venir prendre appui sur les murs de la salle et de se repousser avec le poids de son corps, à l'aide de ses bras. Ensuite, même consigne, mais il faut prendre appui sur les autres. Alors que l'un prend appui sur l'autre, l'autre doit se solidifier et s'équilibrer pour accueillir la personne qui s'appuie avec le poids de son corps, puis la remettre dans une position d'équilibre. Durant cette partie de l'échauffement, Mme F. s'interroge sur la manière dont il faut positionner son corps pour pouvoir accueillir le poids de l'autre sans se mettre en déséquilibre. Alors d'une manière précautionneuse, elle agrandit son polygone de sustentation, plie ses genoux pour avoir un meilleur ancrage, et réceptionne l'autre en appui sur son axe. Elle prend une position en fente avec un genou en avant et le tronc solide. Lorsque c'est à elle de s'appuyer sur l'autre, elle s'appuie en avançant d'abord son buste.

Puis, nous commençons la lutte, au sol sur un tapis rectangulaire. La consigne est de faire sortir notre adversaire du tapis, ou alors de l'immobiliser avec les épaules ou le dos au sol. Nous effectuons des jeux de lutte d'abord en binôme un contre un, puis deux contre un, en échangeant nos rôles. Lorsque je suis contre Mme F., je suis surprise par l'utilisation de son poids du corps et par son engagement corporel dans l'activité. Nous sommes toutes les deux à quatre pattes sur le tapis, et nous nous poussons par les épaules. Je suis en difficulté et je ne parviens pas à la repousser, car elle met tout son poids sur moi et qu'elle baisse son centre de gravité pour avoir des appuis plus stables. Par contre, si je recule rapidement, j'ai peur que Mme F. soit emportée par son poids du corps et tombe vers l'avant. Elle dit-elle-même qu'elle ne peut pas faire de mouvements rapides pour esquiver ou me déséquilibrer dans mes appuis. Je remarque au fil de la séance qu'elle prend de plus en plus appui sur ses bras, alors que d'habitude, elle s'en sert peu. A la fin de la séance, elle note qu'elle a oublié ses difficultés pendant le jeu, et semble satisfaite d'avoir pu se servir de ses bras pour s'appuyer. Lors du relevé du sol, elle a besoin d'aide lorsqu'elle est en position du chevalier servant, pour se mettre debout. Aussi, la position à quatre pattes ou en appui sur les genoux peut être douloureuse pour elle si elle est trop longue. Lorsqu'elle fatigue, ses jambes se mettent à trembler.

Durant cette séance, j'ai l'impression que la dimension ludique du jeu a pris une place importante dans l'interaction et que c'est cela qui a permis à la patiente d'expérimenter à

travers le corps, sans trop se préoccuper de ses difficultés motrices et ses raideurs au niveau des jambes, qu'elle n'a évoqué que brièvement quand elle était à quatre pattes. Cependant, même si les déplacements au sol sont possibles pour Mme F., elle doit faire des pauses pour limiter l'inconfort entre les parties de lutte.

3.3.5. L'autonomie

Dès la première rencontre, je remarque que Mme F. semble exigeante avec elle-même et ses progrès, mais elle semble aussi prendre en compte ses difficultés et son handicap dans sa rééducation. Je me demande alors quel a été le vécu de Mme F. quant au port du corset et des restrictions d'autonomie, quand on sait qu'avant l'accident, c'était une femme sportive et active. Il a été expliqué plus haut que la récupération de l'autonomie importait beaucoup pour Mme F. En effet, lors d'un mercredi de la fin du mois d'octobre, Mme F. était dans le bureau de l'infirmière à l'heure où devait commencer la séance de psychomotricité. Alors que l'infirmière nous fait signe de rentrer dans son bureau, Mme F. laisse sortir ses émotions et pleure, en évoquant la vitesse de ses progrès en rééducation, ainsi que son autonomie, qu'elle souhaite retrouver. Ses progrès en rééducation avaient été jusque-là rapides et marqués, mais Mme F. était consciente que ses progrès ne seraient pas si rapides tout au long de sa rééducation. Parfois, certaines phases de la rééducation seraient plus lentes ; il y a ici peut-être une angoisse sous-jacente de ne pas récupérer autant qu'elle le souhaiterait, et pas aussi rapidement qu'elle le voudrait. Concernant son autonomie, cela semble lui faire violence d'avoir besoin de demander de l'aide pour s'habiller, de se déshabiller, effectuer les gestes de la vie quotidienne. Mais Mme F. dit être volontaire et faire les choses par elle-même autant que possible, même si cela lui prend plus de temps que si on l'aidait. Je me demande alors de quelle manière la diminution d'autonomie et donc la dépendance à l'autre peut impacter son image du corps et sa confiance en elle ?

Un mois plus tard, en novembre, Mme F. verbalise sa satisfaction d'avoir repris quelques activités quotidiennes de manière autonome, elle jardine, sort en ville, fait les magasins... Cela s'associe avec le fait qu'elle dise avoir repris confiance en elle, elle peut le dire en début de séance lorsqu'on lui demande comment elle se sent. Elle dit aussi que son entourage constate cette reprise de confiance en elle.

Début janvier, Mme F. exprime avec fierté : « Hier après-midi, j'ai fait une après-midi normale. Dès que je voulais faire quelque chose, je le faisais ». Elle remarque qu'elle fait les gestes de manière plus automatique, sans réfléchir à tout comme elle le faisait depuis l'accident.

C'est lors du retour des beaux jours, que Mme F. constate avec un peu de déception, qu'elle ne parvient pas à effectuer toutes les activités printanières qu'elle avait l'habitude de faire. Dans son discours, elle dit aussi trépigner d'impatience. J'ai alors l'impression que ses difficultés semblent impacter son image du corps, mais qu'elle est active dans sa rééducation et qu'elle souhaite encore gagner de l'autonomie.

Quelques semaines plus tard, le conjoint de Mme F. qui l'assistait dans les tâches de la vie quotidienne se blesse à la clavicule et doit se faire opérer. Mme F. semble prendre cela comme une mise à l'épreuve de ses capacités et de son autonomie.

En avril, alors qu'elle parle de plus en plus de ses projets d'avenir, la récupération de son autonomie semble avoir été atteinte, elle reprend les transports en commun, va faire les courses seule avec un chariot, et elle n'a pas d'aide à domicile.

3.3.6. Les progrès de la patiente en psychomotricité et en rééducation

Le suivi de Mme F. est discuté en réunion pluridisciplinaire en présence du médecin et des rééducateurs qui la suivent, environ toutes les 5 semaines. C'est l'occasion pour moi de voir comment progresse la patiente dans les autres suivis, au regard de ce que je peux imaginer au vu de son évolution en psychomotricité. Voici les éléments de son évolution dans la rééducation, organisés de manière chronologique.

Les trois premiers mois, je trouve Mme F. très investie dans son suivi en psychomotricité. La patiente progressait si rapidement que j'avais l'impression qu'elle allait très bien, j'avais du mal à voir si elle était en difficulté quant à l'acceptation du handicap par exemple. Lors d'une réunion en décembre, en psychomotricité nous trouvons que Mme F. investissait son corps d'une manière plus déliée et apaisée, avec un très bon relâchement au repos. La psychomotricité semblait être un espace de sécurité pour la patiente, ce qui lui permettait de se relâcher. Le kinésithérapeute et l'ergothérapeute trouvaient au même moment la patiente très raide, accompagnant lors des mobilisations passives, et spastique à la mobilisation. Cela semblait être un obstacle à sa rééducation. Ils étaient surpris qu'elle soit si relâchée en psychomotricité. Mme F. se montrait alors de manière différente dans ces espaces de rééducation.

Au mois de janvier, alors que nous trouvons Mme F. un peu moins investie et plus fragile lors des dernières séances, les autres rééducateurs notaient des progrès manifestes au niveau du relâchement tonique, de la force musculaire, des amplitudes articulaires, de la dextérité manuelle... Le suivi de Mme F. s'axait de plus en plus sur des activités dynamiques,

et cela semblait influencer sur la capacité de Mme F. à se centrer sur ses sensations et sur la qualité de son relâchement, elle exprimait des difficultés à se relâcher. Ce sont ces observations qui ont joué sur le fait de ne pas diminuer la fréquence du suivi, et sur l'orientation du projet (continuer les séances de relaxation avec moi, et proposer un axe de travail dynamique avec mon maître de stage et lorsque nous sommes à trois). Je trouve cela intéressant de relever la différence de ressentis des professionnels quant à l'évolution de la patiente, ainsi que les différentes manières dont se présente la patiente selon les espaces de rééducation.

Au début du suivi, Mme F. progressait très rapidement, elle s'investissait beaucoup en séance et nous lui faisons souvent remarquer à quel point son accès à ses sensations corporelles était un point fort dans sa rééducation. Mais la vitesse d'évolution de la patiente a ralenti et fluctué au cours de sa rééducation. Cela la place-t-elle aussi face aux limites de la rééducation et de sa récupération ? L'évolution de son investissement des séances au cours du suivi témoigne-t-il de son cheminement psychique notamment autour de la question du deuil ?

Globalement, tous les rééducateurs peuvent noter à partir de février que Mme F. a repris confiance en elle, qu'elle parle de ses projets d'avenir et de reprise d'un mi-temps thérapeutique, qu'elle se sent plus autonome. Elle progresse encore au niveau moteur en ergothérapie, en APA, en kinésithérapie, et le projet en psychomotricité commence à s'orienter vers un travail en mouvement, un travail du corps en relation avec l'autre, en relation avec l'environnement afin de gagner en aisance corporelle, après avoir effectué tout un travail autocentré sur son corps et ses sensations.

En avril, bien que Mme F. note toujours ses progrès, elle exprime sa lassitude de la rééducation et de son quotidien rythmé par sa venue à l'HDJ, elle parle de plus en plus de ses projets d'avenir, de reprise du travail en mi-temps thérapeutique et de son retour à son domicile dans une autre région de France. Alors, la diminution de fréquence des suivis de rééducation est envisagée, pour préparer à une éventuelle sortie cet été, afin que Mme F. puisse reprendre un travail en septembre. Dans le même temps, elle est aussi demandeuse de débiter un suivi psychologique à l'HDJ. Elle dit ne jamais avoir fait de genre de thérapie, mais elle en aurait envie. C'est aussi à ce moment-là qu'en séance seule avec la patiente, elle verbalise « l'acceptation ». Elle me dit : « après l'accident, je pensais que quand l'hématome cervical serait résorbé, tout rentrerait dans l'ordre ». Mais à presque un an de l'accident, elle se rend compte que tout ne serait plus comme avant, qu'elle ne récupérerait pas la totalité de ses pertes. Néanmoins, elle garde toujours l'espoir de faire des progrès sur le long terme,

elle dit « ne pas se décourager », bien qu'elle soit contrainte d'accepter la réalité de son corps.

PARTIE
THEORICO-
CLINIQUE

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

Après la rencontre avec Mme F. et au regard des concepts théoriques que j'ai développés en amont, je vais tenter de répondre à la problématique : **de quelle manière un travail sur les sensations permet-il d'accompagner les remaniements psychocorporels secondaires à un traumatisme médullaire cervical chez un sujet adulte ?**

Accompagner Mme F. à retrouver un nouvel équilibre psychocorporel est l'objectif central du suivi en psychomotricité, qui est pensé à travers : l'harmonisation de la régulation tonique, l'amélioration de l'aisance corporelle, l'accompagnement des remaniements du schéma corporel et de l'image du corps. Il existe alors plusieurs axes de prise en charge, qui ne se sont cependant pas succédés linéairement :

- Un travail en relaxation par induction verbale et toucher, d'une part pour lui permettre un relâchement tonique au repos, et d'autre part afin de stimuler sa conscience corporelle dans une dynamique de réappropriation du corps par les sensations,
- Un travail sensori-moteur afin que Mme F. explore son corps et ses sensations dans le mouvement.

D'abord, je parlerai de la manière dont l'unité psychocorporelle est remaniée et mise en jeu en psychomotricité. Puis j'évoquerai la progression des représentations corporelles. Ensuite, je montrerai comment un retour aux expériences précoces permet d'accompagner la patiente. Enfin j'aborderai le positionnement du psychomotricien dans cet accompagnement.

1. À la recherche d'un nouvel équilibre psychocorporel

« Le corps devient une carte d'identité.

Il clame ce que l'on est, ou ce que l'on veut être »

(Potel, 2010, p. 47)

Après l'accident, le patient blessé médullaire adulte, bien qu'ayant des représentations corporelles et une identité structurées sur ses expériences vécues depuis sa naissance, voit son corps ne plus lui répondre comme avant, et cela vient bousculer la

stabilité de son unité psychocorporelle, aussi bien dans la représentation spatiale du corps que dans sa composante identitaire et narcissique.

1.1. Stimuler la perception du corps

La peau de Mme F. lui envoie des informations différentes depuis son accident, du fait des troubles de la sensibilité superficielle. Le travail de stimulation sensorielle par le toucher ne s'est pas centré uniquement sur la peau de Mme F.

1.1.1. Les sensations pour nourrir le schéma corporel

Le toucher à différents niveaux et selon différentes modalités a permis à Mme F. de comprendre toutes ces nouvelles sensations. B. Lesage (2012) décrit plusieurs niveaux de toucher, s'adressant à différents aspects du corps. Le toucher de surface, également appelé effleurage, s'adresse à la peau, aux contours du corps, les pressions s'adressent aux muscles et à leur tonus, et les percussions à la charpente osseuse. Lorsque j'utilise le toucher massage afin de proposer à Mme F. d'être attentive à son corps, j'essaie de le stimuler dans toutes ses dimensions dans le but de favoriser l'exploration de son corps à travers différentes composantes. Ainsi, j'essaie de nourrir le schéma corporel de Mme F. dans ses différentes sensibilités à la fois superficielles et profondes.

E. Pireyre explique que : « l'attention assure le lien entre la sensorialité et les affects » (2011, p. 121). Cela m'évoque la manière dont les émotions verbalisées par Mme F. sont toujours en lien avec ses sensations corporelles. Ainsi, la qualité d'attention de la patiente sur elle-même lui permet de mettre en lien ses affects et ses sensations corporelles. Il justifie ici que la sensorialité seule n'existe pas, car elle est toujours connotée affectivement et cognitivement. C'est en cela que la sensibilité somato-viscérale est toujours en lien avec l'image du corps.

Je remarque au fil des verbalisations de ses sensations, que Mme F. parle de son corps partie par partie, sans les relier entre elles : à chaque début de séance lors du rituel sensations-émotions, elle fait comme un inventaire de son corps. Cela me questionne sur la perception globale et unifiée de son corps.

Au-delà des perturbations du schéma corporel que cela implique, on peut penser que certaines fonctions du moi-peau (Anzieu & Séchaud, 1985) sont défaillantes du fait de cette modification sensitive secondaire à la lésion médullaire.

1.1.2. Les sensations comme soubassement de l'image du corps

La structuration de la peau physique par le toucher sécurisant de la mère permet la structuration du psychisme du bébé, nous sommes au cœur de l'interdépendance corps-psyché. Là où l'immaturation de la peau du bébé ne lui permet pas d'avoir d'emblée un psychisme structuré, la peau de Mme F., par ses troubles sensitifs ne lui permet plus de sentir l'intégralité de sa surface corporelle comme uniforme. Le moi-peau tel qu'il est mentionné dans l'image composite du corps d'E. Pireyre (2011, p. 80) est une composante de celle-ci. Ainsi, une fragilisation du moi-peau fragilise la stabilité de l'image composite du corps.

Voici selon moi certaines des fonctions du moi-peau qui me semblent remises en jeu dans le suivi de Mme F.

Je choisis d'associer dans cette discussion la maintenance et la contenance, de la même manière que j'évoquerai ensemble les concepts de *holding* et de *handling* comme fonctions maternantes, dans une partie ultérieure.

La fonction de soutien de l'excitation sexuelle est stimulée également. En venant toucher l'ensemble du corps de Mme F., nous venons le relibidinaliser, en ramenant des excitations (au sens d'informations pas encore traitées par le système perception-conscience) et des sensations de plaisir. Comme décrit par F. Dolto (1984), l'image du corps est largement corrélée à l'investissement libidinal de celui-ci, alors c'est par le réinvestissement libidinal que le toucher vient ici soutenir l'image du corps de Mme F.

De plus, l'inscription de traces sensorielles par les stimulations tactiles reçues par la peau nourrissent les relations qu'entretiennent Mme F. non seulement avec son corps mais aussi avec son environnement. Là se trouve tout l'intérêt de suggérer à la patiente de porter attention à son corps lorsqu'on le touche, mais aussi lorsque son corps est en contact avec des dalles sensorielles ou avec l'espace environnant : l'aspect du sol ou l'air contre le visage par exemple.

Le moi-peau dans sa dimension psychique ne semble pas réellement atteint chez Mme F. Mais en considérant le moi-peau comme intervenant dans l'image du corps selon le concept de E. Pireyre (2011), alors stimuler la peau et certaines de ses fonctions psychiques permettent de soutenir les remaniements de l'image du corps de Mme F.

La sensation vient aussi soutenir d'autres composantes de l'image composite du corps.

La continuité d'existence est travaillée par le fait d'essayer de sentir chaque partie touchée. Comment se sentir pleinement exister quand on ne sent pas ou que partiellement certaines zones corporelles ? Le toucher vient mettre en lumière certaines zones du corps de Mme F. qu'elle dit moins bien sentir ou sentir différemment. Le but n'est pas de restaurer les capacités sensibles car la repousse des nerfs après la lésion n'est pas possible, mais cette continuité d'existence est mise au travail dans la prise de conscience des particularités sensorielles (zones plus ou moins sensibles, sensibilité déformée), à travers le toucher mais aussi à travers le mouvement. Cela reviendrait à se sentir exister à travers les sensations, même là où elles font défaut.

La représentation de l'intérieur du corps est stimulée par le toucher. Mme F. est touchée au niveau superficiel, au niveau musculaire et osseux et comme le dit E. Pireyre, pour savoir comment les patients se représentent ce qu'il y a dans leur corps « on peut tout simplement leur poser la question » (2011, p. 87). Lorsque je demande à Mme F. comment elle sent l'intérieur de son corps, elle me dit qu'après avoir senti les percussions osseuses le long de sa colonne vertébrale, elle se sent solide et n'a pas peur qu'on touche ou qu'on mobilise les endroits de sa fracture et de sa contusion médullaire. La solidité de la charpente osseuse permet de sentir la solidité de ses appuis. Je rapproche cela des progrès quant à la qualité de perception des appuis et de l'ancrage de Mme F. au fil du suivi, comme si la patiente avait suivi un processus « d'intériorisation des appuis » (Lesage, 2012, p. 225) aussi bien corporels que psychiques par les sensations de solidité de ses os procurées par les percussions corporelles. Quant aux muscles, Mme F. verbalise des difficultés à les sentir comme faisant partis d'elle, notamment lorsqu'elle sent ses cuisses « comme des cordes de violon », ou ses flancs « comme dans un arceau ». De même, elle exprime souvent les raideurs au niveau de sa ceinture scapulaire et de ses jambes. On voit alors comment les raideurs musculaires séquellaires aux troubles moteurs ainsi que la spasticité impactent la manière dont elle perçoit ses sensations. Le système musculaire n'assure alors pas complètement sa « fonction d'interface par le jeu tonique » (Lesage, 2012, p. 225). Ainsi, là où chaque système (la peau, les os, les muscles entre autres) permet de supporter un vécu de soi spécifique « en fonction de ses qualités propres » (Lesage, 2012, p. 225), chez Mme F. le vécu de soi n'est pas encore parfaitement ajusté. On peut d'ailleurs se poser la question de la limite de cette réappropriation de ses sensations corporelles par le toucher, lorsqu'on

sait que l'on ne pourra pas guérir les troubles sensitifs de la patiente, ni supprimer la spasticité. Ces deux composantes contribueront toujours à déformer la manière dont elle se perçoit, mais il s'agit alors d'apprendre à « vivre avec » pour ajuster ses représentations malgré les modifications perceptives.

Les compétences communicationnelles du corps de Mme F. sont largement remises en jeu durant le suivi. La patiente communique verbalement son vécu avec une grande aisance. Mais concernant ses communications corporelles, j'en note assez peu à travers la pauvreté des variations toniques et des variations d'attitude. Seules ses communications corporelles au niveau du visage sont expressives, et suffisent largement à la comprendre. Mais l'intérêt de soutenir toutes les modalités de communication corporelle se trouve dans le soutien de l'image du corps. C'est à travers le dialogue tonico-émotionnel théorisé par H. Wallon, J. De Ajuriaguerra et repris par E. Pireyre (2011) que nous parvenons à soutenir les compétences communicationnelles du corps. Mme F. évolue dans l'espace le regard vers le sol, la colonne vertébrale légèrement enroulée, centrée sur elle-même. Et lorsqu'on initie un contact corporel avec elle : nos regards se croisent, nos mouvements s'ajustent et se synchronisent. Je prends alors conscience que c'est grâce au soutien de l'autre, par le dialogue tonico-émotionnel, et enveloppé par la musique, que Mme F. parvient à s'engager dans le mouvement, à bouger ses bras, à jouer avec ses appuis, avec son corps. C'est à la fois le thérapeute qui s'ajuste à Mme F., et Mme F. qui s'ajuste au thérapeute, un dialogue s'installe, et celui-ci permet à la patiente d'explorer son corps à travers de nouveaux canaux.

1.2. Entre dépendance et autonomie

1.2.1. L'impact identitaire sur le sujet

On peut facilement imaginer que dans les mois suivant l'accident, les restrictions de mobilités dues d'une part à la tétraparésie, à l'immobilité dans les premiers temps après l'accident et d'autre part au port du corset et de la minerve rigide impactent le corps. Il est alors ressenti comme si différent du corps connu d'avant qu'il redevient un organisme tel que le décrit A. Bullinger (2004), dans lequel le sujet ne reconnaît plus vraiment sa place. Cette période induit alors un retour au stade de dépendance où le patient est comme assujéti à la présence de l'autre, pour manger, s'habiller, se laver, se mouvoir, à l'image du bébé qui est dépendant de sa mère.

Cette régression d'autonomie a eu un impact fort sur l'image du corps de Mme F., qui verbalisait souvent son vécu difficile quant au fait d'être assistée dans les tâches de la vie quotidienne.

1.2.2. L'intérêt de se sentir

Comme le dit E. Pireyre (2011), l'identité est assignée au jeune enfant par ses parents, à travers la sensorialité et le dialogue tonico-émotionnel dès les premiers mois de vie. La sensorialité vise ici à « se percevoir en train de percevoir » (Pireyre & Delion, 2011, p. 66). Alors que Mme F. était dans un premier temps dépendante de son conjoint notamment pour l'habillage et la toilette et qu'elle verbalisait cela en séance, on peut penser que le travail autour de ses sensations corporelles en psychomotricité a permis, à l'image des parents envers le bébé, de restituer une part de son identité à Mme F. De plus, la composante identitaire de son image du corps a été largement soutenue par ses progrès en rééducation au niveau de ses capacités motrices, qui lui ont permis de gagner en autonomie dans sa vie quotidienne. On constate toute l'importance que cela avait pour Mme F. lorsqu'elle verbalise en janvier, avoir pu faire une « après-midi normale » à son domicile, en ayant accomplis toutes les tâches qu'elle souhaitait.

La restauration d'une image du corps harmonieuse a alors été permise en partie grâce au soutien de l'identité de Mme F. à travers le travail sensoriel en psychomotricité, ainsi que grâce aux progrès quant à son autonomie. Ces progrès et la composante identitaire stable de son image du corps lui permettent alors de penser à ses projets d'avenir.

1.3. Vers un « vivre avec » le handicap : reconstruction ou remaniements ?

Dans les verbalisations de Mme F., on entend souvent le rapport à la normalité, notamment dans sa fierté d'avoir pu faire une « après-midi normale » en janvier. Elle évoquait d'ailleurs à son arrivée à l'HDJ, son besoin de « réparation » du corps. Et cela contraste avec son état d'esprit quatre mois plus tard, où elle évoque pour la première fois « l'acceptation ».

Avec le recul que j'ai sur l'accompagnement de Mme F., j'identifie quelques-unes des étapes du processus de deuil qu'a traversé et que traverse encore Mme F. Le deuil a été décrit par V. Vanoverskelds (2003) en reprenant les travaux de la psychiatre américaine E. Kubler-Ross. En précisant bien que chaque étape n'est pas linéaire, qu'elles peuvent se succéder, s'enchevêtrer, revenir plusieurs fois, on trouve : le choc, la dénégation, la colère, la dépression, la négociation et l'acceptation. Ainsi, le handicap de Mme F. semble imposer un deuil. Deuil des capacités perdues, mais aussi deuil de l'image d'elle-même, « l'image

intérieure, mais également l'image sociale, familiale, professionnelle » (Vanoverskelds, 2003). Ainsi, l'image d'elle-même est nécessairement remaniée. L'évolution de l'investissement de la patiente au cours du suivi témoigne-t-il de son cheminement psychique autour du deuil ? Lorsqu'elle était très investie dans la verbalisation de ses sensations et de ses émotions et qu'elle me semblait aller plutôt bien, Mme F. était peut-être dans une phase de déni, où la manière de « ne pas affronter la réalité de sa perte » (Vanoverskelds, 2003) était d'investir la rééducation car elle pourrait permettre un retour à ses capacités motrices et sensibles antérieures à l'accident : la récupération à tout prix. Puis on observe la phase d'acceptation, lorsque Mme F. verbalise elle-même être en train d'accepter son handicap, dix mois après son accident.

Ainsi, le schéma corporel, l'image du corps et donc plus largement l'unité psychocorporelle ne se reconstruit pas après un traumatisme médullaire, elle se remanie. On ne déconstruit pas pour reconstruire à l'identique, on remanie en composant avec les éléments antérieurs constitutifs de l'intégrité et du vécu du sujet, ainsi qu'avec les déficiences présentes. En reprenant l'image utilisée par C. Potel (2010) dans la citation introductive de mon mémoire, où le corps est une maison, après un accident médullaire on ne déconstruit et reconstruit pas les fondations et les murs de la maison. Mais on en remanie l'aménagement, l'organisation, la manière de vivre à l'intérieur. On peut aussi consolider les murs et les fondations, pour que l'habitation soit plus confortable. Cela reviendrait à sécuriser le corps, enrichir les représentations afin de pouvoir l'habiter le plus aisément possible.

Traverser ces phases de deuil permet désormais à Mme F. d'élaborer des projets futurs, pour que la vie continue en dehors de la rééducation. Mme F. semble petit à petit s'éloigner de la rééducation pour investir des projets de retour chez elle, de reprise d'un mi-temps thérapeutique. Cette projection dans l'avenir est permise par l'acceptation du handicap.

2. D'une représentation des sensations vers une représentation du corps

*« Dans l'évolution des dessins [...],
On voit apparaître les volumes et la dynamique du corps,
Mais on lit également l'ouverture à autrui dans l'évolution des postures et l'apparition de
détails anatomiques tels que les organes des sens,
Sans parler de la sexuation des représentations. »
(Lesage, 2012, p. 235)*

2.1. De l'éprouvé corporel aux représentations

Je m'intéresse ici aux représentations qui se matérialisent dans les mots, mais aussi dans les images et le graphisme.

Les éprouvés corporels permettent à Mme F. de faire siennes des expériences sensorielles vécues, par le processus de représentation. D'une part, les sensations suivent les circuits neurologiques pour s'inscrire dans le cerveau, d'autre part, elles sont traitées par l'appareil psychique pour s'inscrire dans la conscience. Ayant un déficit sensitif d'origine neurologique, Mme F. semble alors se raccrocher à ce qui ne lui fait pas défaut : le processus de symbolisation.

Les représentations qui arrivent dans la conscience de Mme F. sont le fruit de la stimulation sensorielle nouvelle, ainsi que de la mémoire des vécus antérieurs. C'est de cette manière qu'intervient le système perception-conscience (Freud, 1923). Alors, ces représentations permettent d'associer la nouvelle sensation potentiellement étrangère et désorganisatrice, à des vécus connus et rassurants. C'est par le processus de symbolisation des éprouvés corporels que Mme F. peut se réapproprier son corps.

2.2. Poser des mots sur les sensations pour se réapproprier son corps

La grande capacité de Mme F. à représenter ses sensations par des images concrètes est un fil conducteur du suivi. J'ai noté l'évolution de ses représentations durant sa progression en rééducation. Les représentations évoquées par Mme F. montrent l'impact des sensations sur son image du corps : après sa chute du mois de décembre, la patiente se sent « cassée », puis après une séance de toucher à 4 mains, elle peut dire que le toucher « recolle ».

La plupart du temps, Mme F. image ses sensations par des représentations d'objets matériels : « sur des cordes », « sur des méduses crevées », « sur des chambres à air », « dans du papier bulle ». Ainsi c'est comme si Mme F. avait besoin de passer par des images concrètes pour se représenter ces sensations nouvelles dans son corps, comme si les troubles sensitifs conféraient à ses sensations, une certaine étrangeté. Lorsque Mme F. se sent « enroulée dans du cellophane », j'ai l'impression qu'elle vient expliquer comme sa peau ne lui appartient plus vraiment. Ce vécu déformé, relié à l'impact de la peau physique sur la peau psychique permet de comprendre l'intérêt de penser la prise en charge de Mme F. dans la dynamique de réappropriation de ses sensations par le toucher, afin de soutenir l'image du corps.

Il est pertinent de s'intéresser à la symbolique du corset de Mme F., et de ce qu'elle souhaite en faire. Le fait qu'elle lui « réserve le sort » de le détruire en une *piñata* montre le rejet qu'elle éprouve envers celui-ci. En effet, ce corset a laissé des traces dans le corps de la patiente : même après l'avoir quitté, elle le sentait encore, et j'irais même jusqu'à dire qu'on pouvait même voir de l'extérieur les traces qu'il avait laissé en elle, à travers la rigidité de son axe, de ses mouvements et à travers son dessin du corps. On parle alors de traces physiques mais aussi psychiques, par les limitations motrices, la sensation d'enfermement assignée à une femme d'habitude dynamique et autonome, par la rigidité... Mme F. exprime du rejet envers cet objet qui semble à ce moment-là, symboliser la souffrance qu'elle a vécu après l'accident. Le détruire pourrait ainsi être un acte libérateur, comme pour manifester la récupération de sa motricité, de son autonomie et globalement, ses progrès en rééducation.

2.3. Dessiner un corps : l'évolution des représentations

G. Ponton considère la représentation par le dessin comme « la trace visible de l'invisible conscience corporelle » (2012).

Lors du premier dessin de Mme F., je remarquais une problématique de rigidité, qui correspondait bien à ce qu'elle disait de son vécu du corset et à ce qu'elle manifestait corporellement. Cette rigidité pouvait aussi être mise en lien avec une perturbation des représentations corporelles consécutives « à une inhibition ou à la désactivation du mouvement à la suite d'un traumatisme » (Ponton, 2012). Ce dessin est aussi témoin de la manière dont Mme F. a vécu l'accident d'équitation lorsqu'elle dit « je me suis dessinée comme ils [le SAMU] m'ont ramassée. ».

C'est lorsque G. Ponton dit : « la pratique psychomotrice ne redonne pas le sentiment d'exister à la personne qui n'a plus conscience d'elle-même » (2012), que je mesure

l'importance de stimuler la conscience corporelle de Mme F. à travers les sensations, puis de soutenir le sentiment d'exister dans l'image du corps. Aussi, G. Ponton explique l'importance du processus de deuil sans lequel la conscience corporelle ne peut pas progresser ; il faut d'abord prendre conscience de la nouvelle réalité corporelle. Cela met alors en lien le processus du deuil et les progrès de la conscience corporelle, ce qui m'amène à me dire que Mme F. élaborait au sujet du deuil au moment où ses dessins progressaient.

Le deuxième dessin vient témoigner de l'évolution de Mme F. quant à son identité sexuée. Elle parle d'un « homme trans » et ajoute des éléments de féminité à son dessin. L'identité sexuée est une facette de l'image composite du corps (Pireyre & Delion, 2011), qui semble commencer à se déployer à travers ce dessin.

Le dernier dessin vient selon moi montrer l'aboutissement du travail global de réappropriation du corps. Ce travail a été continué après, plus en détail sur certaines parties du corps où Mme F. se sentait en difficulté. Mais les progrès quant à la morphologie du corps soulignent probablement la manière dont les stimulations sensorielles sur le corps de Mme F. ont eu un impact sur sa perception et son schéma corporel. De la même manière, le fait que le dessin semble dynamique et vivant peut venir souligner les remaniements de l'image du corps qui sont en cours et qui lui permettent d'avoir un vécu corporel plus apaisé.

Les dessins, en plus de marquer l'évolution de la conscience corporelle et des réorganisations du schéma corporel de Mme F. ont aussi eu un réel intérêt pour moi, dans la compréhension de vécu corporel et psychique de l'accident, des soins et du handicap puisqu'ils étaient un support d'échange.

3. Les séances de psychomotricité pour revivre les expériences sensorielles précoces structurantes de l'unité psychocorporelle

« On est amené à « donner à sentir », en reprenant au demeurant un travail de « contenance » et de mise en forme assuré par le holding maternel. »

(Lesage, 2012, p. 223)

L'espace de psychomotricité et l'accompagnement par le psychomotricien permettent à la patiente de faire un retour vers des vécus infantiles, et plus particulièrement

vers des expériences précoces structurantes de l'unité psychocorporelle, à un moment où cette unité est ébranlée par un accident, une transformation brutale du corps.

En réalité, on ne devrait pas parler de retour en arrière mais plutôt d'acceptation de « l'intelligence de la continuité » (Ponton & Glon, 2015, p. 8). La psychomotricienne G. Ponton explique l'importance des répétitions au cours de la vie : lors du développement de l'enfant mais également à l'âge adulte. Certaines expériences, telles que voir une personne âgée au sol, peuvent être vécues comme une régression. Alors, être touché, porté, enveloppé pourrait être aussi vécu comme un retour en arrière par un adulte. Au-delà de l'intérêt des expériences précoces d'un point de vue développemental pour l'enfant, il faut voir l'intérêt de répéter ces expériences, en les associant au vécu de l'adulte, car « entre un point A et un point B, je change ; si je retourne au point A en ayant changé, c'est une autre expérience qui s'ouvre ». (Ponton & Glon, 2015, p. 8). Il faut comprendre ici qu'un sujet adulte qui retrace les expériences infantiles, en se déplaçant au sol ou en étant touché par exemple, les vit à travers le prisme d'adulte structuré, riche d'un vécu corporel et psychique antérieur, qui teindra toutes ses expériences. On retrouve ici la composante inconsciente de l'interprétation des sensations par le vécu antérieur dans le système perception-conscience théorisé par S. Freud (1923).

3.1. Les fonctions maternantes comme support de la réappropriation du corps de Mme F.

L'unité psychocorporelle dans ses deux composantes que sont le schéma corporel et l'image du corps se retrouve perturbée par les troubles moteurs et sensitifs, et par le vécu de la chute, de l'hospitalisation, du handicap. Il semblait nécessaire à Mme F. de pouvoir retourner au cœur de ses sensations afin de se réapproprier son corps, avant de pouvoir l'explorer à nouveau.

Le suivi de Mme F. a débuté par un travail en relaxation composé d'inductions verbales et de toucher ; lieu où la patiente pouvait se concentrer sur son corps à travers un moment calme, en laissant de côté quelques instants la vision fonctionnelle de celui-ci, nécessaire et imposée par la rééducation.

3.1.1. L'ajustement tonique

Pour rappel, les difficultés motrices et de régulation toniques de la patiente étaient mises en avant par une crispation et des tremblements en action, de source neurologique. A cela venait s'ajouter la spasticité, composante que nous ne traitons pas en psychomotricité,

mais qui était abordée en kinésithérapie, et avec le médecin afin de prévoir des injections de toxine botulique.

Grâce au « portage maternant » (Potel, 2010, p. 114), le bébé poursuit ce qu'il a vécu à l'intérieur de l'utérus de la mère, ayant une fonction d'enveloppe protectrice. Le portage va influencer sur le développement tonique du nourrisson, pour qu'il ne soit ni trop hypertonique, ni trop hypotonique. Ce développement est aussi permis grâce à la maturation neurologique. Lorsque Mme F. subit une atteinte neurologique ne lui permettant plus de réguler son tonus d'action de manière adaptée, le caractère contenant du portage physique par le toucher, et du portage psychique par la qualité de présence du psychomotricien, de ses inductions verbales, semble permettre à Mme F. d'abaisser son tonus de repos et de trouver un meilleur confort dans son corps, à travers la détente. Cette qualité de portage est permise par l'accordage dans le dialogue tonico-émotionnel lorsqu'elle est touchée. Lorsque je pose mes mains sur le corps de Mme F., je suis attentive à toutes sortes d'indices au sujet de son état tonique et émotionnel : chaleur, raideur, tensions, mimiques faciales, respiration... C'est en me basant sur ces indices que j'essaie d'adapter plus ou moins consciemment ma manière de toucher. Aussi, je suis attentive à ce que cela me fait vivre. Comment je respire ? Quels sont mes appuis ? Ainsi, la porte d'entrée vers l'accès au corps et aux sensations a été de rechercher l'abaissement du tonus au repos, sans déclencher de spasticité ni de crispation due à la commande motrice en action.

Je note une émergence de la verbalisation de ses sensations, à la fin de chaque séance de relaxation. L'abaissement de l'état tonique de Mme F. lui permet alors d'être à l'écoute de toutes ses sensations corporelles.

La relaxation et le toucher permettent à Mme F. de réajuster son tonus en l'abaissant, d'abord au repos, dans l'idée d'aborder la régulation tonique ensuite dans le mouvement. Cette baisse de tonus a permis à Mme F. d'accéder aux sensations plus fines de son corps, afin de se les réapproprier.

3.1.2. Le portage

Pour rappel, J.-M. Gauthier explique que « l'enjeu du développement pour l'enfant est l'appropriation de son propre corps » (Potel, 2010, p. 131) en s'étayant sur les fonctions maternelles que sont le *holding* et le *handling*.

L'utilisation du toucher dans le cadre de séances de relaxation avec un patient adulte ayant des représentations corporelles déstructurées par un handicap permettrait ici de retourner au plus près des premiers éprouvés infantiles structurants du schéma corporel et

de l'image du corps. Nous pouvons faire l'analogie entre le toucher que prodigue une mère à son bébé dans les premiers temps de vie, et le toucher que prodigue le psychomotricien à Mme F. Là où le bébé n'a pas de représentations corporelles, la patiente blessée médullaire voit ses représentations corporelles modifiées. Alors que l'un doit structurer son schéma corporel, l'autre doit le restructurer. Toujours dans cette analogie, la mère permet à l'enfant de structurer ses représentations corporelles par son toucher, et le psychomotricien par la qualité maternante de son toucher peut alors accompagner la patiente dans la restructuration de son corps. C'est alors dans l'augmentation du capital de sensations de Mme F., qu'elle peut se construire la représentation d'un corps unifié.

Le toucher et la stimulation de la peau par la mère est considéré par A. Montagu comme un « facteur important de développement de l'individu » (Montagu, 1979, p. 58), lui permettant un premier contact au monde. Ainsi, la fonction maternante du toucher en psychomotricité permet à Mme F. de se sentir soutenue et accompagnée à l'image d'un bébé qui est soutenu par les contacts avec sa mère dans son développement. G. Ponton mentionne que « le développement psychomoteur ne s'arrête pas à la dernière page du carnet de santé (seize ans) ! On ne devrait pas parler de développement, mais de devenir » (Ponton & Glon, 2015, p. 8). Un devenir dans lequel il y aurait une continuité, tout au long de la vie.

Pour terminer sur la fonction contenante de la séance de psychomotricité, « c'est l'intrication profonde entre, d'une part l'ancrage du corps dans l'espace et le temps, d'autre part la fonction contenante de l'enveloppe qui va constituer le socle, la structure de l'identité psychocorporelle du sujet » (Potel, 2010, p. 111). En cela, le cadre spatio-temporel rigoureux de la séance de psychomotricité le mercredi à 9h45, toujours dans la même salle, avec les mêmes personnes (le psychomotricien ou moi-même), ainsi que le déroulement des séances débutants toujours par le temps rituel des sensations et émotions, ainsi que le temps de verbalisation à la fin permettent à Mme F. de petit à petit restructurer son identité psychocorporelle. C'est le dispositif entier qui entre en jeu, et pas seulement l'intervention du toucher en relaxation.

Le bébé après avoir intégré une première représentation corporelle à travers le portage et les sensations, peut commencer à expérimenter avec son corps. Cette progression est à l'image de la progression de Mme F. dans le suivi : après plusieurs mois de suivi plutôt en statique, la relaxation allongée sur la table de rééducation ou en position assise laisse place à des propositions qui mettent en jeu le corps de Mme F. en mouvement. Après avoir

fait l'expérience de son corps en statique à travers la réappropriation des sensations corporelles par le toucher, elle commence à l'appréhender dans le mouvement.

3.2. Un espace pour (ré)expérimenter à travers le corps

A l'image du jeune enfant qui n'explore son corps à travers la sensori-motricité qu'après avoir vécu les expériences sensorielles et relationnelles avec sa mère et en ayant pu se différencier de la fusion qui les liait, le suivi de Mme F. a suivi cette dynamique. Après avoir été touchée, portée physiquement et psychiquement par le psychomotricien, elle peut investir le suivi dans une dynamique plus motrice, tout en restant concentrée sur ses sensations, mais dans le mouvement cette fois-ci. Avant de redécouvrir l'espace environnant avec son corps, elle a redécouvert son espace à elle : son propre corps.

C'est selon moi les expériences sensori-motrices qui ont permis à Mme F. de consolider son schéma corporel. Lors des séances, je remarque la composante sensori-motrice qui « exprime bien ce lien intime qui existe entre les sensations et le mouvement » (Chadzynski, 2010, p. 255).

L'expérimentation corporelle semble nécessaire à Mme F. Lors d'une séance de mouvement dansé, un échauffement est proposé par le psychomotricien, en se déplaçant librement dans la salle sur un fond musical. Il est proposé d'explorer différentes manières de se déplacer en faisant varier la vitesse de déplacement, la direction, les appuis... Son regard est dirigé vers le sol, comme si elle ne regardait pas l'extérieur mais plutôt qu'elle contemplait ses sensations dans son corps. Mme F. effectue certains déplacements, expérimente en répétant les mouvements, toujours de la même manière, un nombre de fois, puis elle apporte de la nouveauté jusqu'à faire un nouveau mouvement et reprendre l'exploration de celui-ci dans ses détails. Mme F. se saisit des propositions, lui permettant de sentir son corps à travers les sensations kinesthésiques, vestibulaires, musculaires, vibratoires, qu'elle explore par elle-même en les décomposant, et en se les appropriant pour qu'ils correspondent à sa réalité corporelle actuelle. Ainsi, les expériences sensori-motrices viennent actualiser le schéma corporel de Mme F. dans la conception qu'en donne J. De Ajuriaguerra, basé à la fois sur l'histoire, le vécu du sujet, ainsi que sur le moment présent (1970).

Quand Mme F. expérimente des mouvements sur le trampoline, elle est d'abord très crispée et raide. Mais après un long moment où elle est centrée sur elle-même, en regardant ses pieds, dos à nous, en s'agrippant d'une main à la main courante, elle répète plusieurs

dizaines de fois des mouvements de flexion et d'extension des chevilles puis des genoux. Puis elle varie son expérimentation, en étant soutenue par les propositions du psychomotricien. C'est alors que d'un agrippement à la main courante pour ne pas se déséquilibrer, Mme F. passe à un appui, permis par la découverte de son équilibre sur le trampoline grâce à l'expérimentation sensori-motrice. « Selon le degré d'équilibre du bébé (l'enfant, l'adulte), il y a recherche d'appui ou d'agrippement » (Livoir-Petersen, 2011, p. 103). L'équilibre de la patiente, et sa manière de l'expérimenter, entrent aussi en jeu dans la recherche d'appuis et de repères corporels stables. Ainsi, Mme F. trouve d'autres appuis corporels pour se mouvoir aisément selon ses possibilités motrices.

Je remarque les progrès de son aisance corporelle à travers son ancrage au sol, la solidité de ses appuis et la gestion de son équilibre lors d'une séance où nous pratiquons la lutte et où nous travaillons sur les appuis corporels et les appuis de l'autre. Mme F. adapte presque instantanément sa posture pour venir réceptionner mon corps lorsque je m'appuie sur elle. Cette adaptation de son corps et de son positionnement, qu'elle n'avait pas auparavant, est le témoin de toutes les expériences sensorielles et motrices qu'elle a pu faire, et qui ont enrichies son répertoire de perceptions et de repères corporels sécurisés. Lors de ses expérimentations, Mme F. module ses déplacements, varie les mouvements, modifie son tonus, teste son équilibre, enrichit la représentation interne de son corps (Nasio, 2006, p. 171) et pour ainsi dire, elle enrichit son schéma corporel.

Pour aller plus loin, B. Lesage parle de « couplage sensori-moteur » (Lesage, 2012, p. 224) : la commande motrice s'ajuste selon les ressentis, et ces derniers sont calibrés par le système moteur. D'où l'intérêt d'enrichir le répertoire de sensations afin de moduler finement la motricité, et de nourrir les sensations dans le mouvement.

On peut ainsi dire que Mme F. parvient à adapter ses schèmes moteurs, son équilibre et ses appuis selon les nouvelles possibilités de son corps après l'accident. Cela témoigne du cheminement des remaniements de son schéma corporel en psychomotricité à travers le travail autour des sensations.

4. Le positionnement du psychomotricien comme médium malléable

D'après la psychanalyste M. Milner, le médium malléable est « une substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont transportées aux sens » (1979). On

peut considérer un objet, une médiation, un thérapeute comme médium malléable, caractérisé par plusieurs aspects : sensible, vivant, indestructible, transformable, souple. Il permet de donner forme aux contenus non élaborés, qui deviennent verbalisables.

On peut considérer le psychomotricien comme médium malléable car, en mettant son corps et sa psyché au service du patient, il est à la fois saisissable, toujours disponible et il « se prête à l'exploration » (Roussillon, 2001, p. 249). Il est aussi indestructible (on peut par exemple le déséquilibrer en faisant de la lutte, l'ignorer à certains moments dans le jeu), il transforme les « différences quantitatives » (Roussillon, 2001, p. 249) du système perception-conscience, en « variations qualitatives » (Roussillon, 2001, p. 249). C'est par sa fiabilité, sa fidélité, et la conservation de sa forme, que le psychomotricien peut être considéré comme médium malléable.

Dans le suivi de Mme F., c'est comme si elle emmenait le psychomotricien ou moi, là où elle en était et où elle voulait qu'on vienne l'aider à se réapproprier son corps. Chaque séance où était utilisé le toucher dépendait des verbalisations de Mme F. en début de celle-ci lors du temps ritualisé sensations-émotions. C'est comme si elle nous disait : « aidez-moi à me réapproprier telle ou telle zone de mon corps ». C'est d'ailleurs quelque chose qu'elle a pu mettre en mots lors d'une séance avec moi, en parlant de certaines parties de son dos.

Le psychomotricien comme médium malléable s'observe aussi à travers le dialogue tonico-émotionnel. Le psychomotricien s'engage corporellement afin de soutenir l'engagement de la patiente, mais l'engagement corporel ne se résume pas à bouger avec la patiente : il faut analyser ses propres communications corporelles pour aider Mme F. à explorer les siennes. Ainsi, il appartient au psychomotricien d'être attentif à sa posture, à son regard, à ses modifications toniques, aux caractéristiques de ses gestes (vitesse, amplitude, précision), à ses mimiques dans un moment où « action et réflexion sont simultanées » (Pireyre & Delion, 2011, p. 133). Il faut alors savoir être et savoir faire en même temps, car le savoir-faire seul ne suffit pas à soutenir le patient dans l'exploration de son corps, c'est le propre de la psychomotricité.

CONCLUSION

CONCLUSION

La rencontre avec la clinique psychomotrice en rééducation fonctionnelle m'a amené à émettre l'hypothèse qu'un travail sur les sensations corporelles permettait d'accompagner les remaniements du schéma corporel et de l'image du corps en vue de retrouver une unité psychocorporelle stable, après un accident.

Il s'agit là d'une réorganisation de l'équilibre psychocorporel au moment où un accident est venu ébranler les représentations du corps du sujet, dans la perception de ses sensations corporelles et de son mouvement. Le schéma corporel, constamment actualisé, est fragilisé par la diminution des afférences sensibles ainsi que par l'immobilité engendrée par l'accident. L'image du corps vacille, entre remaniements identitaires, nouvelles communications corporelles engendrées par le handicap, troubles toniques, et nouvel investissement libidinal de la surface du corps.

La rencontre avec Mme F. m'a amenée à rendre compte, au cours de ma réflexion, de la réorganisation de son équilibre psychocorporel soutenue par la psychomotricité ainsi que par l'ensemble de sa rééducation à l'hôpital de jour. Il lui aura fallu, dans un premier temps, retrouver un sentiment de sécurité corporelle soutenu par la fonction maternante du psychomotricien, à travers le portage et l'ajustement tonique. Puis, l'implication du psychomotricien est venue soutenir la réappropriation du corps de Mme F. par les sensations à travers le toucher. Ensuite, Mme F. a pu expérimenter ses nouvelles possibilités à travers le plaisir de se mouvoir dans une dynamique sensorimotrice. Les dessins du corps ont montré la progression des représentations corporelles de Mme F., qui tendaient à se rééquilibrer. Aussi, le suivi psychomoteur a été le lieu pour symboliser ses sensations, verbaliser son vécu corporel et son cheminement dans le processus de deuil, lui permettant in fine d'investir d'autres champs que la rééducation dans ses projets de vie future.

Ce suivi psychomoteur dont j'ai pris la responsabilité, petit à petit au fil de l'année, jusqu'à me voir décerner l'entière responsabilité du suivi à partir du mois d'avril par mon maître de stage, vient mettre en avant la progression concomitante de l'équilibre psychocorporel de Mme F., notamment dans sa dimension identitaire, et la construction de mon identité ainsi que de ma posture professionnelle.

Au moment où j'écris les dernières lignes de ce mémoire, Mme F. est toujours suivie à l'hôpital de jour. Après l'évocation des projets d'avenir par la patiente, la question de sa sortie a été discutée en équipe, puis avec elle lors d'un rendez-vous avec le médecin.

J'apprends que la reprise d'une activité professionnelle en mi-temps thérapeutique ainsi que le retour à son propre domicile dans une autre région de France sont prévus pour janvier 2020. Il semblerait que Mme F. ne quitte pas l'hôpital de jour avant la fin de l'année 2019. À bientôt un an de son accident, la patiente fait encore des progrès en rééducation. En psychomotricité, il me semble encore nécessaire de soutenir Mme F. dans les remaniements de son unité psychocorporelle. Après avoir senti, verbalisé, imagé, dessiné son corps et ses sensations, un cycle sur la représentation de sa silhouette et de ses sensations corporelles en peinture est en cours.

La conclusion de cette réflexion m'amène à penser un axe de suivi sur la prise de conscience du corps par le mouvement. La pratique de l'Éducation Somatique me vient en tête, toujours dans cette dynamique de conscience corporelle déjà abordée en séance. Cela permettrait à Mme F. de retrouver une meilleure aisance dans ses mouvements afin de l'aider à retrouver sa propre fonctionnalité, en engageant toujours la sensorialité, associée à la pensée et à l'imagination du mouvement. Je fais notamment référence à la méthode Feldenkrais, que j'ai pu expérimenter brièvement lors de ma formation de psychomotricité en deuxième année, pendant dix séances. J'ai redécouvert et approfondi ma mécanique personnelle de certains mouvements, j'ai imaginé et senti comment je bougeais, j'ai conscientisé les mouvements que je faisais automatiquement, et j'ai exploré d'autres manières de me mouvoir. La découverte et l'expérimentation de pratiques corporelles ou même artistiques semblent laisser des traces dans mon vécu corporel et psychique. Ces dernières nourrissent mon identité professionnelle encore en construction, et me permettent d'élaborer des axes de suivi pour les patients que je rencontre.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D., & Séchaud, É. (1985/1995). *Le moi-peau* (Nouvelle édition revue et augmentée). Paris: Dunod.
- Barrou, M., & Sarraf, T. (2014). Quels sont les impacts des déficiences motrices et psychomotrices après une lésion cérébrale ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118(3), 59-68.
- Boulanger, J. (2018). Le système perception-conscience, de Freud à Dehaene. *Revue Française de Psychanalyse*, 82(3), 779-790.
- Boutinaud, J. (2017). Comment le corps vient à l'enfant ? Quelques enjeux autour des représentations corporelles au cours du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, 60(1), 145-166.
- Braillon, G. (2002). *Le système nerveux central : à l'usage des étudiants en médecine*. Rueil-Malmaison: Groupe Liaisons.
- Brunelli, G. (2005). Les lésions traumatiques de la moelle épinière. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 189(6), 1135-1149.
- Bullinger, A. (2004). Le concept d'instrumentation : son intérêt pour l'approche des différents déficits. In *La vie de l'enfant. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1 : un parcours de recherche* (p. 49-60). Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Bullinger, A., & Delion, P. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1 : un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Chadzynski, D. (2010). Bilan sensori-moteur A. Bullinger en psychomotricité : en deçà du mouvement, les modulations toniques et les flux sensoriels. In C. Potel, *Être psychomotricien* (p. 254 à 272). Toulouse: Érès.

- De Ajuriaguerra, J. (1970/1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2e éd. entièrement refondue). Paris: Masson.
- Désert, J.-F. (2002). Les lésions médullaires traumatiques et médicales (paraplégies et tétraplégies). In *Déficiences motrices et situations de handicaps, aspects sociaux, psychologiques, techniques et législatifs* (p. 235-245). Paris: APF France handicap.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Seuil.
- Dubousset, J. (2005). Recommandations au sujet des traumatismes de la moelle épinière. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 189(6), 1177-1180.
- Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. Paris: Payot.
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Guide affection longue durée : paraplégie (lésions médullaires)*. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald_20_guide_paraplegie__20_septembre_2007.pdf
- Lesage, B. (2012). Sentir, nommer, symboliser : un travail de conscience corporelle. In *L'Ailleurs du corps. Jalons pour une pratique psychocorporelle : structures, étayage, mouvement et relation*. Toulouse: Érès.
- Livoir-Petersen, M.-F. (2011). De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement. *Contraste*, 34-35(1), 93-132.
- Mailhan, L. (2002). Paraplégie et tétraplégie d'origine traumatique : ne pas se limiter aux troubles moteurs. *Neurologies*, 5(45), 412.
- Mailhan, L., & Genêt, F. (2002). Paraplégie et tétraplégie d'origine traumatique : évaluation des déficiences et incapacités : clinique, neurologique et orthopédique. *Neurologies*, 5(45), 413 à 217.

- Meurin, B. (2018). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger. In *La construction des représentations corporelles du bébé. En hommage à André Bullinger* (p. 41-60). Toulouse: Érès.
- Milner, M. (1979). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue Française de Psychanalyse*, 43(5-6), 841-874.
- Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher : un premier langage*. Paris: Seuil.
- Morin, C., Thibierge, S., & Derouesné, C. (2013). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire : neurologie et psychanalyse*. Toulouse: Érès.
- Nasio, J. D. (2006). *Mon corps et ses images*. Paris: Payot.
- Netter, F. H., Richer, J.-P., & Kamina, P. (2015). *Atlas d'anatomie humaine* (6e édition.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Pireyre, E. W., & Delion, P. (2011). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Paris: Dunod.
- Ponton, G. (2012). La réorganisation de la conscience corporelle. Se reconstruire vivant dans la durée. Rendre visible l'invisible. *Thérapie psychomotrice et Recherches*, (169), 130-144.
- Ponton, G., & Glon, M. (2015). Le principe du vivant. *Repères, cahier de danse*, 35(1), 7-9.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien*. Toulouse: Érès.
- Potel, C. (2010). Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ? In *Être psychomotricien* (p. 111-148). Toulouse: Érès.
- Roussillon, R. (2001). L'objet « médium malléable » et la conscience de soi. *L'Autre*, 2(2), 241-254.
- Vanoverskelds, V. (2003). *La cérébrolésion, un deuil bien compliqué...* Association de personnes cérébrolésés, de leurs familles et des aidants.

Winnicott, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Paris: Payot.

Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (1953/2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris: Payot.

TABLE DES ANNEXES

Annexe I: imagerie des vertèbres et de la moelle épinière

Annexe II : vue supérieure d'une vertèbre (T6)

Annexe III: rapports vertébraux des racines des nerfs rachidiens

Annexe IV : les dermatomes

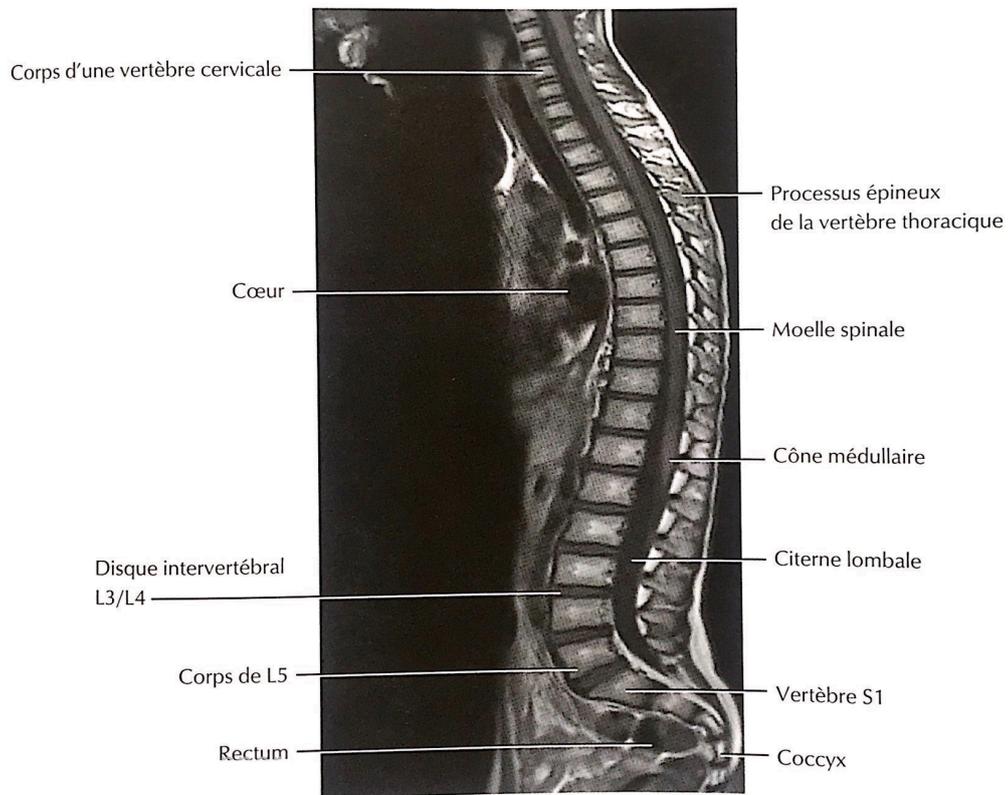
Annexe V : coupe transversale de la moelle épinière

Annexe VI : dessin n°1

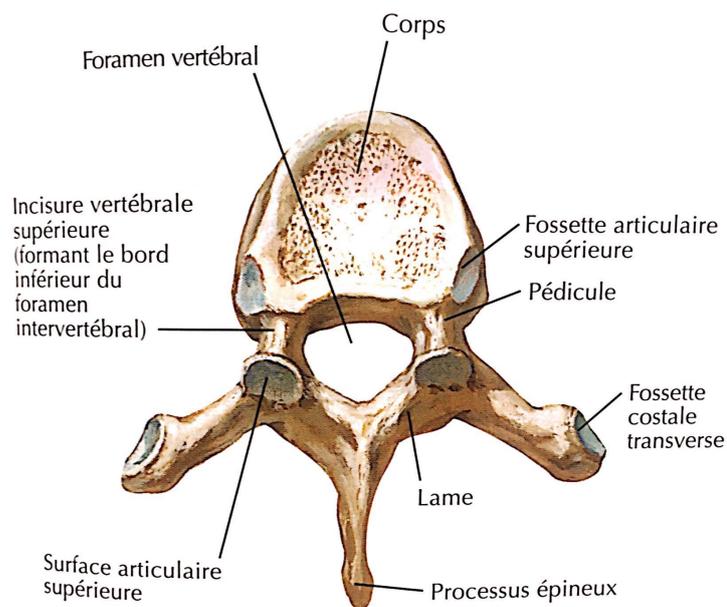
Annexe VII : dessin n°2

Annexe VIII : dessin n°3

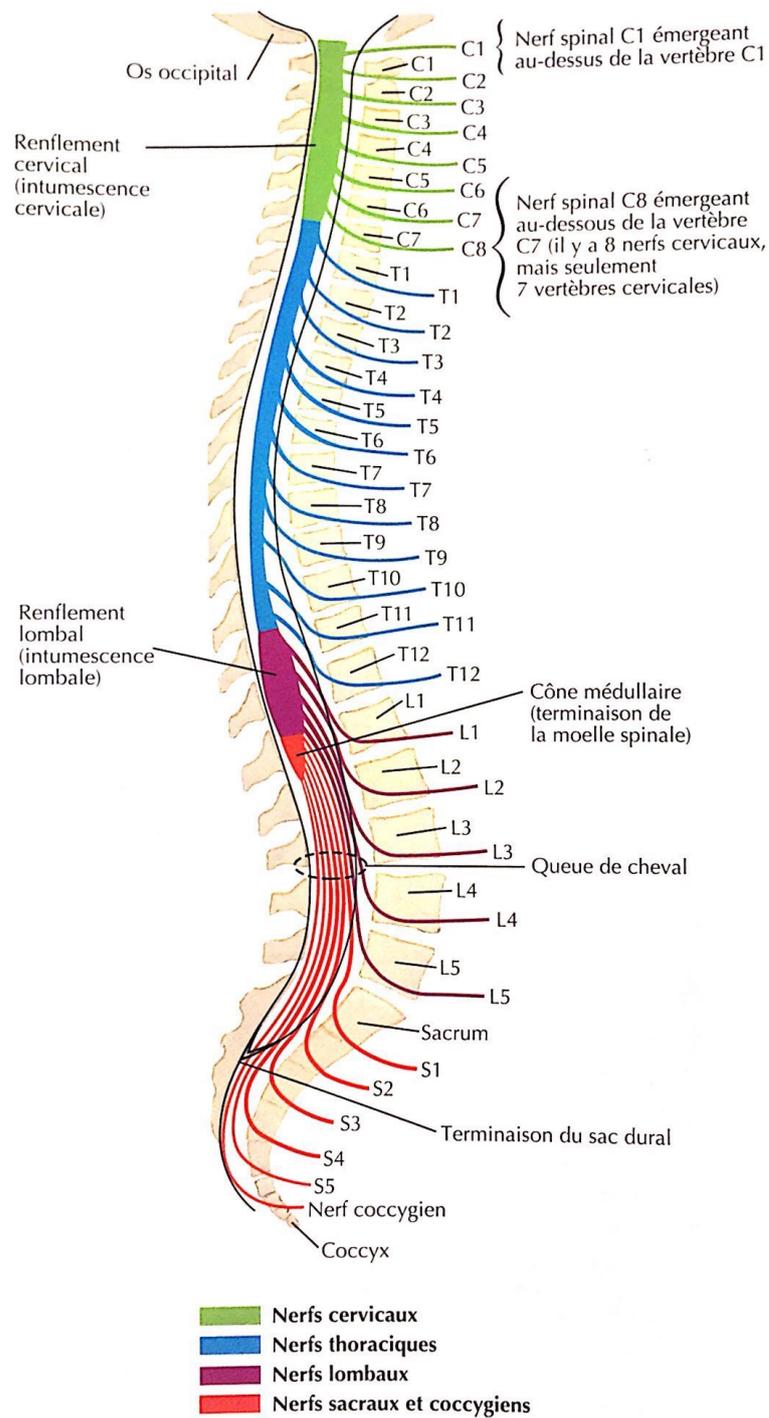
ANNEXES



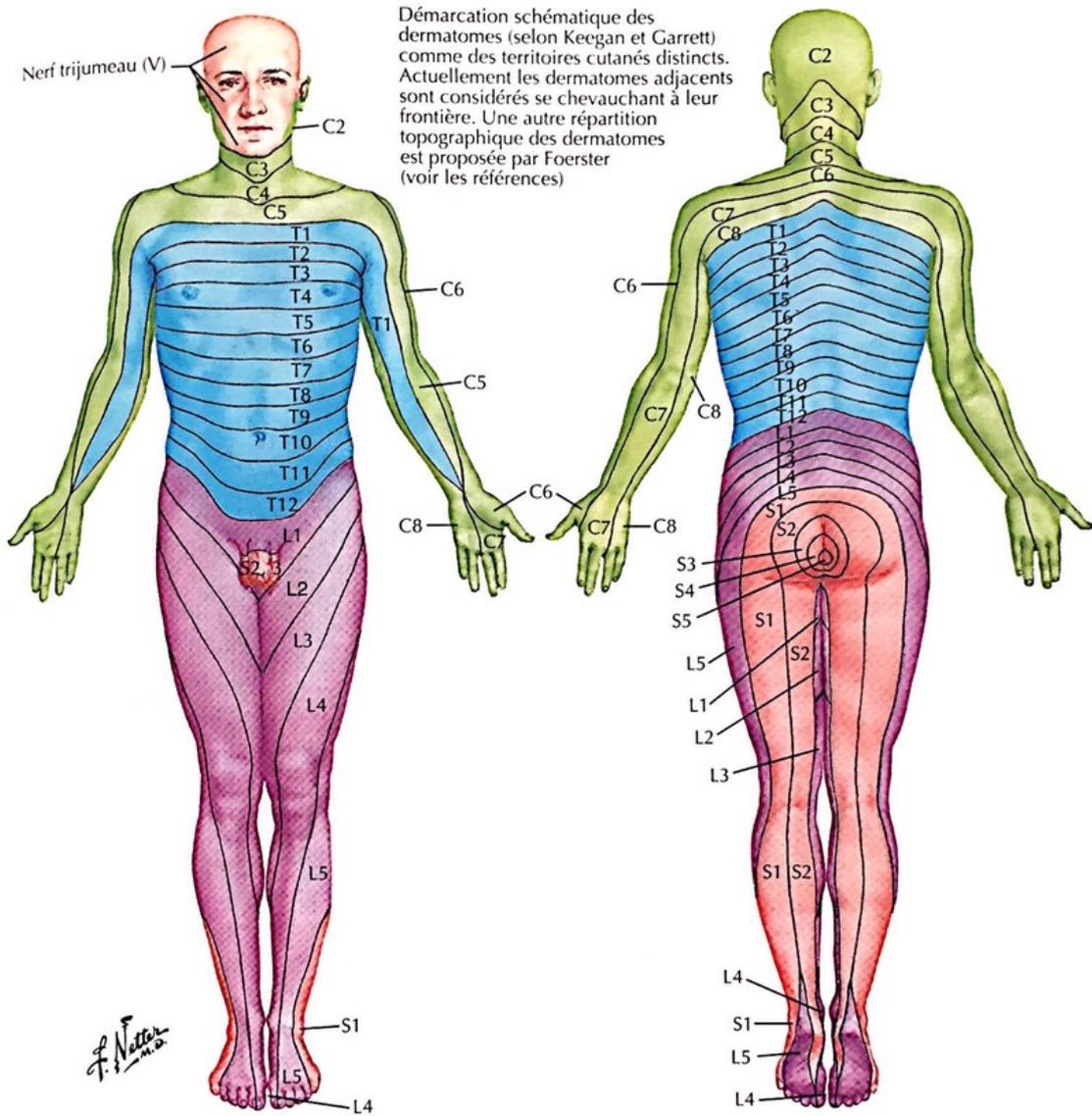
Annexe I: imagerie des vertèbres et de la moelle épinière (Netter, Richer, & Kamina, 2015)



Annexe II : vue supérieure d'une vertèbre (T6) (Netter et al., 2015)



Annexe III : rapports vertébraux des racines des nerfs rachidiens (Netter et al., 2015)



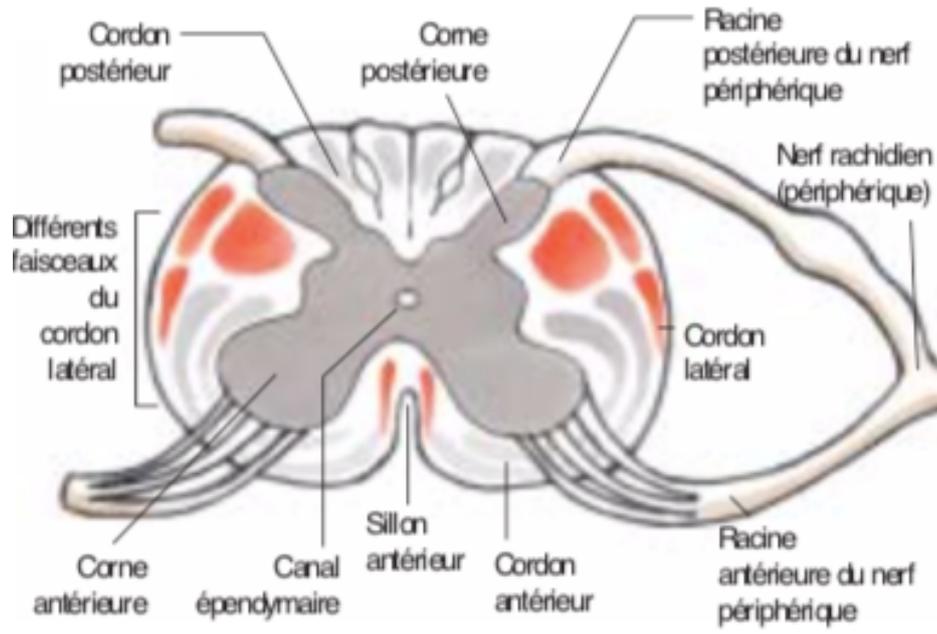
Démarcation schématique des dermatomes (selon Keegan et Garrett) comme des territoires cutanés distincts. Actuellement les dermatomes adjacents sont considérés se chevauchant à leur frontière. Une autre répartition topographique des dermatomes est proposée par Foerster (voir les références)

Territoires des principaux dermatomes

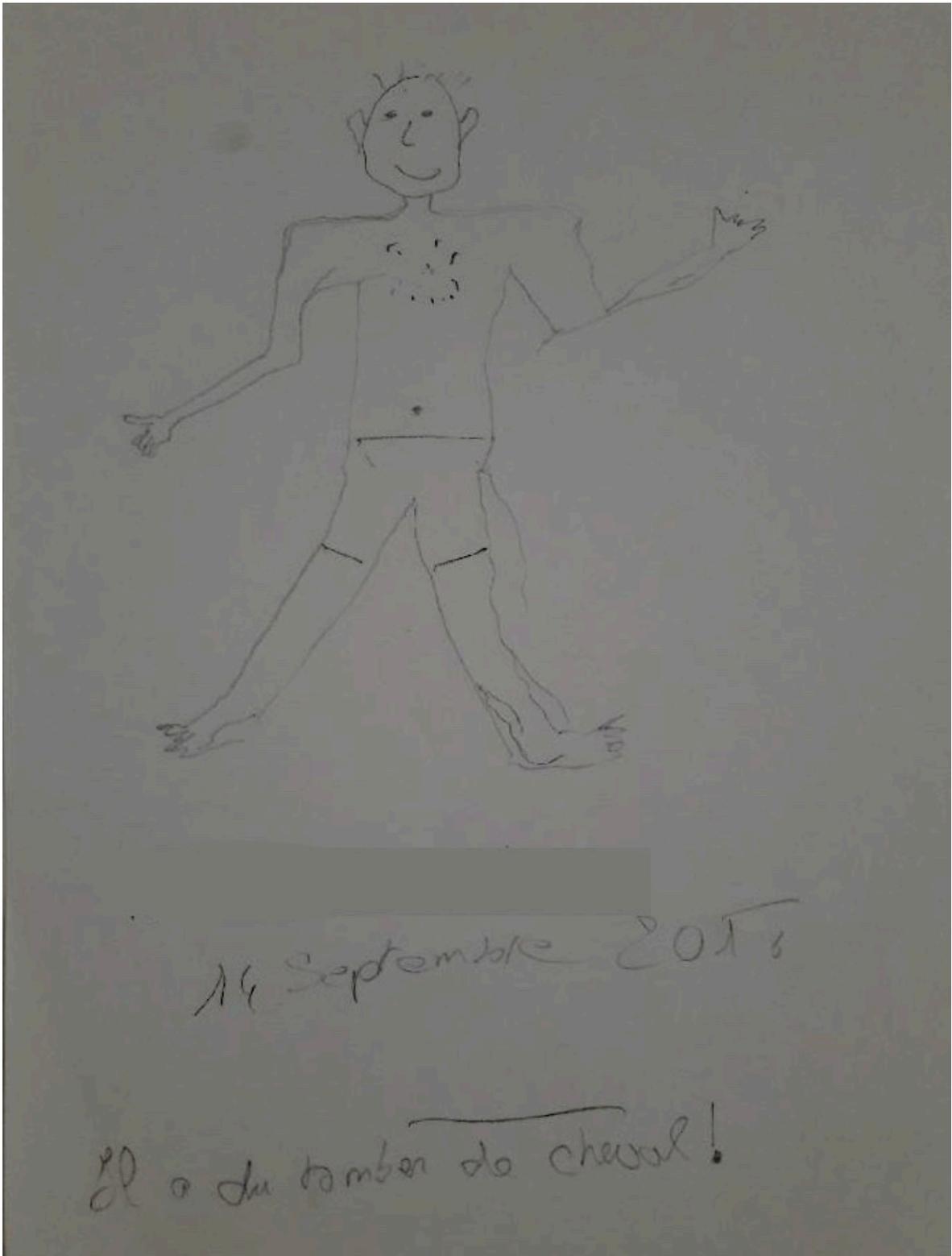
- C5 Clavicule
- C5, 6 Côtés latéraux des membres supérieurs
- C8, T1 Côtés médiaux des membres supérieurs
- C6 Doigt I (pouce)
- C6, 7, 8 Main
- C8 Doigts IV et V
- T4 Niveau des mamelons

- T10 Niveau de l'ombilic
- L1 Région inguinale
- L1, 2, 3, 4 Faces antérieures et médiales des membres inférieurs
- L4, 5, S1 Pieds
- L4 Côté médial de l'orteil I (gros orteil)
- L5, S1, 2 Faces postérieures et latérales des membres inférieurs
- S1 Bord latéral du pied et de l'orteil V (petit orteil)
- S2, 3, 4 Périnée

Annexe IV : les dermatomes (Netter et al., 2015)



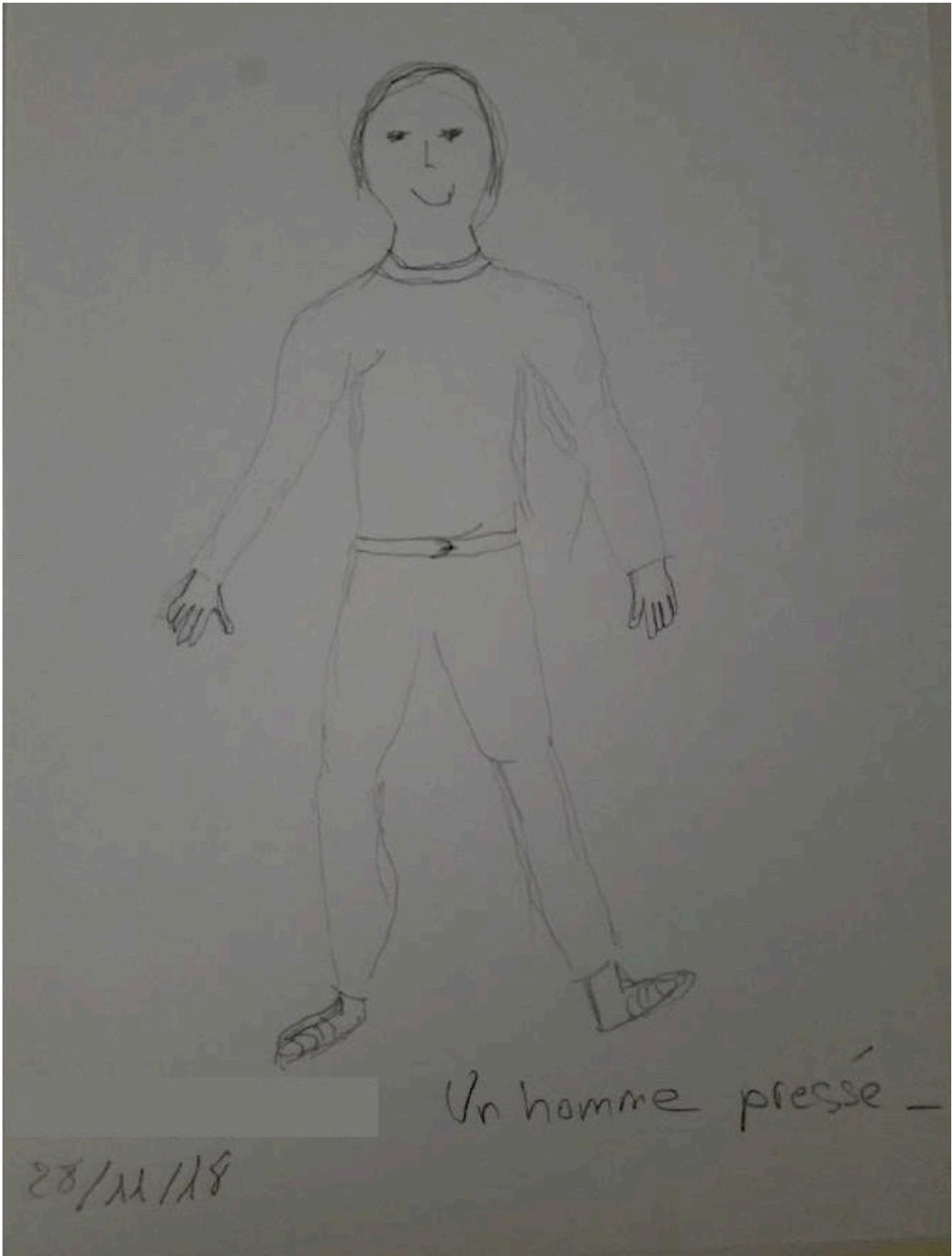
Annexe V : coupe transversale de la moelle épinière (Désert, 2002)



Annexe VI : dessin n°1



Annexe VII : dessin n°2



Annexe VIII : dessin n°3

Vu par le maître de mémoire,
Mélania THIRION,
Psychomotricienne,
À Lyon, le 26 avril 2019.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Mélania Thirion', written in a cursive style. The signature is positioned below the text and is partially obscured by a horizontal line drawn through it.



Auteur : Lara GERMAIN

Titre :

« Mon corps, je l'écoute, il faut qu'il se répare »

Le suivi psychomoteur en service de rééducation fonctionnelle :
l'accompagnement d'une patiente traumatisée médullaire vers un retour à une
unité psychocorporelle stable.

Mots - clés : psychomotricité – handicap – rééducation – neurologie –
tétraparésie – blessure médullaire – schéma corporel – image du corps – équilibre
psychocorporel – sensation

Résumé :

Un accident vient rompre brutalement l'équilibre psychocorporel du sujet adulte. La blessure médullaire cervicale, ses déficiences associées et le handicap qui en découle viennent effracter le corps et le psychisme du sujet à travers les perturbations motrices et sensitives, le port du corset, l'immobilité et la perte d'autonomie. L'accompagnement pluridisciplinaire du patient vise à la rééducation et sa réadaptation. En psychomotricité, comment permettre au patient de redécouvrir son corps nouvellement handicapé et de mieux « vivre avec » ?