



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale  
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

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

Professeur Jacques LUAUTÉ

S'é-mouvoir :

Les mouvements dansés, une voie vers la régulation émotionnelle  
après un accident vasculaire cérébral avec aphasic

**Mémoire présenté pour l'obtention**

**du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Anaïs Desmeures**

Mai 2025 (Session 1)

N°1894

Directrice du Département Psychomotricité

Madame Tiphaine VONSENEY

**UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

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

Professeur Jacques LUAUTÉ

S'é-mouvoir :

Les mouvements dansés, une voie vers la régulation émotionnelle  
après un accident vasculaire cérébral avec aphasic

**Mémoire présenté pour l'obtention**

**du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Anaïs Desmeures**

Mai 2025 (Session 1)

N°1894

Directrice du Département Psychomotricité

Madame Tiphaine VONSENEY

# Université Claude Bernard Lyon 1

Président  
**Pr. Bruno LINA**

Directeur Général des Services  
**M. Pierre ROLLAND**

## Secteur Santé

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

U.F.R. d'Odontologie  
Directeur **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –  
Lyon Sud Charles Mérieux  
Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

Institut des Sciences Pharmaceutiques  
et Biologiques  
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Comité de Coordination des études  
médicales (CCEM)  
Président **Pr. Philippe PAPAREL**

Institut des Sciences et Techniques de la  
Réadaptation (ISTR)  
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

## Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences  
Directrice **Madame Kathrin GIESELER**

Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

UFR Faculté des sciences  
Directrice **Mr Olivier DEZELLUS**

Institut des Sciences Financières et  
d'Assurance (I.S.F.A.)  
Directeur **Mr Christian ROBERT**

Département de Génie électrique et des  
procédés  
Directrice **Madame Sophie CAVASSILA**

Observatoire de Lyon  
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

Département Informatique  
Directrice **Madame Saida BOUAKAZ  
BRONDEL**

Institut National Supérieur du  
Professorat et de l'éducation (INSPé)  
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

Département Mécanique  
Directeur **Mr Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON  
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

U.F.R. de Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives  
(S.T.A.P.S.)  
Directeur **Mr Guillaume BODET**

Institut Universitaire de Technologie Lyon  
1 (IUT)

# **INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

## **DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ**

Directrice du département  
**Madame Tiphaine VONSENEY**  
*Psychomotricienne, cadre de santé*

Coordinateurs pédagogiques

**M. Bastien MORIN**  
*Psychomotricien*

**M. Raphaël VONSENEY**  
*Psychomotricien*

**Madame Aurore JUILLARD**  
*Psychomotricienne*

Coordinatrices des stages

Gestionnaire de scolarité  
**Madame Léonore GALANTE**

**Madame Marion MOUNIB**  
*Psychomotricienne*

**Madame Charlène DUNOD**  
*Psychomotricienne*

Coordinatrice Recherche

**Madame Jeanne-Laure EECKHOUT**  
*Psychomotricienne*

## **Remerciements**

Je remercie ma maître de mémoire pour son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils éclairants ainsi que mes deux tutrices de stage pour m'avoir guidée et soutenue tout au long de cette année.

Je remercie tous les professionnels, psychomotriciens ou non, que j'ai croisé tout au long de ce parcours de reconversion professionnelle avant l'entrée en formation, puis dans le cadre des stages et cours. En me transmettant une part de leur savoir-faire et de leur savoir-être, ils m'ont permis d'évoluer tant sur le plan personnel que professionnel, contribuant chacun à la construction de mon identité de future psychomotricienne.

Je remercie mes camarades de formation, ces trois années ensemble nous auront permis de tisser de beaux liens. Merci pour votre présence, vos sourires et votre soutien.

Je tiens également à remercier ma famille et mes amis, pour avoir compris et soutenu mon choix de reconversion et m'avoir accompagnée avec tant de bienveillance.

Je remercie tout particulièrement mes relectrices : Léa, Aurélie, Manon et Laetitia, de m'avoir accordé de votre temps et m'avoir transmis vos retours si pertinents.

Enfin, je remercie mon compagnon Jonathan de m'avoir encouragée avec tant de ferveur et de patience à chaque kilomètre de ce beau marathon qu'a été la formation.

# Sommaire

<b>LEXIQUE.....</b>	
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CLINIQUE.....</b>	
<b>1. Présentation de la structure.....</b>	<b>3</b>
1.1. Fonctionnement.....	3
1.2. Place des psychomotriciens .....	4
1.3. Ma place en tant que stagiaire.....	4
<b>2. Présentation générale de Madame R. ....</b>	<b>5</b>
2.1. Eléments d'anamnèse.....	5
2.2. Parcours de soin et bilan initial.....	5
2.3. Première rencontre avec Madame R. au sein du groupe post-AVC .....	7
2.4. Bilan du programme de rééducation post-AVC.....	9
<b>3. Quelques éléments cliniques dans le cadre du suivi individuel de Madame R. ....</b>	<b>10</b>
3.1. Face au débordement émotionnel .....	10
3.2. Identifier et exprimer les émotions sans le langage .....	13
3.3. De l'imitation à l'appropriation du mouvement .....	15
3.4. De l'appui à l'exploration .....	18
3.5. Vers des mouvements plus libres.....	19
<b>THÉORIE .....</b>	
<b>1. L'AVC et son retentissement psychomoteur.....</b>	<b>22</b>
1.1. Généralités sur l'AVC.....	22
1.1.1. Définition et différents types d'AVC .....	22
1.1.2. Rappels anatomiques .....	22
1.1.3. Prise en charge, rééducation et plasticité cérébrale après un AVC .....	24
1.2. Éclairage sur certaines conséquences de l'AVC.....	25
1.2.1. Aphasie .....	25
1.2.3. Troubles des représentations corporelles après un AVC.....	27
1.2.4. Régulation émotionnelle après un AVC.....	28
<b>2. Les émotions.....</b>	<b>29</b>
2.1. Généralités .....	30

2.1.1. Définition, fonctions et composantes des émotions.....	30
2.1.2. Bases neurobiologiques .....	30
2.2. Différentes compétences émotionnelles .....	31
2.2.1. L'identification des émotions.....	31
2.2.2. Expression des émotions.....	32
2.2.3. La compréhension des émotions.....	33
2.2.4. La régulation émotionnelle .....	33
2.3. Le lien entre émotions, tonus et dialogue tonique .....	34
<b>3. La danse, une médiation psychomotrice .....</b>	<b>37</b>
3.1. Une médiation qui engage le corps.....	37
3.2. Une médiation spatio-temporelle .....	38
3.3. Une médiation soutenue par le dialogue tonique .....	39
3.4. Une médiation créative et expressive .....	40
<b>THÉORICO-CLINIQUE.....</b>	
<b>1. Contenir et sécuriser à travers la spatialité et la temporalité.....</b>	<b>41</b>
1.1. L'espace organisateur du mouvement .....	42
1.2. La temporalité structurante et régulatrice .....	44
<b>2.Le dialogue tonique, postural et gestuel au cœur des mouvements dansés .....</b>	<b>46</b>
2.1. L'observation de l'autre .....	46
2.2. L'imitation comme support à l'accordage progressif .....	47
2.3. Le contact comme vecteur de modulation tonique .....	50
2.3.1. À travers un objet médiateur.....	50
2.3.2. Prendre appui et être un appui .....	51
2.4. Se différencier et s'exprimer corporellement.....	53
<b>3.Vers une réappropriation corporelle source de régulation émotionnelle .....</b>	<b>55</b>
3.1. À travers une meilleure représentation de soi .....	55
3.2. Grâce à l'individuation .....	56
3.3. L'intégration de l'expérience par la symbolisation .....	57
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	
<b>TABLE DES ANNEXES .....</b>	<b>61</b>

## **Lexique**

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

APA : Activité Physique Adaptée

NIHSS : *National Institutes of Health Stroke Scale* - Score diagnostique et de gravité des AVC basé sur le recueil de 11 items neurologiques cliniques, qui permet de mesurer l'intensité des signes neurologiques pour en surveiller l'évolution et en estimer la gravité.

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

# Introduction

## **Introduction**

Depuis ma première année de psychomotricité, je nourris un fort intérêt pour le domaine des neurosciences. Comprendre le fonctionnement du cerveau, ses réseaux, ses fragilités mais aussi sa plasticité, me paraît essentiel afin d'appréhender les liens entre la neurologie et la psychomotricité. Cet intérêt m'a naturellement conduite à réaliser l'un de mes stages de dernière année auprès de patients atteints de pathologies neurologiques.

Avant de débuter mon stage au sein d'un service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), je redoutais que mes connaissances des pathologies neurologiques ne soient pas assez précises et approfondies. J'appréhendais également d'être confrontée à la maladie dans toute sa violence et son injustice. Ce qui m'a frappée dans mes premiers jours de stage c'est la volonté, le courage et la force dont font preuve les patients dans leur parcours de rééducation mais aussi le dynamisme de toute l'équipe soignante. Loin de l'atmosphère pesante que j'avais imaginée, j'ai perçu du mouvement, de l'énergie et de la vitalité qui émanaient des relations entre les soignants et les patients. J'ai rapidement fait le lien avec la notion de dialogue tonique que j'apprivoise depuis ma première année de formation mais dont j'ai réellement pu cerner les contours au cours de ce stage.

Ces réflexions m'ont amenée à observer combien ce dialogue tonique, central en psychomotricité, peut s'inviter dans de nombreuses sphères de la vie quotidienne. Au sein de mes cours de danse africaine, les danseurs sont amenés à suivre le rythme des percussions jouées par des musiciens en temps réel et les mots ne sont pas nécessaires pour qu'une alchimie se crée et permette à la danse portée par la musique, d'émerger. En cela, la danse me paraît être un terrain privilégié pour expérimenter ce dialogue sans paroles, tant corporel qu'émotionnel.

C'est dans ce contexte que j'ai rencontré Madame R., une patiente présentant une aphasicie suite à un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). J'ai pu observer à quel point sa capacité à s'exprimer, de quelque façon que ce soit, était entravée. En parallèle, des difficultés de régulation émotionnelle ont été remarquées chez elle par l'équipe soignante et par son environnement familial. En la rencontrant, il m'est venu l'image d'un corps

semblable à une « forteresse » où tout semblait enfermé à l'intérieur : tant les émotions et les besoins que la personnalité. Ce constat m'a conduite à lui proposer des mouvements dansés dans l'objectif de travailler sur la régulation émotionnelle.

La prise en soin de Madame R. m'a permis de formuler la problématique suivante : **En quoi les mouvements dansés dans le soin psychomoteur peuvent-ils soutenir la régulation émotionnelle chez une patiente présentant une aphasicie après un accident vasculaire cérébral ?**

Je débuterai ce mémoire en posant le cadre clinique : le lieu de stage, le rôle des psychomotriciens dans ce service et la manière dont j'ai trouvé ma place au fil de l'année. Je présenterai également Madame R., son parcours de soins au sein du SMR et les circonstances de notre première rencontre. Je poursuivrai en explorant son suivi en psychomotricité, en m'appuyant sur quelques temps forts de séances, mais aussi à travers les questionnements et hypothèses qui ont jalonné mon accompagnement.

La partie théorique viendra ensuite éclairer les concepts-clés en lien avec ma problématique. Je commencerai par aborder l'AVC et son retentissement psychomoteur en me focalisant sur l'aphasie, les troubles des représentations corporelles et de la régulation émotionnelle. Puis je développerai les émotions, leur fonctionnement, les différentes compétences émotionnelles et je continuerai avec le lien entre émotions, tonus et dialogue tonique. Enfin, j'aborderai la danse en tant que médiation psychomotrice qui engage le corps, en explorant sa dimension spatio-temporelle, ses liens avec le dialogue tonique, ainsi que son potentiel d'expression et de créativité

Enfin, je proposerai une mise en lien entre théorie et clinique, pour approfondir la compréhension du travail mené auprès de Madame R.. Cette partie s'articulera autour du cadre spatio-temporel des séances. J'aborderai ensuite le dialogue tonique, postural et gestuel au cœur des mouvements dansés. Je terminerai en mettant en lumière comment les mouvements dansés peuvent permettre une réappropriation corporelle propice à la régulation émotionnelle.

# Clinique

## **1. Présentation de la structure**

### **1.1. Fonctionnement**

Je réalise mon stage au sein d'un SMR intégré à une structure hospitalière spécialisée en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Cet établissement est dédié à la rééducation de patients présentant des affections neurologiques, telles que des lésions médullaires, des traumatismes crâniens, des séquelles d'AVC, ainsi que des pathologies tumorales ou dégénératives. Il intervient également en rééducation neuro-périnéale et sexologique. Les prises en charge s'effectuent selon différentes modalités, en hospitalisation complète, hebdomadaire ou en journée. La durée des séjours varie en fonction des besoins, l'hospitalisation complète étant généralement prolongée, tandis que les hospitalisations de semaine et de jour s'inscrivent dans des temporalités définies et plus courtes. L'établissement est doté d'environ deux cents lits et propose un accompagnement adaptable dans le temps, permettant aux patients de bénéficier d'un parcours progressif et individualisé. Il propose des programmes de rééducation pour la prise en charge de pathologies spécifiques telles que Parkinson, le cancer du sein ou l'AVC sur plusieurs semaines de rééducation intensive et multidisciplinaire. La coordination entre les intervenants de l'équipe joue un rôle central afin d'assurer une réponse globale aux besoins médicaux, psychologiques et sociaux de chaque patient.

L'accompagnement repose sur une approche pluridisciplinaire visant à soutenir les patients dans les différentes étapes de leurs parcours de soins : rééducation, réadaptation et lorsque cela est envisageable, réinsertion sociale et professionnelle. L'établissement compte une équipe composée de professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs dont des médecins spécialisés en MPR, infirmiers, aides-soignants, psychologues, neuropsychologues, diététiciens, psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, orthoptistes, moniteurs d'Activité Physique Adaptée (APA) et assistants sociaux. Une animatrice socioculturelle intervient pour proposer des activités destinées à renforcer les interactions sociales, encourager la communication et dynamiser la vie institutionnelle.

## **1.2. Place des psychomotriciens**

Les salles de psychomotricité ainsi que le bureau des psychomotriciens sont situés au même étage que ceux des orthophonistes. On y trouve également des chambres destinées aux patients en hospitalisation complète. La première fois que je me rends à cet étage, mon attention se porte sur les peintures réalisées par des patients qui décorent les murs et apportent de la chaleur aux lieux. Les couloirs mènent à six salles de psychomotricité, anciennement des chambres réaménagées en espaces de soin. Chaque pièce est pourvue d'un bureau et d'un plan Bobath. Les psychomotriciens interviennent à la demande du médecin référent ou sur suggestion d'un autre professionnel de santé. Un bilan psychomoteur est réalisé afin d'évaluer la pertinence d'une prise en charge. Les prises en soin concernent fréquemment des troubles de la régulation tonico-émotionnelle, des altérations des représentations corporelles, des difficultés d'équilibre ou d'orientation spatio-temporelle. Le psychomotricien s'intéresse au réinvestissement psychocorporel du sujet confronté à la maladie. Les groupes de psychomotricité sont organisés selon les pathologies, comme les suites d'AVC ou selon les besoins spécifiques des patients, tels que la relaxation ou la conscience corporelle. J'ai pu constater que les groupes étaient vecteurs de lien entre les patients. Les psychomotriciens collaborent étroitement avec les autres membres de l'équipe, notamment lors des synthèses pluridisciplinaires où l'évolution du patient est discutée et les suites de la prise en soin envisagées. Ce stage m'a ainsi permis d'explorer les spécificités de la pratique psychomotrice en contexte de rééducation.

## **1.3. Ma place en tant que stagiaire**

J'interviens au sein de l'établissement un jour par semaine sous la supervision de ma tutrice de stage. J'assiste à des séances individuelles et groupales en psychomotricité. Dans un premier temps, j'adopte une posture d'observatrice. Peu à peu, sous le regard avisé de ma tutrice, je prends une part plus active auprès des patients et au sein de différents groupes, notamment en animant des temps de réveils corporels. Après quelques

mois, je commence à prendre en charge des patients en autonomie tout en échangeant régulièrement avec ma tutrice sur l'évolution des suivis.

## 2. Présentation générale de Madame R.

### 2.1. Eléments d'anamnèse

Madame R. est âgée de 60 ans au début de la prise en charge. Elle est mariée et vit avec son épouse dans une maison en milieu rural. Elle occupait la profession d'infirmière en libéral. Elle apprécie la cuisine, les balades et les moments entourés de ses amis. Dans ses antécédents médicaux il est noté une hypothyroïdie, une hypertension artérielle, un diabète non insulinorequérant, une valvulopathie mitrale dégénérative ainsi qu'une cruralgie gauche. Elle a subi un AVC ischémique sylvien gauche survenu le 28 août 2024. Dans la nuit, elle s'est réveillée avec une hémiplégie droite et un mutisme. Immédiatement, sa conjointe a appelé le Samu et elle a été prise en charge par thrombolyse et thrombectomie mécanique. Il est écrit dans les comptes rendus médicaux que l'étiologie reste incertaine.

### 2.2. Parcours de soin et bilan initial

Madame R. est d'abord prise en charge dans un service de neurologie au sein duquel une évolution s'est faite vers une récupération partielle de la motricité de son bras droit. À son arrivée à l'hôpital, le score total sur l'échelle du *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) est de 16 (Annexe I), ce qui indique un AVC modéré à sévère. Le score est composé de 11 items notés de zéro à quatre qui évaluent différents aspects neurologiques. Il est indiqué une hémiplégie droite avec un score de trois au niveau du membre supérieur droit, ce qui montre une perte de motricité et plus précisément une perte de force musculaire. Il est également indiqué une hémiplégie au niveau du membre inférieur droit, avec un score de un, ce qui fait état d'une faiblesse légère. Des troubles de la coordination du pied droit sont notés, avec un score de deux, ce qui montre une dysfonction modérée. Enfin, le mutisme est évalué à trois, soit une perte totale de la capacité à parler.

Elle est ensuite prise en charge au sein du SMR dans lequel j'effectue mon stage en hospitalisation hebdomadaire, du 18 septembre jusqu'au 20 décembre 2024, pour deux séjours consécutifs de six semaines dans le cadre d'un programme de rééducation précoce intensive post-AVC. Ce programme, dont l'entrée se fait sur décision médicale, permet notamment de stimuler la plasticité cérébrale, d'acquérir de l'autonomie et de comprendre la maladie en participant à des séances individuelles et groupales. L'hospitalisation à la semaine est possible compte tenu de l'autonomie de Madame R. dans les actes de la vie quotidienne et lui permet de rentrer à domicile auprès de son épouse le week-end.

Lors de son entrée à l'hôpital en septembre 2024, un bilan psychomoteur a été réalisé. Je n'étais pas présente mais je vais reprendre les éléments principaux. Suite à l'AVC, Madame R. souffre d'une aphasic mixte sévère qui affecte la compréhension et l'expression ainsi que d'une apraxie de parole qui affecte la programmation motrice de la parole. Cette aphasic majeure a pu biaiser la passation de plusieurs épreuves. Les somatognosies n'ayant pas pu être évaluées compte tenu de l'aphasic, il a été demandé à Madame R. de se dessiner « telle qu'elle se perçoit » (Annexe II). Le dessin réalisé est de petite taille mais il est plutôt bien proportionné et tous les éléments sont présents, bien qu'il soit peu personnalisé. À la suite d'un questionnaire sur l'image de soi il est fait état d'un désinvestissement corporel. Toutefois, il est précisé que les réponses sont à relativiser compte tenu des difficultés de compréhension de la patiente. Le bilan souligne que Madame R. ne présente pas de troubles sensitivo-moteurs importants, ce qui montre qu'elle a récupéré la motricité de son bras droit, mais il note une légère perte de sensibilité superficielle et profonde en distal. Les épreuves de praxies ont mis Madame R. en difficulté. Le bilan conclut en indiquant une prise en charge en psychomotricité axée sur l'amélioration des capacités praxiques et le réinvestissement corporel global. Ainsi des séances individuelles en psychomotricité sont indiquées, ainsi qu'un suivi groupal.

En plus de cela, Madame R. bénéficie d'un suivi individuel en orthophonie pour la rééducation de l'aphasic ; en kinésithérapie afin de lui permettre de retrouver de la force sur l'ensemble de l'hémicorps droit ; en ergothérapie afin d'améliorer les capacités praxiques et en APA afin de travailler sur l'endurance cardio-respiratoire et musculaire.

### **2.3. Première rencontre avec Madame R. au sein du groupe post-AVC**

Je rencontre Madame R. dans le cadre d'un groupe auquel j'ai assisté à six reprises entre les mois de novembre et décembre 2024. À ce moment-là, je ne vois Madame R. que dans le cadre groupal. Elle est suivie en individuel par ma tutrice de stage mais je ne suis pas présente lors des séances qui ont lieu en dehors de ma journée de stage. Ce groupe s'inscrit dans le programme de rééducation post-AVC et a notamment pour objectifs la réappropriation corporelle et la stimulation cognitive à travers des propositions motrices et sensorielles. Concernant Madame R., l'objectif principal est de lui permettre un réinvestissement corporel à travers l'amélioration des capacités praxiques et secondairement, de stimuler le langage à travers les différentes propositions.

Chaque séance est structurée de la même manière. Cela commence par « l'état du moment » lors duquel les patients sont invités à s'exprimer sur leurs ressentis actuels. Puis différentes propositions leur sont faites en fonction du thème du jour. Enfin, la séance se termine à nouveau par « l'état du moment ». Le groupe dans lequel Madame R. évolue est animé par deux psychomotriciennes et le nombre varie entre trois et cinq patients car c'est un groupe ouvert selon les arrivées et départs. Au sein de ce groupe, j'adopte un rôle d'observatrice tout en participant aux différentes propositions.

Le jour de la première séance groupale à laquelle j'assiste, nous nous rendons, les psychomotriciennes et moi-même, jusqu'à la salle où se tient le groupe. Alors que nous arrivons, j'aperçois les patients assis sur des chaises, discutant joyeusement. Ils ont déjà eu des séances ensemble et semblent bien se connaître. C'est ainsi que j'aperçois Madame R.. Elle est de petite taille, de corpulence plutôt ronde, avec les cheveux courts et des lunettes, habillée avec des vêtements larges et sportifs. Elle est souriante et paraît enjouée. Son sourire, légèrement asymétrique, s'accentue davantage du côté gauche. D'emblée, sa démarche m'interpelle car elle semble se déplacer en un bloc. Son corps est plutôt rigide et son tonus semble élevé, ce qui est notamment visible par la crispation de ses épaules. Lors de la marche, il n'y a pas de dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes. Je note également un mouvement simultané des épaules et des hanches dans le même axe, sans

ballant des bras. Sa démarche est séquencée. Cette désorganisation corporelle, accentuée par une rigidité corporelle, semblent entraver sa capacité à se mouvoir.

Du fait de l'aphasie mixte sévère et de l'apraxie de parole, elle utilise uniquement le « oui, non » pour répondre aux questions. Elle cherche ses mots et semble s'agacer de ne pas pouvoir utiliser le langage. Cependant, son agacement est rapidement chassé par des sourires, voire des rires. Son langage non verbal est plutôt pauvre : elle utilise le sourire, le hochement de tête, le haussement d'épaules, quelques mimiques faciales. Je relève des perséverations verbales : elle peut répéter « oui » ou « non », même lorsque la question ou la situation ont changées. Elle est bien intégrée au sein du groupe qui semble très soutenant pour elle, les autres participants ayant tendance à adopter une posture protectrice envers elle. En début de séance, lorsque les patients sont invités à exprimer leur état du moment, elle s'exprime toujours de la même manière. Elle plie les bras, place ses mains de chaque côté de ses épaules, tout en gardant un visage neutre. Les psychomotriciennes qui animent le groupe la questionnent sur l'émotion qu'elle cherche à exprimer. Elles lui proposent plusieurs émotions. Madame R acquiesce lorsqu'elles lui proposent l'émotion « calme ».

Au sein du groupe, Madame R. s'investit avec enthousiasme dans toutes les propositions. Cependant, elle est entravée par ses troubles phasiques et praxiques, ainsi que par des difficultés cognitives dans la compréhension des consignes. Elle propose parfois des mimes qui ne permettent pas d'identifier les objets ou actions représentés. En revanche, elle est à l'aise sur les propositions qui concernent le rythme et montre une bonne capacité d'écoute et d'ajustement.

Si Madame R. a repéré ma présence au sein du groupe, comme en témoignent les regards et sourires échangés, notre relation s'inscrit dans la dynamique groupale. À ce moment-là, ce qui m'interpelle chez elle, c'est à quel point sa capacité de communication est entravée. Son langage verbal est quasi absent et son langage corporel est très pauvre. Je me demande comment elle vit cette incapacité à exprimer ses émotions et de fait, ses besoins. J'ai le sentiment que tout est emmuré à l'intérieur de son corps et qu'elle laisse les autres à distance, comme si son identité nous échappait et était inaccessible.

Madame R. est également suivie en individuel par ma tutrice de stage mais je ne peux assister aux séances. J'apprends qu'à chaque séance de psychomotricité, elle s'effondre en pleurs dès l'entrée dans la salle. Ma tutrice lui propose différents outils de régulation émotionnelle, tels que des exercices de respiration, des séances visant un relâchement tonique à travers des stimulations sensorielles mais également de la décharge motrice qui entraîne de nouveaux pleurs incontrôlables.

Ainsi, l'image que j'ai de Madame R. évolue au fil des séances dans une ambivalence entre la retenue au sein du groupe et le débordement émotionnel qui a lieu en séance individuelle et que ma tutrice de stage me raconte.

#### **2.4. Bilan du programme de rééducation post-AVC**

En décembre 2024, à la fin du programme de rééducation post-AVC après douze semaines, un bilan pluridisciplinaire est réalisé. Il est noté une normalisation de la motricité et de la sensibilité de l'hémicorps droit. L'aphasie a évolué vers une aphémie d'expression et l'apraxie de parole est toujours très sévère et génère une frustration importante, selon les termes de l'orthophoniste. De plus, Madame R. a progressé dans sa capacité à utiliser le dessin pour communiquer. Le compte rendu de fin de suivi en psychomotricité souligne des progrès notables sur le plan de l'organisation corporelle bien que des difficultés praxiques, notamment idéomotrices, soient toujours présentes. Il est relevé une labilité émotionnelle et une fragilité thymique. Je note que la psychomotricienne fait état de cette fragilité thymique alors que d'autres professionnels décrivent une patiente toujours souriante et motivée. Il est indiqué par la psychomotricienne et repris par le médecin référent une poursuite de la prise en charge en psychomotricité, notamment pour travailler sur la régulation émotionnelle.

À ce moment-là, après avoir observé Madame R. au sein du groupe, je fais l'hypothèse qu'elle semble être dans un contrôle de ses émotions qu'elle ne s'autorise à libérer que dans des espaces sécurisants : à son domicile auprès de son épouse et en salle de psychomotricité en présence de la psychomotricienne. Je suppose que l'aphasie génère

une frustration, voire certainement une souffrance, qu'elle ne peut réguler autrement que par des pleurs incontrôlables qui semblent l'ébranler. Est-ce que la mise en mouvement qui caractérise les séances de psychomotricité pourrait faciliter l'expression d'émotions jusqu'alors contenues ?

Madame R. revient dans le cadre d'une hospitalisation de jour, bi-hebdomadaire, prévue du mardi 07 janvier au jeudi 13 février 2025. Lors de cette hospitalisation, elle bénéficie d'un suivi individuel en psychomotricité afin de travailler sur la régulation émotionnelle ; en orthophonie, dans l'objectif de poursuivre la rééducation de l'aphasie ; en ergothérapie afin de travailler sur les troubles praxiques et en APA pour poursuivre l'amélioration de l'endurance cardio-respiratoire et musculaire. Du fait de sa fragilité thymique, un suivi en psychologie est également indiqué.

### **3. Quelques éléments cliniques dans le cadre du suivi individuel de Madame R.**

#### **3.1. Face au débordement émotionnel**

Ma tutrice de stage me confie le suivi individuel de Madame R. en autonomie à partir du 7 janvier 2025 et ce pour six séances. Lors de la première séance, nous nous dirigeons vers elle alors qu'elle est assise aux côtés de son épouse. J'observe que Madame R. est souriante et enthousiaste lorsque je me présente à nouveau. Ma tutrice lui demande si elle accepterait que ce soit moi qui assure son suivi individuel. Elle semble me reconnaître et acquiesce en souriant. Alors que nous nous dirigeons vers la salle de psychomotricité, elle ne cesse de sourire mais je perçois qu'il lui semble difficile de s'éloigner de son épouse à qui elle continue de lancer des regards.

Je l'interroge sur le retour à domicile et lui demande quelles ont été les émotions les plus présentes ces dernières semaines. Pour qu'elle puisse me répondre, je lui propose une roue des émotions qu'elle connaît pour l'avoir déjà utilisée dans le cadre du précédent suivi individuel. Elle l'observe longuement, semble hésiter, pose son doigt sur chaque émotion

et manifeste son insatisfaction, comme si aucune des émotions proposées ne lui correspondait. Je lis chacune des émotions en les mimant pour être sûre qu'elle les comprenne. Même avec cet étayage, elle ne parvient pas à identifier une émotion. Je lui donne alors un crayon et une feuille blanche et lui propose d'écrire ou de dessiner. Rapidement, elle réalise un schéma avec des flèches vers le haut et vers le bas. Je lui demande si elle a l'impression que ces émotions varient tout en faisant des gestes avec mes doigts, traçant dans l'air des mouvements en zigzag. Elle acquiesce et se met à pleurer. À ce moment-là, je lui propose l'émotion de tristesse et lui demande si cela pourrait correspondre à ce qu'elle ressent. Elle hausse les épaules, puis secoue la tête. Je me place à ses côtés, pose une main sur son épaule et lui dis qu'il est important qu'elle puisse pleurer lorsqu'elle en ressent le besoin. J'utilise ma respiration que j'essaie de rendre la plus calme possible afin de lui permettre de trouver de l'apaisement.

Devant sa détresse, je ressens un léger malaise qui me semble lié à l'impossibilité pour Madame R. de verbaliser son mal-être, ce qui me permettrait d'en comprendre l'origine. Aussi, je ressens une certaine incompréhension du fait qu'elle ne puisse mettre en lien ses pleurs avec une émotion de tristesse qui me semblerait correspondre à ce qu'elle manifeste. Je fais l'hypothèse que l'aphasie pourrait avoir des retentissements émotionnels à l'origine de ses pleurs mais il ne s'agit que d'une interprétation basée sur les éléments dont je dispose. Sans le langage verbal, il me semble qu'il me manque des clés pour comprendre pleinement Madame R. Je redoute d'interpréter de façon maladroite ce qu'elle tente de me transmettre. Par ailleurs, à travers ma capacité à communiquer par le langage, je suis consciente de détenir un pouvoir d'expression dont elle est privée. Lors de cette séance, je prends rapidement conscience du fait que le dialogue corporel sera un outil essentiel dans le suivi.

Afin d'avoir une lecture globale du profil psychomoteur de Madame R., je choisis de lui faire passer quelques épreuves concernant les représentations corporelles et le tonus. Dans un premier temps, je lui demande de se dessiner « telle qu'elle se perçoit » (Annexe III). Son dessin est plutôt bien proportionné. À la différence des dessins qu'elle avait pu faire antérieurement, elle met de la couleur conforme à celle des vêtements qu'elle porte.

Le visage est souriant, ce qui m'évoque l'image qu'elle me renvoyait au sein du groupe. Elle dessine la fermeture de sa veste au milieu de son buste. Les bras sont plutôt éloignés du tronc et présentent une légère asymétrie. Le haut du corps est colorié alors que seuls les contours du bas du corps sont dessinés. Ce dessin semble scinder le haut et le bas du corps, ainsi que le côté gauche et droit du corps, ce qui m'évoque le manque d'harmonie et la désorganisation dans sa démarche. Toutefois j'observe que le dessin, dont la réalisation a été facilitée par les progrès sur le plan praxique, est davantage personnalisé par rapport au dernier dessin réalisé, ce qui me laisse supposer un meilleur investissement corporel.

Je propose un questionnaire sur l'image du corps et le ressenti global non standardisé et élaboré par l'équipe des psychomotriciens du SMR. Le questionnaire comporte la phrase "Globalement, vous vous sentez..." suivie de deux propositions : "en colère" et "apaisée". La patiente doit alors placer le curseur à l'endroit qui correspond à son ressenti actuel afin d'indiquer où elle se situe entre ces deux états. Elle place le curseur entre les deux puis à nouveau, elle s'effondre en pleurs. Je l'interroge pour savoir si elle ressent effectivement de la colère. Elle hausse les épaules tout en continuant à pleurer. J'observe que ses épaules sont crispées et ses bras repliés sur elle comme pour se protéger. La commissure de ses lèvres s'étire vers le bas et elle ne cesse d'essuyer ses larmes de façon brusque comme pour y mettre un terme. Je remarque à quel point Madame R. semble démunie lorsqu'il s'agit d'identifier ses émotions. Je lui laisse du temps puis lui demande doucement si elle se sent prête à poursuivre le bilan, ce à quoi elle acquiesce.

Je lui propose ensuite des épreuves de tonus. Elle ne parvient pas à se relâcher lors des mobilisations passives et je perçois de légères crispations au niveau des coudes et des raideurs au niveau des épaules. Ces crispations que j'observe me semblent en lien avec l'épisode de pleurs qui a précédé, tout en étant probablement aussi le reflet de séquelles liées à l'AVC, notamment dans l'hémicorps droit. Je l'interroge pour savoir si elle se sent plutôt souple ou raide. Elle acquiesce concernant la raideur et se met à rire.

En conclusion de ces quelques épreuves de bilan, menées en complément des éléments déjà recueillis, je note des rigidités et des crispations au niveau tonique,

notamment observables dans sa démarche mais également dans sa difficulté à se relâcher. Je m'interroge sur les liens possibles entre cette rigidité et les difficultés de régulation émotionnelle. Les crispations corporelles pourraient traduire des émotions difficilement régulées, qui ne peuvent être exprimées du fait de l'aphasie et qui débordent à certains moments, ce qui vient la déstabiliser. Les difficultés toniques pourraient également être en lien avec la désorganisation corporelle que j'observe. Le schéma corporel est perturbé en ce qu'elle semble figée et désorganisée dans la manière dont elle habite son corps, ce qui se traduit par des difficultés praxiques majeures qui entravent sa capacité à communiquer de manière non-verbale. L'investissement de la sphère spatiale est également limité, ses gestes sont restreints et Madame R. se déplace principalement accompagnée de son épouse. Je relie cela avec un certain repli sur soi que j'observe.

En concertation avec ma tutrice de stage, il nous semble pertinent de dégager les axes thérapeutiques suivants :

- La régulation tonique afin de favoriser une régulation émotionnelle, à travers les mouvements dansés ;
- L'expression des émotions en passant par l'éprouvé corporel des émotions à travers les mimes ;
- Les praxies idéomotrices, ce qui permettra également d'enrichir la communication non-verbale, à travers les mimes et les mouvements dansés.

### **3.2. Identifier et exprimer les émotions sans le langage**

Afin de structurer les séances, je propose à chaque début de séance des cartes illustrant les émotions sur lesquelles figurent à la fois l'émotion écrite ainsi qu'un personnage l'illustrant. Ces cartes me semblent en effet plus accessibles et visuelles que la roue des émotions. Je place devant Madame R. une dizaine de cartes qui présentent les émotions de base mais aussi des émotions secondaires. Madame R. choisit les cartes « détendue » et « joyeuse ». Je lui demande si ses émotions varient toujours en reprenant des mouvements vers le haut et vers le bas. Madame R. acquiesce et cela déclenche des pleurs. À ce moment-là, elle semble dans une incompréhension de ses émotions qui semble

générer une forme de désarroi. Je lui propose de choisir des cartes qui expriment cette variation dans les émotions. Elle choisit les cartes « anxiouse » et « détendue ».

Pour améliorer sa capacité à identifier et exprimer les émotions, je lui propose des mimes qu'elle a déjà expérimentés en séance groupale. Elle tire au sort l'émotion de colère et je lui demande de mimer une « petite colère » pour qu'ensuite nous puissions l'amplifier jusqu'à arriver à une « grande colère ». Elle croise les bras, baisse la tête et aborde une mine triste : les lèvres recourbées vers le bas, tout en faisant « non » avec la tête. Je me demande si elle pourrait confondre les émotions de tristesse et de colère, ce qui rejoins mon hypothèse selon laquelle il lui semble difficile d'identifier les différentes émotions. Lorsque c'est mon tour, je ferme les poings, tend les bras sur le côté tout en fronçant les sourcils. Elle reprend ensuite la façon dont j'ai mimé la colère. Progressivement, je l'invite à se lever, à être en mouvement. Je lui propose d'utiliser le ballon pour exprimer la colère. Elle se met à serrer le ballon de toutes ses forces. Je me questionne : est-ce qu'à travers cette façon de serrer le ballon très fort, je peux interpréter la façon qu'a Madame R. de « retenir » ses émotions ? Rapidement je ressens qu'elle est limitée dans l'expression de cette émotion et cette proposition lui a demandé un recrutement tonique important. Je lui propose ensuite de mimer la joie. Elle lève les bras comme si elle disait bonjour à quelqu'un. Son visage reste amimique. Je l'encourage à utiliser les expressions du visage pour mimer la joie. Pour l'aider, je lui suggère un contexte « imaginez que vous venez de gagner quelque chose ». Avec mon étayage elle parvient à faire un sourire, puis chacune notre tour nous exprimons l'émotion de joie avec plus d'intensité. Elle doit ensuite mimer la peur et hésite longtemps avant de proposer quelque chose. Après échange avec elle sur ce qui lui fait peur, je lui suggère « imaginez un serpent qui passe devant vous ». Je note un manque d'initiative motrice chez elle en ce qu'elle reste statique lorsqu'elle mime. Lorsque c'est mon tour, j'exagère le « sursaut » qu'induit la peur. Madame R. ne parvient pas à réaliser ce sursaut en utilisant sa respiration. Je remarque un palier au-delà duquel il lui est difficile d'augmenter l'intensité de l'émotion. Je remarque également que la modulation tonique semble difficilement accessible et qu'elle semble fatiguée après cette proposition, une fatigue qui me semble cognitive et émotionnelle.

Au début du suivi, j'avais envisagé de scinder mes séances en deux parties distinctes : l'une consacrée aux mimes et l'autre aux mouvements dansés. Cependant, j'ai progressivement cessé de proposer les mimes à Madame R. pour me concentrer davantage sur les mouvements dansés. En effet, je sentais que cette organisation de mes séances ne permettait pas d'approfondir pleinement l'une ou l'autre des médiations. Madame R. avait déjà expérimenté les mimes à plusieurs reprises et je constatais que cet exercice semblait particulièrement coûteux pour elle. Les mouvements dansés, quant à eux, me paraissaient plus adaptés pour permettre de répondre à l'objectif principal de régulation tonique et émotionnelle tout en pouvant permettre de travailler, de manière plus secondaire, sur l'expression des émotions et les praxies idéomotrices.

### **3.3. De l'imitation à l'appropriation du mouvement**

La première fois que je parle de mouvements dansés à Madame R. elle rit en dodelinant de la tête, comme pour signifier que cela lui semble compliqué. Je choisis d'utiliser l'imitation comme support pour faciliter l'entrée en mouvement. Elle est placée debout face à moi. Sur une musique qui induit de la fluidité, je lui propose de commencer par un mouvement de torsion du buste, en balançant les bras d'un côté puis de l'autre, que nous répétons à plusieurs reprises. Elle reproduit le mouvement en miroir. Rapidement, je remarque qu'elle semble mal à l'aise. Son regard semble s'agripper à ce que je fais. La torsion de son buste est saccadée, presque mécanique. Ses bras sont rigides et suivent son buste qui entraîne le mouvement. Dans la suite, toujours sur la même musique, je lui propose d'ouvrir ses bras tout en redressant son buste, puis de refermer ses bras dans un mouvement d'enroulement. À nouveau nous répétons ce mouvement afin qu'elle puisse se l'approprier. Elle ne me lâche pas du regard, comme si elle craignait de ne pas exécuter le mouvement de la bonne manière. Je l'encourage à continuer en lui souriant. L'inconfort de Madame R. est palpable et je décide de lui proposer de revenir à l'immobilité et d'effectuer quelques exercices de respiration. J'ai l'impression que cette proposition a été très exigeante. J'ai observé une rigidité dans son corps qui me semblait entraver la fluidité de ses mouvements. J'ai aussi noté son malaise et sa façon de contrôler chacun de ses mouvements, ainsi que l'agrippement de son regard à chacun de mes gestes. Cela dit, je

reste consciente que cette première expérimentation se déroule dans un cadre où le lien thérapeutique n'est pas encore solidement établi.

À la fin de la séance je lui propose à nouveau les cartes des émotions. Elle choisit la carte « liberté » sur laquelle le mot est inscrit avec une illustration d'un personnage souriant qui lève les bras vers le ciel. Cette dichotomie entre ce que j'ai perçu d'elle lors des mouvements dansés et ce qu'elle exprime ensuite m'amène à me questionner. Ce que je peux interpréter de ces signaux non verbaux n'est qu'une lecture partielle qui m'encourage à continuer d'observer le plus finement possible son langage corporel tout en lui donnant la possibilité de traduire ses ressentis par des mots et/ou des images.

Je retrouve Madame R. la semaine d'après et lui propose de reprendre les mouvements dansés. Elle a le sourire et semble enjouée. Nous reprenons les mouvements de torsion avec balancement des bras, puis d'ouverture et de fermeture des bras sur la même musique fluide afin d'instaurer une rythmicité. Alors que je sens qu'elle est plus à l'aise, je lui propose de fermer les yeux pour faciliter le relâchement tonique. Elle les ferme mais les ouvre régulièrement pour observer ce que je fais. Que traduit cet agrippement par le regard ? Madame R. tente-t-elle de garder une certaine maîtrise ? En tout cas, elle semble avoir encore besoin de mon corps comme support à sa mise en mouvement.

Dans l'objectif de favoriser un mouvement continu, je lui propose ensuite de tracer le signe infini avec l'index de la main droite, puis avec la main, puis avec le bras tout entier en augmentant progressivement l'amplitude du mouvement. Au fil des mouvements, j'observe un relâchement dans les bras qui me semble dû à la répétition du même mouvement. Tout en restant très attentive à ce que j'observe dans son corps, je note un relâchement dans mon propre corps avec les répétitions. Est-ce que Madame R., en plus d'imiter mes gestes, est influencée par mon relâchement tonique ? Ses jambes me semblent très rigides et fortement ancrées au sol, comme si le relâchement dans le haut du corps devait être compensé par une majoration du tonus dans le bas du corps. Les mouvements du haut du corps la déséquilibreront-ils ? Lorsque je sens que Madame R. maîtrise ce

mouvement, je lui propose de le faire avec la main gauche. De la même manière, la rigidité présente au début laisse progressivement place à plus de fluidité.

La séance qui suit, je l'interroge pour savoir si elle se souvient des mouvements dansés de la semaine précédente. Elle reprend tout d'abord le mouvement de torsion avec le balancement des bras. Sans que je l'y invite et après plusieurs répétitions, elle ferme les yeux. Est-ce que Madame R. est suffisamment en sécurité pour s'autoriser à lâcher son regard ? Je continue alors à la guider avec ma voix. Je l'invite à augmenter l'amplitude de ses mouvements. J'observe que les traits de son visage sont détendus, elle semble prendre plaisir dans ce mouvement, comme si après plusieurs séances elle se l'appropriait. Nous reprenons également le mouvement de l'infini avec chacun des bras. À nouveau, Madame R. ferme les yeux et j'observe plus de cohérence dans son organisation corporelle avec un relâchement visible tant dans le haut que dans le bas du corps.

Lors de cette séance, alors que je la sens plus à l'aise, je propose une séquence motrice imagée dans laquelle nous imaginons prendre un verre d'eau du côté gauche du bassin, le soulever au-dessus de la tête en effectuant un mouvement de rotation, puis le ramener du côté droit du bassin. Ensuite, nous faisons descendre le verre le long de la jambe droite, avant de le faire remonter et de le renverser sur le corps. Cette séquence motrice permet de réaliser des torsions, puis un enroulement et enfin une extension. Cela me semble intéressant du point de vue praxique, mais également pour permettre du lien entre les différentes parties du corps, tout en continuant à explorer les schèmes moteurs de torsion, d'enroulement, de déroulement et d'extension. Je suis toujours placée face à Madame R. et lui propose de reproduire le mouvement en miroir.

Une fois qu'elle maîtrise la séquence, je lui propose de l'enchaîner plusieurs fois. Elle s'approprie rapidement la séquence en s'appuyant toujours sur l'imitation. À mesure que nous la répétons, j'observe plus de légèreté chez Madame R. Lorsqu'elle se trompe, elle rit et reprend le fil avec facilité. Au fur et à mesure, je sens qu'elle se détache de l'imitation. Elle semble concentrée sur ce qu'elle fait, un sourire aux lèvres. Je lui propose de rester en face d'elle mais de répéter la séquence motrice en réversibilité. À ce moment-

là, j'ai la sensation que nous dansons ensemble, de façon synchronisée. En même temps, le fait de ne plus être en imitation miroir mais en réversibilité me semble permettre à Madame R. de s'autonomiser dans ces mouvements dansés et de se les approprier. Alors que la séance est terminée, j'accompagne Madame R. vers la sortie de la salle et je l'entends dire de manière très claire « au revoir », ce qui me surprend car c'est la première fois que je l'entends formuler quelque chose de manière aussi distincte.

À ce moment-là du suivi, j'ai l'impression que le fait de répéter des mouvements semble source de réassurance pour Madame R. Cela semble venir lui donner une contenance ainsi qu'une sécurité, qui lui permettent un relâchement tonique.

### **3.4. De l'appui à l'exploration**

Afin d'approfondir mon hypothèse selon laquelle mon état tonique pourrait influencer celui de Madame R., je lui propose des exercices de dialogue tonique avec un ballon entre nous deux. Dans un premier temps, je lui propose d'essayer de maintenir une tension dans le ballon avec nos mains posées de chaque côté, tout en bougeant légèrement. Ce premier temps nous permet de nous ajuster l'une à l'autre dans cette proximité nouvelle. Puis je lui propose de se laisser guider en fermant les yeux si elle le souhaite. J'entraîne Madame R., avec lenteur, dans une exploration des différents plans de l'espace. Progressivement, je l'amène à changer de direction et j'induis des variations de rythme. Il lui est difficile de s'ajuster et je note une augmentation de son tonus ce qui me semble être le signe d'un état de vigilance accrue. Je lui propose ensuite d'inverser les rôles. Elle a tendance à s'empresser, comme pour éviter que le ballon ne tombe au sol. J'observe que sa respiration s'accélère et qu'elle semble en tension. De mon côté, je sens également mon tonus augmenter, comme si je voulais m'ajuster à son tonus élevé. Je perçois à quel point son ancrage au sol semble lourd et ne lui permet pas de se mouvoir avec fluidité.

Je l'amène à expérimenter un dialogue tonique sans le ballon. Ainsi, nos mains se touchent et je propose à Madame R. que nous nous laissions porter par la musique sans que l'une ou l'autre ne guide. À nouveau, elle est dans une forme d'empressement, sans prise

en compte du rythme de la musique et de mon rythme. Sans parole, j'induis plus de lenteur. Progressivement, nous trouvons un rythme commun. Je me laisse porter par ce qu'elle propose et je tente d'induire de la modulation tonique dans cette danse à deux. Après quelques minutes, elle prend l'initiative de proposer des tours dans un sens et dans l'autre, avec un engagement corporel plus libre. Est-ce les appuis corporels et relationnels que je propose à Madame R. lui permettent plus d'initiative et d'aisance motrice ?

Dans la continuité, je lui propose ensuite que nous continuions à danser en prenant appui l'une sur l'autre. Nous plaçons à nouveau nos mains l'une contre l'autre. Je lui propose que l'on essaie de varier les pressions, que ce soit elle qui prenne appui sur moi puis que l'on inverse ensuite. Je lui suggère ensuite de tester d'autres points d'appui : dos contre dos, puis épaule contre épaule. À chaque fois, nous varions la pression et prenons appui alternativement sur le corps de l'autre. Aussi, je lui montre que l'on peut utiliser le contrepoids en se prenant les mains et en emmenant chacune notre poids dans une direction opposée. Sur de la musique, nous continuons à explorer d'autres points d'appui. Madame R. explore et teste des appuis comme les genoux et rit lorsqu'elle se rend compte qu'il est difficile de prendre appui sur certaines zones du corps. Progressivement, j'observe qu'elle s'appuie sur moi de manière plus franche. Je remarque aussi qu'elle adapte son tonus et fait preuve de solidité lorsque je m'appuie sur elle. Elle adapte son ancrage au sol en fonction des postures que nous adoptons. Est-ce qu'à travers cette expérimentation, Madame R. prend conscience de la solidité de son corps ? Je remarque que je peux lui proposer cette expérience à ce moment-là du suivi car il existe un certain lien de confiance.

### **3.5. Vers des mouvements plus libres**

Lors de la dernière séance, sur la musique habituelle, je propose à Madame R. de danser de façon libre, comme elle le souhaite. Rapidement, elle ferme les yeux, puis reprend le mouvement de torsion avec le balancement des bras. J'ai le sentiment que ce balancement, qu'elle a beaucoup expérimenté, lui permet d'initier le mouvement. Il est devenu comme un rituel. Puis je lui propose d'explorer d'autres mouvements, les yeux fermés. Je la guide en l'invitant à utiliser ses bras, à explorer le haut, puis le bas ainsi que

la gauche et la droite. Je l'invite à explorer les moindres recoins d'une bulle imaginaire qui l'entoure. Puis je l'invite à varier les mouvements, la vitesse, la direction. Même si j'ai les yeux fermés, comme Madame R., je les ouvre à nouveau à certains moments pour observer la manière dont elle se saisit de la proposition. Ses bras entraînent le mouvement et son bassin reste peu mobile mais tout son corps est engagé dans le mouvement. Ses mouvements sont dirigés vers le haut. Au bout de quelques minutes, je cesse de guider Madame R. et la laisse explorer. J'observe un sourire sur son visage et j'ai du mal à mettre fin à la proposition tant elle semble prendre plaisir à danser. Ses mouvements me semblent être une forme d'expression. En l'observant, je perçois des ouvertures qui me font penser à l'émotion de joie. À l'inverse, lorsqu'elle emmène ses bras vers le sol ou qu'elle s'enroule, je perçois la tristesse. J'observe des variations toniques dans son corps. Ce moment de danse devient ainsi un espace où Madame R. peut explorer. Est-ce que cette exploration lui permet, pendant un court instant, de se réapproprier son corps et ses émotions ?

À la fin de la séance, je propose à Madame R. de faire un dessin qui pourrait illustrer l'expérience qu'elle a vécu au sein de cette salle de psychomotricité. Elle prend un feutre de couleur verte et se met à dessiner une voiture sur une route représentée par une ligne droite. Derrière la voiture, elle dessine des petits traits en pointillés (Annexe IV). Je lui dis que ce dessin me semble non seulement refléter le parcours déjà accompli depuis le début de sa rééducation, mais également symboliser le chemin restant à parcourir. Madame R. sourit et de mon côté je me réjouis de ce qu'elle puisse s'exprimer ainsi à travers le dessin. Je lui demande ensuite si elle veut écrire quelque chose qui lui évoque le suivi en psychomotricité. Je devine qu'elle tente d'écrire le mot « sourire ». Dans le même temps, ses yeux se remplissent de larmes.

Afin de clore le suivi de Madame R., je participe à la synthèse pluridisciplinaire en présence d'autres professionnels qui l'ont suivie. Ils confirment de grands progrès chez la patiente, avec notamment des troubles praxiques moins importants, une meilleure capacité à utiliser le dessin et la communication non verbale pour s'exprimer ainsi qu'un état thymique plus stable. Lors de ce bilan, l'équipe pluridisciplinaire convient de ne pas proposer de nouvelle hospitalisation de jour à Madame R., estimant qu'elle aurait

davantage besoin à ce stade, d'un temps de repos et d'intégration des acquis à domicile, tout en continuant le suivi en orthophonie en cabinet libéral.

La prise en charge de Madame R. a été très évolutive. À la fin du suivi, elle me paraît plus confiante en son corps, comme si elle avait pu le découvrir différemment et devenir davantage actrice, à travers les mouvements dansés. Au début du suivi, l'imitation a permis la mise en mouvement. L'instauration d'un cadre immuable et la répétition des mouvements m'ont semblé permettre de rassurer Madame R. J'ai pu observer qu'elle n'avait plus de pleurs incontrôlables lors de nos séances. Lors d'un échange avec son épouse, celle-ci a pu me confirmer que les pleurs étaient moins fréquents, tout en m'expliquant qu'ils survenaient lorsque Madame R. se sentait en difficulté pour réaliser quelque chose. Progressivement, lorsque j'ai senti que la relation thérapeutique était suffisamment solide, j'ai pu lui proposer un contact. D'abord par l'intermédiaire d'un objet médiateur, puis en corps à corps avec des expérimentations qui m'ont semblé lui permettre de prendre conscience de la solidité de son corps. Enfin, j'ai pu amener Madame R. à expérimenter les mouvements dansés en autonomie, lui permettant de s'affirmer et de s'exprimer corporellement, à défaut de pouvoir le faire à travers le langage.

Au cours de ces six séances, j'ai pu constater que les difficultés post-AVC de Madame R. avaient des retentissements émotionnels qui s'exprimaient notamment par les pleurs. J'ai observé chez elle des difficultés d'identification et de compréhension de ses émotions. Ses difficultés émotionnelles ont pu me laisser dans une forme d'inconfort, peut-être en écho à ce qu'elle-même ne parvenait pas à symboliser. Si j'ai pu noter une évolution au cours des six séances sur sa capacité de régulation tonique et émotionnelle, je suppose qu'un suivi en psychomotricité serait encore nécessaire, afin de continuer à travailler sur l'identification, la compréhension et l'expression des émotions tout en poursuivant un travail sur les praxies afin de permettre à Madame R. d'utiliser d'avantage la communication non-verbale pour s'exprimer.

# Théorie

## **1. L'AVC et son retentissement psychomoteur**

### **1.1. Généralités sur l'AVC**

#### ***1.1.1. Définition et différents types d'AVC***

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'AVC est dû à un arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau du cerveau qui engendre un appauvrissement voire un arrêt de l'approvisionnement du cerveau en oxygène et en nutriments, ce qui aura pour conséquence la mort des cellules cérébrales. La gravité de l'accident et son retentissement dans la vie du patient dépendent de la localisation et de l'étendue des zones cérébrales touchées (Haute Autorité de Santé, 2010).

Il existe différents types d'AVC qui peuvent être ischémiques ou hémorragiques. La seule observation des signes cliniques ne permet pas de confirmer le diagnostic, une imagerie cérébrale devra être réalisée (imagerie par résonance magnétique (IRM) ou scanner). Les AVC d'origine ischémique, liés à une obstruction artérielle, sont les plus fréquents : ils représentent environ 80 % des cas. Parmi eux, on distingue les accidents ischémiques transitoires, caractérisés par une interruption temporaire de la circulation sanguine cérébrale réversible en moins d'une heure et sans lésion visible à l'imagerie. Lorsque l'ischémie se prolonge, elle peut entraîner un infarctus cérébral constitué associé à une destruction irréversible du tissu cérébral. Les AVC hémorragiques représentent environ 20 % des cas. Enfin, les thromboses veineuses cérébrales également appelées thrombophlébites cérébrales sont plus rares (environ 1 % des AVC) (Neau & Godenèche, 2012). L'impact de ces différents types d'AVC dépend étroitement de la manière dont ils perturbent la vascularisation cérébrale.

#### ***1.1.2. Rappels anatomiques***

La vascularisation artérielle est essentielle pour répondre aux besoins énergétiques du cerveau, du tronc cérébral et du cervelet. L'encéphale est alimenté par quatre artères principales : les carotides internes et les vertébrales. Les carotides internes se divisent en

deux branches terminales : l'artère cérébrale moyenne et l'artère cérébrale antérieure. Elles se rejoignent pour former le tronc basilaire qui se divise ensuite en deux artères cérébrales postérieures, alimentant la partie postérieure du cerveau (Neau & Godenèche, 2012). Comme l'expliquent Neau et Godenèche (2012, p.335), « la vascularisation cérébrale est également caractérisée par des systèmes anastomotiques » assurant une circulation sanguine alternative en cas d'occlusion. Le principal est le polygone de Willis qui relie les différentes circulations cérébrales. D'autres anastomoses, corticales, leptoméningées et extra-intracrâniennes participent également à maintenir l'irrigation cérébrale. Ainsi, chaque territoire cérébral est irrigué par des artères spécifiques et l'interruption du flux sanguin dans une artère entraîne des déficits précis.

Le cerveau humain est constitué de deux hémisphères cérébraux qui se distinguent par leurs fonctions et communiquent constamment grâce au corps calleux et aux commissures interhémisphériques. L'asymétrie fonctionnelle entre les deux hémisphères cérébraux a été découverte en 1865 par le médecin Paul Broca. Il a observé que parmi les patients présentant une lésion cérébrale, ceux dont le lobe frontal gauche était affecté étaient les seuls à éprouver des difficultés à parler. Au cours d'une étude réalisée en 2019, les chercheurs ont démontré que l'hémisphère gauche intervient notamment dans le traitement du langage, les praxies, l'organisation temporelle et la reconnaissance symbolique alors que l'hémisphère droit joue un rôle important dans la perception, les émotions et la prise de décision (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 2019).

Chacun de ces hémisphères est divisé en cinq lobes, possédant des fonctions spécifiques. Ainsi, le lobe frontal est impliqué dans la motricité volontaire, la planification, les fonctions exécutives, la régulation émotionnelle et la cognition sociale. Il contient notamment l'aire de Broca, liée à la production du langage. Le lobe pariétal, intervient dans la somesthésie, l'attention et les praxies. Le lobe temporal est associé à la perception auditive, aux composants réceptifs du langage, à la mémoire visuelle et déclarative et aux émotions. Le lobe occipital est essentiellement dédié à l'analyse des informations visuelles. Le lobe insulaire participe à la régulation émotionnelle, à l'homéostasie et l'intéroception ainsi qu'à la conscience de soi (Huang, 2023).

Le neurologue Brodmann a cartographié le cortex cérébral en 52 aires distinctes, connues sous le nom d'aires de Brodmann et chacune associée à des fonctions spécifiques. Cependant, il a été démontré que de nombreuses fonctions résultent de l'interaction entre plusieurs aires réparties sur différents lobes (Huang, 2023). En effet, selon Montel (2019, p.10) « Les fonctions cérébrales ne sont pas localisées dans telle ou telle région spécialisée, mais résultent de la mise en réseau de plusieurs épicentres actifs disséminés en divers points de la surface de notre cortex ». Le cerveau est donc traversé par plusieurs réseaux parallèles qui fonctionnent simultanément et se connectent afin d'accomplir des fonctions plus complexes.

Il en résulte que les conséquences fonctionnelles d'un AVC varient selon la localisation précise de la lésion, rendant chaque tableau clinique unique en fonction des zones cérébrales affectées et de l'étendue des dommages. Il me paraît pertinent à ce stade de faire le lien avec l'AVC de Madame R., survenu dans le territoire sylvien gauche, plus précisément à la suite d'une occlusion du segment M1 de l'artère cérébrale moyenne. Ce segment donne naissance à des branches qui irriguent la face latérale de l'hémisphère gauche, comprenant notamment des régions frontales, pariétales et temporales (Annexe V).

### ***1.1.3. Prise en charge, rééducation et plasticité cérébrale après un AVC***

Le diagnostic, à travers l'imagerie et le traitement, doivent être réalisés le plus rapidement possible, d'où l'expression « Time is Brain » qui met en avant l'importance de préserver les connexions neuronales pour éviter ou ralentir les conséquences sur le handicap (Tchikviladzé, 2018). L'intérêt d'une prise en charge rééducative immédiate, intensive et continue est confirmé par les recommandations les plus récentes. La prise en charge d'un AVC se déroule en plusieurs étapes, selon un protocole structuré autour de l'urgence et de la réadaptation (Haute Autorité de Santé, 2009).

La rééducation repose en partie sur la plasticité cérébrale. C'est la capacité du cerveau à se modifier en fonction des expériences. En effet, « l'expérience individuelle sensorielle et affective mène à de multiples possibilités de remodelage du cerveau » (Schiffmann, 2001, p. 23). Elle se manifeste par la création, la suppression ou la

réorganisation des connexions neuronales permettant au cerveau de s'adapter aux sollicitations extérieures (Schiffmann, 2001). Après une lésion cérébrale, comme un AVC, les zones intactes du cerveau peuvent en partie compenser les fonctions perdues grâce à une réorganisation des circuits neuronaux, ce qui rejoint la théorie « connexioniste » (Montel, 2019).

Par conséquent, la rééducation prend une place essentielle dans la récupération post-AVC, en s'appuyant sur la capacité du cerveau à se réorganiser. Toutefois, cette plasticité a ses limites et ne permet pas toujours une récupération complète. Elle dépend de nombreux facteurs, tels que la localisation et l'étendue de la lésion, l'intensité de la stimulation, ou encore l'environnement thérapeutique, mais également des facteurs individuels liés au patient (Bonan et al., 2014).

## **1.2. Éclairage sur certaines conséquences de l'AVC**

Les patients ayant subi un AVC peuvent présenter divers symptômes affectant les fonctions motrices, cognitives, comportementales et sensorielles. Loin de dresser un tableau exhaustif des conséquences de l'AVC, nous explorerons certaines des conséquences de l'AVC. Si l'aphasie est fréquemment associée aux AVC sylviens gauches, des troubles des représentations corporelles et de la régulation émotionnelle peuvent survenir à la suite d'un AVC, quelle que soit sa localisation cérébrale, en fonction des structures atteintes.

### ***1.2.1. Aphasie***

D'après Denier et al. (2018, p. 581) « l'aphasie résulte le plus souvent de lésions de l'hémisphère cérébral dominant, à savoir l'hémisphère gauche chez 95 % des droitiers et chez 75 % des gauchers ». Elle peut se définir comme une perte partielle ou complète de la capacité à s'exprimer ou comprendre le langage écrit et parlé (Huang, 2023a). Lafond et al (2016) complètent cela en expliquant que parmi les symptômes de l'aphasie il peut y avoir un manque du mot ; une réduction de l'expression (le sujet parle peu ou moins et répond souvent aux questions par « oui ou « non ») et un trouble de la compréhension. Le degré de

sévérité de l'aphasie : léger, modéré ou sévère, dépend de la localisation de la lésion cérébrale, de son étendue, ainsi que de l'importance des troubles de la communication qui en résultent. On parle d'aphasie mixte lorsque l'expression orale est réduite et que la compréhension du langage est également fortement altérée. L'aphasie peut atteindre les quatre fonctions du langage verbal : parler, écrire, comprendre et lire. L'aphasie peut évoluer, si 32 % des patients ont initialement une aphasicité globale (réduction sévère ou massive de l'expression et de la compréhension), seuls 7 % des aphasiques conservent ce tableau après un an de recul (Bonan et al., 2014).

L'aphasie peut être associée à une apraxie de parole définie comme un trouble acquis de la capacité à programmer le positionnement de l'appareil buccophonatoire et la séquence des mouvements musculaires nécessaires à la production volontaire des phonèmes, non relié à une paralysie, une akinésie ou à une ataxie de l'appareil articulatoire (Deal et Darley cité par Renard, 2022, p. 133).

Le langage peut être considéré comme la base de la relation entre deux personnes. Lorsqu'il n'existe plus, il faut trouver une autre façon de communiquer. Il est important de prendre le temps d'observer la personne pour ne pas risquer d'interpréter son langage non verbal. Souvent l'aphasie se cumule avec une apraxie, ce qui appauvrit la communication non-verbale. La psychomotricité peut permettre à la personne aphasique d'enrichir son langage non verbal pour se faire comprendre. Benson (cité par Viader et al. 2014) souligne que les personnes avec une aphasicité globale comprennent généralement le langage non verbal (gestes, mimiques) et le langage para verbal (flexion et intonation de voix). Il semble donc indispensable d'accentuer notre communication non verbale et notamment d'insister sur le vecteur visuel (gestes, mimiques...) et sur le vecteur voco-acoustique (intonation, vitesse d'élocution...) pour communiquer avec eux.

Mellies et Winnecken (1990) soulignent l'importance de considérer l'impact des émotions sur l'expression verbale chez les patients aphasiques. Selon eux, les émotions dites « négatives » peuvent entraver l'utilisation des compétences linguistiques résiduelles, tandis qu'un climat émotionnel dit « positif » facilite la prise de parole et l'engagement en

thérapie. Ils plaident ainsi pour une approche thérapeutique intégrant étroitement les dimensions linguistique et émotionnelle.

D'après l'article de Aïach et Baumann (2007), les AVC avec aphasic entraînent un retentissement psychoaffectif plus sévère que les déficits purement physiques, notamment un sentiment de frustration, d'isolement et une altération de l'image de soi. L'aphasie, en ce qu'elle persiste longtemps après l'AVC peut entraîner une « altération de la qualité de vie qui va au-delà du déficit de langage proprement dit, s'associant à un retrait social, des symptômes dépressifs, et une probabilité moindre de reprise d'une activité professionnelle » (Denier et al., 2018, p. 582).

### ***1.2.3. Troubles des représentations corporelles après un AVC***

Comme le soulignent Barrou et Sarraf (2014), il est indispensable de prendre en considération le vécu du patient dans son corps, en tant que lieu de relation avec autrui et qui peut être impacté sans lien direct avec les déficits post lésionnels. Ces auteurs démontrent l'importance pour une personne cérébrolésée de restaurer un rapport plus ajusté à son schéma corporel et à son image du corps afin qu'elle puisse se réinvestir pleinement dans toutes les dimensions de sa vie. Le schéma corporel désigne la conscience corporelle organisée en réseau, reposant sur une base neurologique. Il se construit progressivement à travers l'apprentissage et l'expérimentation du corps en mouvement à partir de multiples informations : neurovégétatives, sensorielles, proprioceptives et spatiales dynamiques. Ces informations sont perçues, senties et intégrées de manière consciente et attentive (Barrou & Sarraf, 2014). Ainsi, selon D. Anzieu (cité par Barrou & Sarraf, 2014, p.60), dans cette acception du schéma corporel « le corps sert d'instrument d'action dans l'espace et sur les objets ».

Quant à l'image du corps, elle est inconsciente, subjective et singulière, car elle émerge de l'expérience émotionnelle et relationnelle propre à chaque individu. Comme le souligne F. Dolto (cité par Barrou & Sarraf, 2014, p.61), l'image du corps est à la fois « mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et, en même temps, actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle ». Elle s'ancre donc dans le

lien à l'autre et dans la représentation intime que la personne se fait d'elle-même à travers son corps. D. Anzieu (cité par Barrou & Sarraf, 2014, p.61) ajoute à ce propos que « le corps est vécu comme moyen premier dans la relation avec autrui ».

Les différentes déficiences qui font suite à la cérébro-lésion marquent une « rupture traumatisante avec l'état antérieur » (Barrou & Sarraf, 2014, p. 62). Il s'agit d'une perte de repères qui peut entraîner une désorganisation du schéma corporel et peut fragiliser la sécurité interne indispensable au sentiment de sécurité et à l'autonomisation. Cela peut entraîner un vécu douloureux qui ne permet pas d'avoir une gestion des émotions ajustée. De ce fait, l'atteinte est porteuse d'une désorganisation psychocorporelle « car elle va toucher soit l'instrument sensori-moteur qu'est le corps, soit le centre organisateur qu'est la cognition » (Barrou & Sarraf, 2014, p. 65). Face à la désorganisation corporelle et identitaire, la personne a besoin de reconstruire des repères pour se réapproprier son corps. Lorsque l'atteinte motrice est absente ou légère, le patient dispose de peu de repères pour comprendre le mal-être qu'il ressent, dans un corps perçu comme figé et dysharmonieux. Dans le cas d'un AVC, la personne réalise soudainement que son corps, qu'elle pensait connaître et contrôler, a failli. Se reconstruire implique de rétablir une confiance dans un corps vulnérable. Cette reconstruction, à la fois corporelle, cognitive et psychique justifie une approche pluridisciplinaire dans laquelle la psychomotricité trouve toute sa place en accompagnant le patient dans la réappropriation de son corps (Barrou & Sarraf, 2014).

#### ***1.2.4. Régulation émotionnelle après un AVC***

La labilité émotionnelle après un accident vasculaire cérébral (AVC) est un phénomène connu. En effet, l'AVC, en fonction de la zone cérébrale touchée, peut altérer le contrôle des émotions (Association Québécoise des Neuropsychologues, 2017). La labilité émotionnelle est caractérisée, selon une définition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), par une instabilité des émotions et de l'humeur ainsi que des émotions facilement activées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances (American psychiatric association, 2015).

L'AVC provoque souvent des lésions dans des zones cérébrales essentielles à la régulation des émotions, comme le cortex frontal et les structures sous-corticales. Ces lésions perturbent les circuits neuronaux responsables de la modulation émotionnelle, ce qui peut entraîner des variations émotionnelles soudaines et intenses. Cela explique que des altérations des réactions émotionnelles se retrouvent dans la majorité des lésions cérébrales (Van der Linden, 2004). Plus spécifiquement, l'étude de Stuss & Levine (2002) met en lumière les troubles de l'autorégulation émotionnelle chez les patients ayant subi des lésions au cortex préfrontal ventral. Ces déficits incluent : une labilité émotionnelle accrue, des comportements impulsifs et une irritabilité marquée ainsi qu'une difficulté à inhiber les réponses émotionnelles inappropriées.

Une autre étude (Salas Riquelme et al., 2014) utilisant un paradigme de réévaluation avec des patients ayant subi un AVC, a montré que la fluidité verbale (la capacité à produire un discours fluide et organisé) joue un rôle clé dans la capacité à réévaluer une situation négative de manière plus positive. Elle suggère que les déficits dans ce domaine pourraient compliquer la régulation à la baisse des émotions négatives.

En conclusion, il apparaît que lorsqu'un AVC affecte certaines régions cérébrales, en particulier le cortex préfrontal, il peut entraîner des troubles de la régulation émotionnelle qui dépend de plusieurs régions cérébrales et de circuits spécifiques. Plus loin seront abordées les zones cérébrales impliquées dans cette régulation. À ce stade, il est possible de supposer que l'AVC de Madame R., tel que décrit plus haut, a pu entraîner des difficultés de régulation émotionnelle. Ainsi, nous pouvons supposer que les difficultés émotionnelles identifiées chez Madame R. résultent à la fois d'atteintes neurologiques mais également d'un vécu douloureux lié à l'AVC et à ses conséquences, notamment l'aphasie.

## 2. Les émotions

Le terme « émotion » vient du latin *moveare* qui signifie « ébranler », « mettre en mouvement ». L'émotion c'est donc, à l'origine, ce qui met en mouvement. Cela « nous emmène au centre du projet psychomoteur qui tente de comprendre et de favoriser

l'activité gestuelle en tant que lien entre ce qui est éprouvé et exprimé, en tant que résultat des processus affectifs, cognitifs et moteurs » (Boscaini & Saint-Cast, 2010, p. 79).

## 2.1. Généralités

### 2.1.1. *Définition, fonctions et composantes des émotions*

Selon Luminet (2002), « les émotions sont des états relativement brefs : de quelques secondes à quelques minutes, provoqués par un stimulus ou par une situation spécifique ». Elles sont à différencier des humeurs qui vont persister plus longtemps et de l'affect qui reprend à la fois les émotions et les humeurs (Mikolajczak et al., 2020, p.14).

C'est en 1994 que Damasio a mis en évidence l'idée que les émotions sont indispensables à la survie des êtres humains. Selon Mikolajczak (2020, p.18 à 23) les émotions remplissent quatre fonctions principales : « informer sur notre rapport au monde » ; « faciliter le passage à l'action en ce qu'elles facilitent certains comportements tout en inhibant d'autres ; « prendre des décisions » ; « s'adapter ». Elles sont donc à considérer comme une véritable ressource. Ekman (1992) a identifié l'existence d'émotions de bases, universelles, qui se rencontrent quelle que soit la culture en présence et ne sont pas influencées par les variables socioculturelles. Ces émotions dites de base sont : la joie, la tristesse, la colère, la surprise, le dégoût et la peur. À cela s'ajoutent les émotions mixtes ou émotions sociales : honte, embarras, envie, jalousie, admiration, culpabilité, gratitude, pitié (Lotstra, 2002). Comme l'explique Corraze (2009), les émotions servent la relation entre les individus et leur permettent de communiquer.

### 2.1.2. *Bases neurobiologiques*

Les émotions impliquent des connexions entre plusieurs structures cérébrales. Trois d'entre elles ont des fonctions principales : l'amygdale, le cortex préfrontal et le noyau accumbens. L'amygdale s'active lorsque nous éprouvons une émotion. Ensuite, le cortex préfrontal qui est le centre de contrôle de l'individu et une structure essentielle à la

régulation des émotions. Quant au noyau accumbens, il a été surnommé par les chercheurs : le centre du plaisir (Mikolajczak et al., 2020, p.26 à 30).

Pour Joseph Ledoux & Muller (1997), chaque émotion correspond à une unité cérébrale fonctionnelle distincte, résultat d'une longue sélection au cours de l'évolution. À l'heure actuelle, les neuroanatomistes s'accordent pour reconnaître l'absence de « centres » uniques des émotions comme d'ailleurs de la raison, de la motricité, de la vision ou du langage. Il existe des « systèmes composés de plusieurs unités cérébrales reliées » (Lotstra, 2002, p.79). On peut donc localiser un chemin d'activation sans pour autant pouvoir localiser précisément une fonction dans le cerveau (L. Naccage cité par Montel, 2019).

Il a été démontré que des lésions dans des réseaux cérébraux spécifiques, notamment ceux connectés au cortex préfrontal ventrolatéral gauche, sont associées à des difficultés de régulation émotionnelle. Dans une étude, les patients ayant subi des lésions cérébrales montrent des déficiences dans la régulation des émotions « mesurées par le test Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test » (Jiang et al., 2023, p.5).

## **2.2. Différentes compétences émotionnelles**

Selon Mikolajczak (2020), les compétences émotionnelles désignent la capacité à identifier, comprendre, exprimer, gérer et utiliser ses émotions et celles d'autrui.

### ***2.2.1. L'identification des émotions***

Il s'agit de pouvoir identifier ce que l'on ressent afin d'être capable de le gérer. Le trouble associé est l'alexithymie qui se caractérise par une difficulté à identifier ses émotions et à les distinguer de ses sensations corporelles, une difficulté à exprimer les états émotionnels et un mode de pensée opératoire tourné vers les aspects concrets de l'existence (Bastin et al, 2004.) Lane Et Schwartz, en 1987 proposent que l'habileté à reconnaître et décrire ses émotions est une habileté cognitive. De fait, les atteintes cognitives, suite à un AVC, peuvent entraver la capacité à identifier les émotions,

notamment lorsque le sujet ne peut plus nommer ses émotions du fait d'une aphésie. L'identification des émotions est ainsi une prémissse à la régulation des émotions.

Une autre compétence émotionnelle suppose d'identifier les émotions d'autrui à travers la communication verbale et non-verbale. La communication digitale, qui se réfère aux mots, permet d'exprimer une émotion et permet à l'interlocuteur d'identifier l'émotion de l'autre. Cependant, « l'importance du message non verbal dans le décodage des émotions est supérieure à l'importance du message verbal » (Mikolajczak et al., 2020, p.65). Cette communication se compose des éléments du vecteur visuel que sont l'apparence corporelle, le tonus, la posture, le regard, les expressions faciales et les gestes. Ainsi, le message non verbal peut remplacer, compléter, accentuer, contredire ou réguler le message verbal. Les signaux non verbaux doivent être considérés comme des indices et observés de manière globale. Ils sont les suivants : Les expressions faciales ; le regard ; les postures ; les gestes, qu'ils soient emblématiques, illustratifs, régulateurs, adaptatifs ou affectifs ; le paralangage qui se rapporte à la dimension vocale mais non verbale de la voix (timbre de voix, débit, pauses) ; la distance pouvant intervenir dans les relations interpersonnelles, dont 4 types sont décrites par Hall (1966) et regroupées sous le terme de proxémie : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique (Mikolajczak et al., 2020).

Tous ces éléments sont autant d'indicateurs de l'état émotionnel de nos interlocuteurs. On voit bien comment le langage corporel peut venir pallier une carence dans le langage verbal.

### ***2.2.2. Expression des émotions***

La deuxième compétence émotionnelle identifiée par Mikolajczak (2020) est celle de l'expression émotionnelle. Elle permet d'exprimer les émotions de manière adaptée au contexte. L'expression des émotions permet également le développement et la régulation des relations interpersonnelles. Des études ont démontré que lorsqu'une personne nomme une émotion, l'activité cérébrale s'intensifie dans la région du langage et diminue dans la zone associée à la détresse (Mikolajczak et al., 2020, p. 94). Cela laisse penser qu'une non-

expression de l'émotion, chez des personnes aphasiques, pourrait entraver la régulation émotionnelle. De plus, une étude démontre que l'expression des émotions aurait un effet cognitif : « le fait d'exprimer permettrait à l'individu de réorganiser cognitivement les représentations de son expérience émotionnelle » (Kennedy-Moore et Watson, 1999 cité par Mikolajczak et al., 2020, p. 98).

### ***2.2.3. La compréhension des émotions***

La troisième compétence consiste en la compréhension des émotions dans leur fonction informative, en ce que l'émotion peut nous indiquer si nos besoins sont satisfaits. Selon la pyramide de Maslow, une personne ne peut arriver à satisfaire un besoin que si les besoins du niveau inférieur sont satisfaits. Cette pyramide classe les besoins à commencer par les besoins physiologiques ; les besoins de sécurité physique et psychologique ; les besoins d'amour et d'appartenance ; les besoins d'estime de soi et enfin d'accomplissement de soi, lequel passe notamment par l'expression (Mikolajczak et al., 2020, p. 121). Il apparaît que « comprendre l'origine de nos émotions permet de diminuer notre réactivité émotionnelle et d'améliorer notre équilibre émotionnel à long terme » (Mikolajczak et al., 2020, p.132). Ainsi, les émotions font partie d'un système régulateur.

### ***2.2.4. La régulation émotionnelle***

La dernière compétence réside dans la régulation émotionnelle. Ce concept est lié au « contrôle que peut exercer une personne sur l'intensité et l'expression de ses propres émotions » (Mikolajczak et al., 2020, p.136). Cela passe par le fait de tenter de passer d'une émotion négative à une absence d'émotion voire à une émotion positive. Cela peut consister dans le fait de, tout en restant dans le même registre émotionnel, « diminuer l'intensité de l'émotion ressentie ». Il peut s'agir de « prolonger ou au contraire d'écourter une émotion ». En effet, « les expressions doivent être régulées lorsqu'elles ne sont pas en accord avec les normes en matière d'expression émotionnelle ou lorsqu'elles ont des conséquences négatives pour le bien-être de l'individu » (Mikolajczak et al., 2020, p. 138). La capacité à réguler les émotions a des conséquences sur plusieurs domaines de la vie tels que les relations sociales, la santé physique et psychique (Mikolajczak et al., 2020).

Des études montrent que les personnes dont l'hémisphère gauche est plus actif éprouvent davantage d'émotions positives, récupèrent plus rapidement après un événement négatif et présentent un taux de cortisol (connue pour être une hormone du stress physique ou émotionnel) plus bas. À l'inverse, une atteinte de cette zone peut altérer la régulation émotionnelle (Davidson, 2004). De plus, le cortex préfrontal impliqué dans de nombreuses fonctions cognitives supérieures (mémoire, attention, fonctions exécutives) joue un rôle central dans l'analyse des situations émotionnelles et dans le choix de stratégies de régulation adaptées (Mikolajczak et al., 2020). L'activation du cortex préfrontal, qui abrite aussi le traitement linguistique, permet de moduler la réactivité émotionnelle initiale. En tant que centre principal de contrôle des émotions, une lésion, notamment en cas d'AVC touchant la région antérieure du lobe frontal, peut donc entraîner des troubles de la régulation émotionnelle (Davidson, 2004).

Mikolajczak (2020, p.180) souligne que les techniques physio-relaxantes peuvent permettre de modifier une situation émotionnelle et/ou changer la façon qu'a le sujet de la percevoir en relâchant la tension musculaire et physiologique. Elle précise qu'il existe également des stratégies de régulation des émotions telles que l'expression physique des émotions ou éprouvé corporel des émotions (Mikolajczak et al., 2020, p.210). Cela rejoint plusieurs études qui auraient démontré que le ressenti corporel joue un rôle crucial dans la formation de nos émotions (Drali, 2024).

### **2.3. Le lien entre émotions, tonus et dialogue tonique**

Aborder les émotions implique de parler du tonus. Wallon a développé en premier l'importance du tonus comme support du système émotionnel et du mouvement. Il écrit : « Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire » (Wallon cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p.175). Le tonus est un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent (Vulpian cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p.161). On distingue alors trois types de tonus. Le tonus de fond assure la cohésion corporelle et ainsi, une contenance tonique. Le tonus postural représente l'activité tonique minimale permettant le maintien de

la posture. En cela, il constitue un appui interne pour se préparer au mouvement. Quant au tonus d'action, il se définit par la contraction musculaire qui permet la mise en mouvement et est donc « à la base de la motricité globale ainsi que de la communication non verbale et du langage » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p.175).

Non seulement le tonus soutient le système émotionnel mais, réciproquement, les émotions se traduisent par un accroissement du tonus (Paillard (1976) cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 175). Robert-Ouvray (2012) explique que notre environnement, nos perceptions, nos sensations sont susceptibles de modifier notre tonus de fond. Selon Wallon (cité par Corraze, 2009, p. 71), les émotions renvoient toutes à des modifications toniques : « L'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique ». Si pour l'enfant les variations toniques s'expriment essentiellement en tension/détente globales, chez l'adulte les disparités toniques sont plus nuancées. Les schémas toniques reflètent l'histoire de la personne, influençant sa posture et sa manière de bouger. Lorsqu'une émotion n'est pas exprimée, elle peut s'inscrire dans le corps sous forme de tensions musculaires persistantes (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p.170). Cela rejoint les propos de Boscaini et Saint-Cast (2010) selon lesquels l'émotion peut participer au maintien de l'intégrité du « moi psychocorporel » et la qualité de la régulation émotionnelle dépend en grande partie de l'équilibre psychocorporel. De fait, la prise en charge psychomotrice doit considérer le rôle essentiel de l'émotion. C'est ce qui a amené les psychomotriciens à développer « des manières de se positionner, de porter, de toucher, de regarder leurs patients » (Boscaini & Saint-Cast, 2010, p. 79). Cela touche au dialogue tonico-émotionnel.

Wallon donne à la psychomotricité d'un sujet le sens et la fonction d'un certain langage : « le corps parle face à une situation » (cité par Corraze, 2009, p.75). À partir de cette conception, Wallon (cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p.179) propose la notion de dialogue tonique qui permet aux figures maternelles et aux bébés, en ajustant leur tonus, d'interagir de manière émotionnelle et physique à travers le « porter » ; le « palper » ; le « parler » et le « penser ». Plus tard, J. De Ajuriaguerra l'approfondit à travers la notion de dialogue tonico-émotionnel.

Le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. S'intéresser au dialogue tonico-émotionnel porte donc tout naturellement à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux partenaires (Bachollet & Marcelli, 2010, p. 14).

Le dialogue tonique permet l'attachement, plutôt dans une dimension de sécurité émotionnelle intérieurisée ; l'intégration des sensations et permet de changer de niveaux d'organisation : c'est la « transmodalité d'étayage ». Elle permet au bébé animé de tensions liées à ses émotions, de passer au niveau symbolique, lorsque son parent donne du sens à ce qu'il vit. De la même manière, le psychomotricien est dans un échange de tensions avec son patient. Le dialogue tonique est donc un véritable outil thérapeutique (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012). Le psychomotricien peut aider son patient à se construire une représentation plus claire de ses émotions, base d'une régulation émotionnelle plus ajustée.

Avec les neurones miroirs (découverts par Rizzolatti en 1996), la psychomotricité trouve un fondement conceptuel pour expliquer ce qu'elle nomme le dialogue tonico-émotionnel. Il s'agit de neurones corticaux qui s'activent lorsqu'un individu exécute une action mais également lorsqu'il observe un autre individu en train d'exécuter la même action. Ces neurones permettent le partage émotionnel, l'imitation et la communication (Guillain & Pry, 2012). Cet outil thérapeutique permet la communication avec les patients, surtout ceux qui sont dans l'incapacité de recourir au langage verbal (Jaquet et al., 2014). L'imitation n'est toutefois possible que par la construction du schéma corporel (Corraze, 2009). Selon Wallon (cité par Corraze, 2009, p. 77), l'imitation repose sur la « transmodalité » (soit la capacité à faire des liens entre les différents sens) entre la vision, la proprioception et la réponse motrice. Elle est un moyen de communication entre deux personnes. Reprenant Wallon, Corraze (2009, p. 77) et Boscaini & Saint-Cast (2010) expliquent que le dialogue tonique peut passer de la fusion, à travers la dépendance de l'imitation et de l'accordage jusqu'à l'individuation ; de l'identification à la distanciation ;

de la confusion avec autrui à l'autonomisation. De fait, l'ajustement tonico-émotionnel est au cœur de la pratique psychomotrice.

### **3. La danse, une médiation psychomotrice**

Ici, le terme danse est utilisé dans son acception large telle qu'elle est définie dans la littérature. La manière dont Hemelsdael et al (2015, p. 430) définissent la danse me semble particulièrement pertinente : « le plaisir de se mouvoir pour s'émouvoir et émouvoir, sans finalité instrumentale ou fonctionnelle. Danser c'est aussi donner formes et significations au corps ». Il s'agit d'un acte corporel mobilisant le tonus, les émotions et la représentation et en cela il s'agit d'une médiation psychomotrice.

Selon Potel (2019, p. 401) « la médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre ».

Les médiations en psychomotricité ont pour objectif : De proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ; de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ; d'aider à la transformation des éprouvés en représentation. En effet, s'il s'agit de permettre au sujet d'éprouver de vraies expériences corporelles (...), il s'agit aussi de l'aider à assimiler, à intégrer, à transformer ses expériences en représentation symbolique (Potel, 2019, p. 403-404).

Selon Le Camus (1984), le monde de la psychomotricité et celui de la danse en viennent à se rejoindre. En effet, la danse et la psychomotricité ont en commun les fondamentaux du mouvement que sont le corps, l'espace, le temps, le dialogue tonique et la créativité (Hemelsdael et al., 2015).

#### **3.1. Une médiation qui engage le corps**

Comme cela a été expliqué, l'AVC perturbe les représentations du corps. La danse « met le corps au travail comme une matière à sentir, à vivre, à s'approprier ou se

réapproprier » (Hemelsdael et al., 2015, p.431). Comme le souligne Lesage (2012a, p.19) , le désordre corporel, qui peut se traduire en corps figé, désorganisé, va souvent de pair avec un désordre psychique. Pour ces patients-là, il s'agit de les conduire à une certaine « fréquentation de leur corps ». Le Camus cite Pujade Renaud (1984) qui peut dire en parlant de la danse que c'est un retour aux sources du mouvement qui implique la respiration, l'alternance de la tension et du relâchement, le jeu du corps avec la pesanteur, le déséquilibre, différentes intensités du mouvement, du léger au lourd ainsi que des variations de rythmes.

Dans cette perspective, en mobilisant le corps comme médiateur du vécu émotionnel, la danse en tant que médiation, peut améliorer activement la régulation émotionnelle. En effet, elle agit directement sur la régulation émotionnelle en s'appuyant sur l'influence des afférences proprioceptives et intéroceptives. De plus, elle induit des modifications cérébrales structurelles et fonctionnelles, notamment dans les zones liées aux émotions et à la perception corporelle. Cela suggère un ancrage profond et durable de ses effets thérapeutiques (Drali, 2024).

### **3.2. Une médiation spatio-temporelle**

L'AVC bouleverse les repères. Comme le souligne Lesage (2012a), le corps s'inscrivant naturellement dans une double dimension spatiale et temporelle, toute médiation mobilisant le corps, telle que la danse, permet au sujet de se réapproprier un rapport subjectif à l'espace et au temps, fondé sur ses propres éprouvés corporels. En effet, la danse permet de garantir un « espace-temps contenant et étayant au sein duquel le patient peut faire l'expérience nouvelle et différente de son corps » (Hemelsdael et al., 2015, p. 434). La danse, à travers un travail qui s'inscrit dans une dimension temporelle et spatiale, peut permettre au sujet de retrouver des repères stables.

La danse permet d'explorer les espaces hauts, moyens et bas mais également proches, périphériques et lointains (Hemelsdael et al., 2015). Elle permet d'explorer et de préciser les limites et donc « différencier un dedans et un dehors, et engager une circulation entre ces deux termes » (Lesage, 2012a, p.34). Elle permet également, notamment par

l'exploration de la kinesphère, d'expérimenter la différenciation, l'individuation et le soi/non soi (Hemelsdael et al., 2015).

La danse permet également de travailler la temporalité, en éprouvant la « permanence de soi » (Lesage, 2012a, p.34), sentiment qui a pu être menacé par l'AVC. Le patient peut ainsi explorer des variations de rythme et aborder la temporalité à travers les rythmes internes de son corps ou les rythmes externes, tels que la musique (Hemelsdael et al., 2015).

### **3.3. Une médiation soutenue par le dialogue tonique**

La danse permet d'utiliser le contact, la respiration et la voix, lesquels sont de grands régulateurs toniques. Elle permet d'ouvrir un véritable dialogue tonique qui permet au psychomotricien d'accompagner les états tensionnels et émotionnels du patient (Hemelsdael et al., 2015). Il s'agit pour le psychomotricien, de s'ajuster au mieux à son patient. Ce soutien que constitue le dialogue tonique, permet la symbolisation, laquelle est une « véritable mise en mouvement physique et psychique » (Hemelsdael et al., 2015, p. 432).

La médiation danse, à travers le dialogue tonique, permet en effet de symboliser les émotions, au-delà de la simple expression verbale. Selon René Roussillon (2016), la symbolisation est une transformation de l'expérience vécue qui devient accessible à travers la motricité. La sensation et la motricité participent au travail symbolique, car la représentation ne se limite pas au langage. Ainsi, en dansant, le corps devient un vecteur de symbolisation, transformant l'expérience émotionnelle en un geste qui peut être partagé. Comme l'indique Freud (cité par Roussillon, 2016, p. 257), l'impact d'une expérience laisse une « impression sensori-motrice » qui, une fois partagée avec autrui, peut se détacher du corps et devenir symbolique, ouvrant ainsi un espace pour la régulation émotionnelle.

Cela rejoint les propos de Lesage selon lesquels la danse mobilise les deux systèmes cérébraux que sont les systèmes extrapyramidal et pyramidal. La danse permet de mettre

en route des mouvements automatiques, mais surtout les composantes affectives et émotionnelles du mouvement. Le système pyramidal concerne la motricité intentionnelle en relation avec les processus cognitifs et symboliques (Vennat, 2022, p. 16).

### **3.4. Une médiation créative et expressive**

Les mouvements dansés s'inscrivent dans une pratique d'expression corporelle. En effet, selon Vennat (2022, p. 22), le premier motif de la danse est d'exprimer, de rendre visible ce qui nous anime intérieurement.

Cette fonction expressive trouve également un écho dans la pensée de Husserl (cité par Ballouard, 2006, p.54) selon laquelle l'expression corporelle repose sur une volonté d'extérioriser ce que l'on ressent avec une visée de communication. Pour affiner cette notion d'expression corporelle, Le Camus (1984) en propose une typologie en distinguant plusieurs niveaux d'expression corporelle : des formes spontanées liées aux émotions (expression du corps) ; des moyens relationnels comme le regard ou la voix (expression à travers le corps) ; jusqu'aux formes symboliques et élaborées comme la danse (expression par le corps). Ainsi, en psychomotricité travailler l'expressivité revient à permettre au sujet de se mouvoir autrement, de sortir du confinement émotionnel et d'explorer d'autres modalités d'être (Lesage, 2015).

L'expression et en particulier la danse, suppose un mouvement de l'espace du dedans vers l'espace du dehors qui prend racine dans les premières expériences motrices, relationnelles et sensorielles. C'est en cela qu'elle participe à la construction du réel et à la symbolisation (Lesage, 2015; C. P. Potel, 2019).

En passant par le corps, en mobilisant le dialogue tonique et la créativité, la danse me paraît être une médiation particulièrement adaptée auprès des patients dont l'accès au langage verbal est entravé ou empêché.

# Théorico-clinique

Après avoir exposé les temps marquants dans le suivi de Madame R. et au regard des concepts théoriques développés, je tenterai de répondre à la problématique : **En quoi les mouvements dansés dans le soin psychomoteur peuvent-ils soutenir la régulation émotionnelle chez une patiente présentant une aphasicité après un AVC ?**

Je déroulerai mon raisonnement en adoptant tout d'abord une vision assez large du suivi de Madame R. à travers le cadre spatial et temporel. L'utilisation de l'espace et de la temporalité a permis d'instaurer un cadre contenant et sécurisant, lequel me paraît indispensable pour qu'une régulation émotionnelle puisse s'opérer. Je me focaliserai ensuite sur le cadre relationnel des séances en abordant le dialogue tonique, gestuel et postural qui a soutenu l'engagement de Madame R. dans les mouvements dansés. C'est bien ce dialogue tonique, dans ses différentes modalités et évolutions, qui a permis à Madame R. d'accéder à une certaine régulation tonique, source de régulation émotionnelle. Ce raisonnement m'amènera à aborder l'intégration des représentations corporelles, considérée comme une prémissse à l'individuation et à la symbolisation, lesquelles peuvent favoriser une réappropriation corporelle. Cette dernière, entendue comme la restauration des liens entre le corps, le psychisme et la relation à l'autre ou encore comme l'accès à une forme d'équilibre psychocorporel, peut à son tour ouvrir vers une régulation émotionnelle.

## **1. Contenir et sécuriser à travers la spatialité et la temporalité**

L'AVC marque une rupture avec l'état antérieur et en cela il peut fragiliser le sentiment de sécurité interne. Ce sentiment est lié au concept de continuité d'existence développé par Winicott, qui permet à l'individu d'être convaincu qu'il sera « toujours là et le même » (Vennat, 2022, p. 51). Lorsque l'AVC provoque une aphasicité, cette insécurité peut être majorée en ce que le sujet ne peut exprimer ses besoins et émotions, ce qui peut générer une importante frustration, voire une souffrance. En l'occurrence, chez Madame R., j'ai pu percevoir cela lors de ma première rencontre avec elle. Ainsi, il m'a semblé primordial d'instaurer un cadre contenant et sécurisant, propice à l'expérimentation. En effet, comme le souligne Lesage (2019, p.46), le travail de « mise en ordre du corps, dans son expressivité et son intersubjectivité, nécessite de la part du professionnel des qualités de contenance et de sécurisation ».

Le temps et l'espace sont vecteurs de repères sécurisants en ce qu'ils constituent des organisateurs du corps et du psychisme. Ils jalonnent l'expérience émotionnelle en permettant au sujet d'accéder à la symbolisation (Galliano et al., 2012). Comme le souligne Juillard (2023, p.79) « la psychomotricité offre un temps et un espace au Corps ». En effet, la temporalité et la spatialité sont avant tout des vécus corporels. La temporalité se construit dès la petite enfance grâce aux rythmes relationnels : les macrorythmes apportent sécurité et prévisibilité tandis que les microrythmes stimulent à condition de ne pas perturber l'ensemble. L'espace se structure lui aussi corporellement, à travers les expériences sensori-motrices et la maturation vestibulaire. Ainsi, corps, temps, espace et relation sont profondément liés (Lesage, 2024).

### **1.1. L'espace organisateur du mouvement**

Le mouvement est défini comme « la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture (relation des parties entre elles), soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 181-182). De fait, le mouvement s'inscrit nécessairement dans une dimension spatiale.

Les mouvements dansés permettent en premier lieu d'expérimenter l'espace du corps à travers des mouvements de flexion/extension, d'enroulement/déroulement, d'antépulsion/rétropulsion, d'inclinaisons latérales, de translations sur les côtés, d'abductions/adductions des membres et de rotations internes et externes. La danse permet également d'explorer l'espace kinesphérique, il s'agit de « la distance maximale que le corps peut atteindre de l'endroit où il se trouve et qui se déplace avec soi » (Vennat, 2022, p. 30). S'agissant de Madame R, j'ai pu observer qu'elle investissait l'espace de son corps de manière limitée. En effet lors des séances groupales, alors qu'il s'agissait de réaliser des mimes, ses gestes étaient restreints. Elle restait généralement assise, mobilisant principalement ses mains sans engager l'ensemble de son corps. La danse a pu lui permettre d'explorer progressivement sa kinesphère. J'ai pu observer une augmentation de l'amplitude des mouvements au cours des séances, comme si Madame R. redécouvrait

progressivement l'espace de son propre corps. Dans les premiers temps, nous ne nous déplaçons pas. Lors d'une séance j'ai pu proposer des déplacements à Madame R. et j'ai observé à quel point cela pouvait entraîner une désorganisation de ses mouvements, ce qui m'amenait à lui suggérer de revenir à son espace propre. En effet, comme le souligne Vennat (2022, p.29), le sujet doit en premier lieu construire une conscience de son espace propre : « l'espace du dedans » et c'est ensuite qu'il pourra prendre possession de l'« espace du dehors ».

Aborder l'espace implique nécessairement d'aborder la distance qui a pu exister entre Madame R. et moi, ce qui fait référence aux espaces proxémiques de Hall (1971). Au fil des séances j'ai pu modifier ma position spatiale par rapport à elle afin de trouver le juste niveau de présence selon son aisance. Je me suis questionnée sur l'endroit où je devais me placer par rapport à elle mais également sur la distance que je laissais entre nous. Au début du suivi, lorsque mon corps lui servait de support, je me plaçais en face d'elle dans une proxémie personnelle afin de la soutenir. J'ai également pu me placer à ses côtés lorsque je lui ai proposé des séquences motrices qui impliquaient une gestion de la latéralité, afin qu'elle puisse s'identifier. Lorsque j'ai utilisé le contact, nous étions très proches, ce qui a permis une modulation de son tonus. Lors de la dernière séance, alors qu'elle a exploré des mouvements plus libres, je me suis placée plus à distance. Ainsi, tout au long du suivi de Madame R., je me suis servi de l'espace pour soutenir et structurer son engagement corporel.

L'espace a également une dimension affective (Galliano et al., 2012) et il est important qu'il puisse permettre d'expérimenter tout en étant source de sécurité. Lors du suivi de Madame R., j'avais le choix entre plusieurs salles de psychomotricité pour nos séances. D'une manière que je pensais non réfléchie, je choisissais toujours la même salle. Avec du recul, je fais l'hypothèse que cela permettait d'une certaine façon de sécuriser la patiente afin qu'elle puisse entrer dans les expérimentations avec plus de facilité.

Enfin, l'exploration de l'espace, en portant attention aux dimensions et aux plans, est essentielle à l'intégration du schéma corporel. Je suppose qu'en explorant l'espace à travers les mouvements dansés Madame R. a pu améliorer ses repères spatio-corporels et ce

faisant, enrichir la perception de son corps en mouvement dans l'espace. Cela fait écho aux termes de Lesage (2021a, p. 342) qui propose de parler de « schéma corpo-spatio-temporel » tant ce schéma corporel est en lien avec l'espace et le temps.

## 1.2. La temporalité structurante et régulatrice

De la même manière que le corps est naturellement spatialisé, il est par essence temporalisé. La danse permet « d'inscrire le corps dans l'expérience de la temporalité » notamment à travers la pulsation qui dépend du rapport que le patient entretient au sol (Vennat, 2022, p. 33). En effet, danser implique de s'adapter à un rythme et de fait, d'accepter de s'éloigner de son tempo spontané. D'ailleurs, comme le souligne Vennat (2022), un patient touché par la musique est neuro-physiologiquement prêt à accueillir la danse. Cela m'évoque une séance groupale à laquelle j'ai assisté, au cours de laquelle les patients devaient marcher en s'adaptant au tempo marqué par un tambourin. J'avais pu observer l'aisance de Madame R. pour qui la pulsation du tambourin semblait structurante. Elle n'avait aucun mal à suivre le tempo et à modifier la vitesse de ses pas pour s'ajuster. Ces observations ont renforcé mon envie de proposer des mouvements dansés à Madame R dans le cadre de sa prise en charge. Cela a pu se confirmer dès les premières séances en ce qu'elle n'a rencontré aucune difficulté à suivre le rythme de la musique.

Concernant mon choix de musique, nous reprenions à chaque séance les deux mêmes morceaux, caractérisés par un tempo lent et un rythme fluide et répétitif, dans l'intention d'induire progressivement cette qualité de lenteur et de fluidité dans son engagement corporel. J'ai choisi d'induire de la lenteur pour permettre à Madame R. une meilleure conscience de ses mouvements. En effet, la première fois que j'ai rencontré Madame R., j'ai pu observer des formes de saccades dans sa manière de se mouvoir. Cette observation s'est confirmée en séance individuelle où j'ai pu remarquer un manque de fluidité qui m'évoquait des mouvements « soudains », lesquels traduisaient peut-être une anxiété présente chez elle à ce moment-là. Cela rejoint la théorie selon laquelle la temporalité a une connotation émotionnelle. Laban propose en effet d'observer si le mouvement est soudain ou contenu (Lesage, 2015). Il apparaît que « le mouvement soutenu est vécu comme doux, coulé, serein, tranquille et sûr, tandis que le soudain est qualifié d'anxieux,

nerveux, précipité, urgent, excité » (Lesage cité par Vennat, 2022, p. 33). Cela raisonne avec les propos de Vennat (2022) selon lesquels l'expérimentation des mouvements dansés implique, en plus de respecter le rythme d'exploration et d'élaboration corporelle du patient, d'être attentif à ses besoins émotionnels.

Je constate également que j'ai proposé à Madame R. un travail de mémorisation entre les séances dans le but de garantir une continuité, essentielle dans son cas, compte tenu de la rupture qu'elle a vécue dans cette continuité d'existence. Comme le souligne Vennat (2022), le rythme est un aspect très porteur chez les patients dont le sentiment de continuité d'existence a été menacé.

Aborder la temporalité permet également d'évoquer l'importance de la répétition que je me suis attachée à instaurer dans les séances et qui a notamment justifié mon choix de reprendre les deux mêmes morceaux à chaque séance. Selon Vennat (2022, p. 243), « répéter, c'est aussi rassurer et familiariser le patient dans l'exploration de son action propre », mais aussi lui permettre de s'approprier un mouvement afin de pouvoir ensuite s'en émanciper pour qu'émerge une signature personnelle. Vennat (2022) souligne également que la répétition permet un abaissement de l'état de vigilance, ce qui équivaut à un processus de relaxation dynamique. Pour revenir au suivi de Madame R., j'ai pu remarquer son aisance au fur et à mesure des répétitions. Cela lui a permis de se détacher du support de l'imitation en fermant les yeux et de s'approprier les mouvements que je lui suggérais. Le premier mouvement que j'ai proposé à Madame R. consistait en un mouvement de torsion avec un balancement des bras de part et d'autre du corps. Ce mouvement constituait la base de nos séances, puisque nous le reprenions à chaque début de séance. Le balancement se définit comme « une succession ininterrompue de mouvements ascendants déclenchés par l'effet de la pesanteur et par le propre poids des membres » (Vennat, 2022, p. 244). Ce mouvement de balancement permettrait de réactiver des traces mnésiques puisqu'il a été expérimenté in utero et plus tard à travers les bercements. Chez l'adulte, des balancements peuvent émerger sous forme d'auto-bercements calmants face à des angoisses. Enfin, le balancement permettrait d'unifier et d'harmoniser le corps (Vennat, 2022). En cela, nous pouvons supposer que les balancements expérimentés par Madame R. ont pu contribuer à une réharmonisation

corporelle et ainsi permettre de réguler ses émotions ou tout du moins, de faire en sorte que ses émotions soient moins désorganisatrices. Je suppose également que ces mouvements ont pu faciliter chez elle le retour d'un sentiment de sécurité interne.

En conclusion, l'espace et le temps sont intrinsèquement liés à la danse et permettent d'organiser et de structurer l'engagement du patient dans un cadre qui se doit d'être contenant et sécurisant, grâce à l'engagement du psychomotricien entre autres. Au cours du suivi de Madame R., cet engagement à travers le dialogue tonique, postural et gestuel a été central.

## **2. Le dialogue tonique, postural et gestuel au cœur des mouvements dansés**

Lorsque les capacités langagières sont atteintes, le dialogue tonique devient un outil thérapeutique fondamental pour le psychomotricien. Selon Livoir-Petersen (2019, p. 13) « le dialogue tonique permet au sujet de se remanier toute la vie ». Ce dialogue corporel qui engage les dimensions tonique, posturale, gestuelle, spatiale et temporelle imbriquées s'installe progressivement et se développe selon différentes modalités qui viennent soutenir l'engagement corporel du patient et ainsi encourager son expression corporelle (Lesage, 2024).

### **2.1. L'observation de l'autre**

Parler de dialogue tonique, c'est parler d'accordage qui n'est « possible que grâce à l'observation aiguisée du corps de l'autre, ses réactions, ses mouvements, ses émotions et l'écoute concomitante de son propre corps, nos réactions, nos mouvements, nos émotions » (Julliard, 2023, p. 83). Cela fait écho aux propos de Boscaini et Saint-Cast (2010) qui rajoutent que cette observation de l'autre permet de reconnaître et d'identifier ses émotions, mais également de comprendre son expression corporelle. Il m'a été nécessaire d'observer avec attention Madame R. La participation au groupe m'a permis une observation initiale et de nourrir des premières réflexions sur son organisation psychomotrice. J'ai rapidement repéré une rigidité et une désorganisation corporelles

importantes que j'ai mises en lien avec ses difficultés émotionnelles. Cela renvoie aux propos de Boscaini & Saint-Cast (2010) selon lesquels, si l'expression émotionnelle n'est pas réalisée, l'organisme peut rester sous tension.

Les premiers mouvements dansés que j'ai proposé à Madame R. m'ont permis d'observer ses structures toniques selon la théorie de Laban (Lesage, 2015). Je remarquais que la démarche de Madame R. était plutôt lourde, avec un fort ancrage au sol, que sa gestuelle était plutôt condensée, soudaine et directe. Dès le début, j'avais pour intention, ou intuition, de la faire aller vers des mouvements légers, libres, contenus et indirects. En effet, les types de mouvement proposés peuvent être qualifiés d'« intuition psychomotrice », expression utilisée par Juillard (2023, p. 74).

L'instauration de ce dialogue tonique est non seulement passée par l'observation de Madame R. mais également par l'observation de mon propre ressenti corporel. Comme le souligne Juillard (2023), cette intuition se nourrit aussi de l'écoute de notre corps, ce que Boscaini et Saint-Cast (2010) nomment « une auto-observation ». Ainsi, j'ai pu être attentive aux résonances corporelles que suscitait en moi la présence de Madame R. Je pouvais percevoir une élévation de mon tonus de fond, accompagnée d'un besoin de mobiliser mon corps et de le délier. J'imagine que ce besoin de mouvement s'expliquait également par la volonté que j'avais d'ouvrir un espace relationnel plus corporel dans lequel nous pourrions nous rencontrer d'une autre manière notamment à travers l'imitation.

## 2.2. L'imitation comme support à l'accordage progressif

L'imitation, soutenue par l'activité des neurones miroirs, peut permettre à travers des mouvements répétitifs d'établir une relation tonique (Juillard, 2023). En proposant mon propre corps comme support au mouvement, un espace relationnel a pu exister. Le fait que Madame R. reprenne mes mouvements m'a laissé penser qu'elle était ouverte à l'expérimentation des mouvements dansés. Un début de dialogue tonique s'est alors instauré entre nous, laissant émerger « un mouvement harmonieux dont on [ne pouvait] plus deviner qui [était] le chef d'orchestre » (Juillard, 2023, p. 75). À cet instant, l'imitation m'est apparue comme un vecteur de lien et de communication. Dans les

premiers temps, Madame R. s’agrippait à moi par le regard, certainement pour reproduire ce que je faisais dans une volonté de « perfectionnisme ». Cela rejoint les propos qu’a pu tenir son épouse à propos de Madame R., dans les termes suivants « elle n’a jamais eu confiance en elle et n’a jamais osé faire de nouvelles choses ». L’imitation, notamment facilitée par le regard, a semblé être un support pour permettre à Madame R. d’oser expérimenter la danse.

Le regard est un premier élément essentiel à l’engagement psychocorporel du psychomotricien. Comme nous le rappelle très justement O’Regan (2001), tout regard pose une question. (...) Le regard nous engage vers l’autre, avant tout autre mouvement corporel, parce qu’il est en lui-même déjà déplacement, élan ou conquête. (...) La qualité de notre regard est aussi importante puisque la physiologie des contrôles moteurs nous rappelle que la vision est un déterminant sensoriel de l’incitation au mouvement (Paillard et Beaubaton, 1978). Pour accompagner les patients dans le mouvement de la danse, il nous faut donc savoir placer l’intention dans le regard pour exécuter un geste, et initier le mouvement par le placement du regard (Vennat, 2022, p. 75).

Vennat (2022) complète ses propos en distinguant le regard périphérique qui est un regard d’ensemble, global et plutôt ouvert, du regard focal qui pointe, désigne et peut être un véritable appui pour le patient. Mon regard a pu évoluer et s’est ajusté, en fonction de l’endroit où j’étais placée, par rapport à Madame R. Placée face à elle, je la regardais de manière directe, tout en veillant à ce que mon regard soit soutenant. Lorsque je me plaçais à ses côtés, mon regard était plutôt porté sur ses mains et moins sur la globalité de son corps. Lors de la dernière séance, j’ai veillé à ce que mon regard soit plus distant et global afin de la laisser explorer. Réciproquement, le regard de Madame R. a évolué au fil des séances. Si dans les débuts son regard était très focalisé sur mon corps et mes gestes, au point que j’ai pu le qualifier d’« agrippement », il est devenu plutôt un regard porté sur elle et sur son intérriorité lorsqu’elle a pu fermer les yeux.

L’imitation peut permettre de revisiter les schèmes de base proposés par Bartenieff et Laban et repris par Lesage (2012). Un « schème de mouvement » correspond à des «

rassemblements du corps dans une forme de motricité intégrant les réflexes, les réactions d'équilibration et de redressement, les chaînes kinétiques » (cité par Lesage, 2012, p. 190). Le *Laban-Bartenieff Institute of Movement Studies* a défini six schèmes, repris par Lesage (2012, p.191) : « respiration, centre-péphérie, spinal, homologue, homolatéral, controlatéral ». Le schéma respiration est un flux d'échange intérieur/extérieur qui permet de réguler le tonus. Le schème centre-péphérie permet les mouvements du centre du corps vers les extrémités, impliquant l'exploration de l'espace et permet ainsi de se rassembler ou de s'ouvrir. Le schème spinal, reliant la tête au coccyx, permet les mouvements de flexion et extension. Le schème homologue permet de relier le haut et le bas du corps et permet ainsi l'ancrage au sol. Le schème homolatéral permet la coordination du même côté du corps. Enfin, le schème controlatéral permet la coordination croisée entre un membre supérieur et le membre inférieur opposé.

Ainsi, un travail sur les schèmes à travers les mouvements dansés engage tout le corps et permet de soutenir la régulation émotionnelle. Cela m'évoque la désorganisation corporelle observée chez Madame R. et qui était notamment visible dans sa manière de se déplacer. À travers les mouvements dansés, plusieurs schèmes de base ont été explorés. Je m'appuierai notamment sur l'exemple de la séance motrice imagée que nous avons reprise sur plusieurs séances et qui permettait d'engager plusieurs schèmes, notamment les schèmes centre-péphérie, spinal, homologue, homolatéral et controlatéral. Madame R. a mis un certain temps à s'approprier la séquence motrice. Grâce à l'imitation, elle a pu l'intégrer en la réalisant en miroir. J'étais donc placée à ses côtés afin qu'elle puisse utiliser mon corps comme repère. Je me suis ensuite placée en face d'elle et lui ai proposé de continuer à réaliser la séquence de manière répétée mais cette fois en réversibilité par rapport à moi, en utilisant les repères latéraux de son propre corps, ce dont elle a été capable avec un étayage, notamment par guidage verbal. Ainsi, je formule l'hypothèse que le fait de revisiter les schèmes de base en étant soutenue par l'imitation, a pu permettre à Madame R. d'explorer les possibilités motrices de son propre corps et lui a permis une forme de réorganisation corporelle. En effet, comme le soulignent Robert-Ouvray et Servant-Laval (2012), la bonne intégration des schèmes moteurs facilite une meilleure coordination globale et permet ainsi de s'exprimer corporellement.

### **2.3. Le contact comme vecteur de modulation tonique**

Le dialogue tonique est un outil pour aller vers une manière de se mouvoir différente. Comme le souligne Lesage (2021a), l'expressivité a lieu grâce à la modulation tonique et la modulation tonique grâce à l'expressivité. La modulation tonique serait, selon lui, la réponse aux pressions de l'environnement, qu'elles soient physiques ou psychiques. L'usage de la modulation tonique correspondrait donc à la tonicité définie comme la manière dont l'individu utilise son tonus et communique au travers de celui-ci. Lesage explique que la construction d'un axe tonique conditionne la disponibilité périphérique pour entrer en relation, communiquer, s'exprimer, accueillir ou aller vers. Construire son tonus c'est aussi entrer dans une individuation et la construction du tonus est intrinsèquement liée à la gestion émotionnelle.

La régulation tonique est aussi régulation émotionnelle et le tonus assure alors une fonction contenante qui conduit Suzanne Robert-Ouvray à parler d'enveloppe tonique. Pour que le tonus assure sa fonction régulatrice de l'équilibre émotionnel et de la relation, il doit sans cesse se moduler dans un véritable flux tonique (Lesage, 2009, p. 21).

De ce fait, plus le tonus peut se moduler, plus il sera aisé pour une personne de passer d'une posture à une autre, d'un schème à un autre. Selon Lesage, plusieurs voies permettent de travailler cette modulation tonique comme la respiration, les appuis et le portage, et le dialogue postural (présence, gestes, toucher) (Lesage, 2021c). J'ai remarqué, en particulier lors des mimes des émotions, que Madame R. rencontrait des difficultés à moduler son tonus pour s'exprimer corporellement. J'ai alors formulé l'hypothèse que travailler sur une meilleure modulation tonique, grâce à un objet médiateur et à un travail sur les appuis, pourrait l'aider à réguler ses émotions de manière plus adaptée.

#### ***2.3.1. À travers un objet médiateur***

Les objets proposés dans les séances sont de véritables médiums malléables qui ont plusieurs caractéristiques, notamment celle d'être extrêmement sensibles. De plus, la

concrétude de l'objet peut permettre de sécuriser les patients et encourager leur engagement corporel. Cet objet est aussi à considérer comme « objet de relation » à utiliser comme « support d'échange avec autrui » et « objet transitionnel » qui aide à supporter la distance avec l'autre (Vennat, 2022, p. 169-170). Lorsque je propose à Madame R. un exercice de dialogue tonique avec un ballon entre nous deux, je perçois immédiatement grâce à la sensibilité de cet objet que son tonus est élevé. Sa respiration est rapide et je perçois un recrutement tonique dans le haut de son corps qui se diffuse jusqu'à ses mains qui sont accrochées au ballon. Sa manière de se déplacer est rapide et brusque. Je mets cela en lien avec sa crainte, palpable, de voir le ballon tomber. Réciproquement, je perçois mon tonus augmenter. Pour m'ajuster à Madame R., afin que l'on soit dans un véritable dialogue tonique, je m'adapte au rythme qu'elle m'impose. Progressivement, en premier lieu dans l'intention de réguler mon propre tonus, je rends ma respiration plus sonore et plus calme. Je m'aperçois que cela permet, réciproquement, de rendre la respiration de Madame R. plus apaisée. Avec le ralentissement de sa respiration, son tonus semble s'abaisser, bien que ses gestes soient encore rapides. Cela fait écho aux propos de Lesage (2009, p. 24) selon lesquels la respiration est « un indicateur fiable de l'ajustement tonico-émotionnel d'un partenaire ». Le ballon apparaît comme un véritable support à la relation et semble avoir permis une régulation tonique chez Madame R.

### ***2.3.2. Prendre appui et être un appui***

Comme le souligne Livoir-Petersen (2019), observer des conduites d'agrippements chez un sujet permet de déduire l'insuffisance des appuis. Chez Madame R., j'ai pu observer ce type de conduites à travers son regard, mais également à travers sa manière de tenir le ballon. Son ancrage au sol, que j'ai pu qualifier de lourd, est également révélateur d'un besoin de se rassurer. Cela fait écho aux propos de Lesage (2024, p. 38) selon lesquels nous pourrions parler de « portage par les appuis et par le sol en particulier ». Il souligne aussi que l'ancrage au sol renvoie à la sécurité de base. Le tonus élevé de Madame R. peut également être qualifiée d'agrippement. Je me demande dans quelle mesure ces conduites d'agrippements ont pu permettre de lutter contre un sentiment d'insécurité et de soutenir un sentiment de continuité d'existence probablement menacé par l'AVC. Néanmoins, ces conduites d'agrippements, en ce qu'elles peuvent empêcher la

régulation tonique, peuvent empêcher le sujet d'accéder à des représentations corporelles et ainsi, de se différencier. Devant ces conduites d'agrippement, Livoir-Petersen, reprenant la théorie de Bullinger, suggère de proposer des appuis tonico-émotionnels afin de relancer le processus représentationnel (Livoir-Petersen, 2019).

Selon Bullinger, l'appui est ce qui permet une organisation tonique de la personne en rapport avec les besoins de la situation. L'appui peut être trouvé dans le champ représentatif ou sur les flux sensoriels, avec une mention particulière pour les flux associés aux relations interpersonnelles (Livoir-Petersen, 2019, p. 12).

Après avoir constaté les conduites d'agrippements de Madame R., il m'a semblé pertinent de lui faire expérimenter une prise d'appui sur l'autre, d'abandonner son poids, mais également d'être un appui pour l'autre. À ce sujet, Vennat (2022) souligne que l'idée est de toujours rester maître et responsable de soi lorsque l'on prend appui sur l'autre, en conservant une prise d'appui dans son corps à soi. Ainsi, ces exercices supposent de moduler son tonus dans un ajustement tonique avec le partenaire.

C'est une exploration de la fluidité tonique car il faut à la fois tenir suffisamment pour maintenir une posture active, et savoir lâcher pour bouger. Ces exercices peuvent provoquer des réactions émotionnelles qui renvoient aux expériences précoces de holding (Lesage, 2021b, p. 149).

En effet, prendre appui sur l'autre renvoie à la notion de portage interactionnel, soit au holding, qui signifie soutenir, tenir, contenir (Winnicott & Kalmanovitch, 1989). Il s'agit de la façon dont le parent porte, soutient et protège physiquement et psychiquement son bébé. L'appui peut devenir un élément organisateur du tonus et au fur et à mesure il peut permettre de structurer les représentations du sujet. Au fil du suivi, les appuis que j'ai proposés à Madame R. semblent avoir permis dans une certaine mesure d'explorer une meilleure régulation tonique. En prenant appui sur mon corps, tout en me permettant de prendre appui sur le sien, elle a pu expérimenter la solidité de son propre corps. Cette interaction a été soutenue par mes verbalisations au cours desquelles je soulignais cette solidité que je percevais en prenant appui sur elle. Il est ainsi possible de formuler

l'hypothèse qu'à travers ces exercices Madame R. a pu découvrir d'autres points d'ancrage que le sol : le corps de l'autre en tant que soutien corporel et relationnel mais également son propre corps. Ces jeux de prises d'appui ont permis de renforcer son engagement corporel. En effet, c'est lorsque nous avons fait cette expérience, en dansant paumes contre paumes, qu'elle a engagé de sa propre initiative des tours sur elle-même. Je suppose que Madame R. a pu prendre l'initiative d'engager ces tours grâce à l'expérimentation des schèmes moteurs qui avait eu lieu antérieurement. Selon Vennat (2022, p. 216) « le tour est une figure à travers laquelle le corps s'entoure lui-même et est à ce titre une véritable action contenante ». Le tour sur soi s'organise autour de la spirale en ce qu'il permet d'engager le corps dans son rapport entre le centre et la périphérie, entre l'avant et l'arrière, entre le haut et le bas. Ainsi, selon Limon (cité par Vennat, 2022, p. 216) « la spirale dit le refus d'un corps se constituant d'un bloc ». L'accession au tour peut alors s'accompagner d'une harmonisation corporelle. On peut supposer que les appuis corporels et relationnels ont permis à Madame R. une certaine intégration des représentations réduisant ainsi son besoin d'un étayage visuel et lui permettant de se différencier. C'est aussi notre relation thérapeutique, à travers le dialogue tonique qui a pu contribuer à lui permettre des représentations corporelles plus unifiées.

#### **2.4. Se différencier et s'exprimer corporellement**

La gestualité, qui s'organise grâce au tonus, est « porteuse de l'expression émotionnelle du sujet » (Boscaini & Saint-Cast, 2010, p.87). En observant Madame R. lors de la dernière séance, je me questionne : peut-on véritablement parler d'expression corporelle ? Est-ce qu'à travers ses mouvements Madame R. rend visible ce qui l'anime intérieurement ?

Tout au long du suivi, le dialogue tonique a été évolutif. Il s'est modulé en passant par une forme de fusion à travers l'imitation et a évolué vers la différenciation en ce que Madame R. a pu danser librement sans imiter et seule, bien que j'étais encore présente dans la salle puisque nous dansions chacune de notre côté. En cela, il est possible de faire le lien avec le processus de différenciation. Comme le précise Corraze, le dialogue tonique poursuit un jeu de rôle dialectique entre fusion et différenciation. Celle-ci commence au moment de l'imitation précoce. En effet, des études ont démontré que les sujets sont

capables de répéter un mouvement en le modifiant progressivement pour s'identifier davantage au mouvement perçu. C'est ce processus que j'ai observé chez Madame R. qui, progressivement, se détachait du support de l'imitation, notamment en détachant son regard. De manière concomitante, elle modifiait légèrement le mouvement proposé. Ces ajustements m'ont semblé témoigner d'une appropriation progressive du mouvement, permettant à Madame R. de commencer à exprimer une part d'elle.

Le corps est la forme la plus primaire d'expression de soi. Chaque mouvement, chaque geste, implique un rythme, occupe un espace, produit un déplacement d'air qui a sa sonorité propre, si imperceptible soit-elle. Notre gestualité est imprégnée de nos états émotionnels, de nos relations aux autres et à notre environnement. Notre mouvance spontanée et inconsciente, toujours en évolution, donne l'image de notre musique interne et personnelle (Potel Baranes, 2006, p. 125).

Dans cette perspective, nous pouvons considérer le mouvement dansé comme un mode d'expression de soi en ce qu'il permet, grâce aux « jeux relationnels » tel que l'imitation, la reproduction en miroir ou en vérité, les jeux « porteur/porté » d'explorer le nuancier expressif du geste et ainsi éprouver différentes qualités émotionnelles, ce qui a une fonction régulatrice.

Le dialogue tonique, en ce qu'il a été évolutif, a permis un passage de la fusion à la différenciation. Il a offert à Madame R. la possibilité d'explorer un tonus, des postures et des gestes nouveaux et différents, qui lui ont donné la possibilité d'éprouver corporellement certaines émotions en les exprimant. Cette expression constitue une prémissse à la régulation émotionnelle. On peut ainsi supposer qu'à travers les mouvements dansés, Madame R. a exprimé quelque chose de son intérriorité. Toutefois, cette expression est restée relativement contenue selon mon interprétation. À mes yeux, à travers les mouvements dansés, c'est surtout une affirmation de soi qui a progressivement pu émerger, soutenue par un processus de réappropriation corporelle.

### **3. Vers une réappropriation corporelle source de régulation émotionnelle**

« Danser, c'est formuler un propos, mettre en forme un discours qui passe par le mouvement et les images que le corps donne à voir à autrui. Ainsi, les activités d'expression et de création par le mouvement dansé sont l'occasion d'éveiller la conscience de soi et ouvrent à une possible réappropriation de son corps par le sujet » (Cologne, 2010, p. 92).

#### **3.1. À travers une meilleure représentation de soi**

La danse permet l'élaboration des représentations du corps réel à partir des données sensorielles, squelettiques, musculaires (Vennat, 2022). L'apprentissage d'un mouvement en danse se déroule en plusieurs temps : d'abord, la perception, la visualisation, l'imitation et la mémorisation du mouvement, puis son intégration et son appropriation. L'imitation et la mémorisation permettent l'exécution du mouvement, mais l'appropriation nécessite un travail plus profond. Ce processus repose sur la représentation mentale qui permet au patient de s'identifier au corps du thérapeute, de transposer le mouvement sur son propre corps et de l'intérioriser (Potel Baranes, 2006).

C'est cette intégration dans le schéma corporel, ainsi enrichi d'une nouvelle possibilité motrice, qui va ouvrir sur l'enrichissement de l'image corporelle et qui va donner au danseur de nouvelles possibilités de jeu et d'expression, au service de sa propre psyché et de sa créativité (Potel Baranes, 2006, p. 131).

En mobilisant de manière singulière les structures corporelles aux niveaux tonique, postural, gestuel, spatial et temporel, la danse permet de soutenir la relation à soi et aux autres ainsi que la vie psychique, émotionnelle, imaginaire et cognitive, participant ainsi à la régulation des émotions (Lesage, 2024).

Après quelques séances, j'ai pu observer une meilleure organisation corporelle dans le corps de Madame R. lors de l'expérimentation des mouvements libres. À ce moment-là,

j'observe une régulation tonique par l'alternance entre des phases de recrutement tonique et de relâchement. Sa respiration devient plus régulière et s'harmonise avec sa gestualité. Les mouvements de rotation permettent des dissociations entre les différentes ceintures corporelles. Ainsi ses hémicorps, de même que le haut et le bas de son corps, se coordonnent avec davantage de fluidité. Son regard soutient et accompagne plus précisément ses mouvements. Peut-on dire que les mouvements dansés ont permis à Madame R. une meilleure représentation de son corps ? Il serait ainsi possible de supposer qu'un travail prolongé en s'appuyant sur les mouvements dansés pourrait permettre à Madame R. d'améliorer ses capacités praxiques.

### **3.2. Grâce à l'individuation**

Ce processus, qui se consolide tout au long de la vie, permet à l'individu de distinguer ce qui est « soi », du « dedans » de ce qui est « non-soi » et du « dehors » et ainsi de s'engager dans sa sphère relationnelle et d'interagir avec son environnement (Robert-Ouvray, 2004). J'évoque ce processus en ce que les interactions de Madame R. avec son entourage ont pu me questionner. Au sein du groupe, j'ai remarqué que les autres participants avaient tendance à être très protecteurs avec elle, allant jusqu'à parler à sa place. Si cela m'apparaissait comme très soutenant pour Madame R., j'ai pu nourrir des interrogations sur sa capacité à se différencier de l'autre, à s'affirmer et à s'individualiser. Cela s'illustre également par une interaction que j'ai eu avec Madame R. et son épouse. Lors d'un début de séance, j'ai proposé à cette dernière de se joindre à nous pour le temps d'échange afin d'évoquer les difficultés de régulation émotionnelle de la patiente. À travers cet échange, je souhaitais comprendre si les pleurs de Madame R. au domicile se déclenchaient à la suite d'évènements en particulier. J'ai pu observer que lorsque l'épouse de Madame R. s'exprimait, cette dernière était très en retrait, se repliant sur elle, les épaules voûtées et le regard vers le sol. Je me suis également questionnée sur la présence de l'épouse lors des entretiens psychologiques. Je me suis demandé ce que cela pouvait générer comme émotion chez Madame R. d'entendre son épouse parler d'elle voire de l'entendre « parler pour elle ». J'ai mis cela en lien avec le manque d'initiative motrice que je remarquais chez elle. En observant Madame R. lors des séances groupales mais également lors des premières séances individuelles, j'avais cette impression que chacune

de ses actions était davantage une réponse adaptative aux sollicitations extérieures plutôt que l'expression de sa volonté. L'AVC semble avoir fragilisé le processus d'individuation chez Madame R.. Il m'a semblé que les mouvements dansés pouvaient permettre, en passant par l'engagement corporel, une certaine affirmation de soi.

Au fil des séances, Madame R. m'a semblé développer progressivement une plus grande agentivité, autrement dit, une capacité à devenir actrice et à initier des actions. Alors qu'au début du suivi chacun de ses gestes semblait directement induit par mes consignes sans initiative motrice propre, j'ai pu observer une évolution vers des prises d'initiative, bien que discrètes. Ainsi, au bout de quelques séances, lorsque la musique débutait Madame R. se mettait spontanément à balancer doucement sa tête d'un côté puis de l'autre. Ce petit mouvement initié de manière autonome, peut être considéré comme un premier signe de réappropriation corporelle, au cours duquel Madame R. a commencé à investir son corps comme un support d'expression de soi.

De cette individuation, peut découler une symbolisation. En effet, selon Golse (cité par Cologne, 2010, p. 92), il est nécessaire qu'un « écart intersubjectif », c'est à dire un espace entre soi et l'autre, se crée pour qu'une symbolisation existe.

### **3.3. L'intégration de l'expérience par la symbolisation**

Selon Lesage (2019b, p. 45), « Si la pensée se structure à partir de l'expérience du corps, il est après tout logique d'envisager qu'un travail corporel bien mené puisse remobiliser des processus de construction de pensée ». Comme il a été exposé dans la partie théorique, la danse permet de transformer les émotions en gestualité. Selon Lesage (2024), proposer aux patients un travail sur l'espace, le temps, la modulation tonique, le dialogue postural et l'expressivité gestuelle dans un cadre interactif, permet de leur offrir des outils pour mieux comprendre comment ils existent et interagissent avec les autres. C'est grâce au dialogue tonique comme outil thérapeutique que le processus de symbolisation peut avoir lieu. Ce processus est entendu comme étant à double sens. La danse permet de transformer des vécus internes en expression et cette expression permet ensuite à celui qui danse de mieux comprendre ses vécus internes. Ainsi la symbolisation

est entendue comme un processus qui permet la restauration du lien entre le corps, le psychisme et la relation à l'autre, ce qui me semble caractériser une réappropriation corporelle.

Si elle est souvent associée au langage verbal, il est important de rappeler que la symbolisation peut aussi émerger à travers d'autres médiations, notamment corporelles. Selon Lesage (2019b), l'enjeu se situe du côté de l'expérience vécue, plus que de son interprétation, mobilisant potentiellement des résonances inconscientes. Ainsi, la verbalisation n'est pas toujours indispensable pour que la symbolisation ait lieu. Il est d'ailleurs possible de symboliser l'expérience par divers médias tel que le dessin par exemple.

Au cours du suivi de Madame R., le fait qu'elle n'ait pas la capacité de prononcer des mots sur ses sensations, perceptions et émotions, a pu être source de « flottement ». J'ai utilisé les cartes des émotions dans les premières séances, qui permettaient à Madame R. de pouvoir identifier les émotions qui la traversaient, mais cet outil ne lui permettait pas d'approfondir ses ressentis et semblait même parfois la mettre en difficulté. De ce fait, j'ai parfois eu la sensation que la séance n'était pas complète sans le temps de verbalisation de fin de séance que je propose habituellement aux patients et qui me semble permettre de conclure la séance. C'est ce qui m'a amenée à me demander si Madame R. avait pu avoir accès à une forme de symbolisation, laquelle me paraît être source de régulation émotionnelle en ce qu'elle permet de donner forme à l'émotion. Mes recherches m'ont permis de faire l'hypothèse qu'à travers « l'espace-temps de shopping émotionnel » (expression utilisée par Boscaini & Saint-Cast, 2010, p. 84) offert au sein de ces six séances, Madame R. a pu explorer ses émotions de manière libre et transformer ses vécus internes à travers cette extériorisation que constituent les mouvements dansés. Lors de la dernière séance, alors que je lui ai proposé de dessiner, elle a spontanément dessiné une voiture (Annexe IV), ce qui m'a semblé symboliser son vécu corporel pendant la séance : le vécu d'un corps en mouvement, qu'elle a pu habiter et conduire, le temps de quelques séances en allant vers plus de conscience de son corps dans l'espace, en rythme et en relation.

# Conclusion

## Conclusion

En rédigeant ce mémoire j'ai pu tracer un fil narratif relativement linéaire du suivi de Madame R. qui pourrait donner l'impression d'un parcours fluide et sans embûches. Pourtant, ce suivi a été traversé par des doutes et remises en question, lesquels ont d'ailleurs jalonné cette dernière année de formation. S'il n'a pas toujours été évident de les accueillir, je souhaite leur donner une place dans ce mémoire car je réalise qu'ils ont constitué un moteur dans la construction de ma future identité professionnelle.

Au début du suivi de Madame R., alors que la relation thérapeutique restait à construire, j'ai pu me sentir déstabilisée par ses difficultés langagières. Son handicap a pu m'apparaître comme une entrave tant à la création du lien thérapeutique qu'à l'évolution possible de Madame R. Ainsi, j'ai parfois craint de la mettre en difficulté lorsque je lui demandais d'identifier ses émotions. J'ai pu me reprocher d'interpréter son langage corporel. De plus, de l'incompréhension a pu me traverser face à son comportement émotionnel. J'ai également été habité par un sentiment d'impuissance en me demandant comment l'accompagner dans une régulation émotionnelle alors même qu'elle ne semblait pas pouvoir identifier ni comprendre ses émotions. Face à face, assises autour d'un bureau, ses difficultés apparaissaient d'autant plus saillantes et je pouvais me sentir moi-même démunie. Dans ce contexte, je me suis rendu compte que le corps et la mise en mouvement constituaient des outils précieux. Compte tenu des difficultés émotionnelles de Madame R., les mouvements dansés me sont apparus comme une piste à explorer. À partir de ce moment-là, le dialogue tonique a revêtu toute son importance. J'ai pris conscience de sa richesse et de sa malléabilité. Ce dialogue tonique a permis qu'une relation thérapeutique puisse se créer et intervenir comme un appui pour permettre à Madame R. d'aller vers des mouvements dansés, dans un espace-temps que je me suis attachée à rendre le plus sécurisant possible. C'est en explorant les mouvements dansés que Madame R. a pu reprendre le contrôle de son corps et en ce sens, retrouver une forme d'équilibre dans ce corps désorganisé au milieu de ses émotions si instables.

Cette réflexion menée concernant Madame R. résulte de l'évolution que j'ai pu observer sur ce suivi de six séances. Ce cadre temporel a pu me questionner au début de mon stage. Je me demandais comment il était possible de mener un réel travail en six séances, ce que je supposais être insuffisant. Ainsi, au début du suivi de Madame R., j'ai pu anticiper la frustration que j'allais certainement ressentir à la fin du suivi. Grâce à mon stage, en ce qu'il m'a permis d'observer la manière de travailler de différents psychomotriciens et d'en échanger avec eux, j'aborde cette notion de temporalité avec un œil différent. Ce cadre temporel délimite clairement la durée du suivi en imposant une fin à l'issue des six séances. Cela me semble faciliter l'abord de la question de la fin du suivi qui peut parfois être délicate. Ce dispositif permet également d'anticiper la fin du suivi et de fait, d'adapter ses objectifs au nombre de séances. Dès les premières séances avec Madame R., j'ai pu me rendre compte que mes objectifs étaient peut-être trop ambitieux et qu'il fallait que je me focalise sur ce qui me paraissait essentiel. Ainsi, ce cadre oblige le psychomotricien à faire preuve d'un ajustement constant tout au long du suivi. Ce cadre permet également d'offrir un espace-temps délimité au patient, au cours duquel des évolutions peuvent intervenir et même minimes, elles n'en demeurent pas moins réelles. En cela, je garderai à l'esprit que l'utilisation de la temporalité dans ses différentes composantes constitue une véritable ressource dans le cadre d'un suivi en psychomotricité.

Cela m'amène à réfléchir au fait que la fin d'un suivi en psychomotricité n'est pas toujours définitive. Au sein du SMR, il est d'ailleurs fréquent que les patients bénéficient d'un nouveau séjour. Ainsi, les synthèses pluridisciplinaires intègrent une partie dédiée aux axes de travail à poursuivre, ce qui rend particulièrement pertinent le fait de penser une continuité thérapeutique dans le temps. En ce qui concerne Madame R., un futur accompagnement pourrait s'orienter vers un travail centré sur les sensations corporelles. En effet, ses difficultés à identifier ses émotions, qui sont souvent l'expression verbale de sensations corporelles perçues, soulignent l'intérêt de l'accompagner dans l'écoute et la reconnaissance de son vécu sensoriel afin de faciliter par la suite, une meilleure compréhension de son monde émotionnel.

# Bibliographie

## Bibliographie

- Aiach & Baumann 2007 Aphasie.pdf.* (s. d.). Consulté 8 février 2025, à l'adresse <https://orbilu.uni.lu/bitstream/10993/2603/1/Aiach%20&%20Baumann%202007%20Aphasie.pdf>
- American psychiatric association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. (2019, mars 29). *La première cartographie complète de la latéralisation des fonctions cérébrales.* <https://www.aphp.fr/contenu/la-premiere-cartographie-complete-de-la-lateralisation-des-fonctions-cerebrales>
- Association Québécoise des Neuropsychologues. (2017). *Accident vasculaire cérébral -* . <https://aqnp.ca/documentation/neurologique/accident-vasculaire-cerebral/>
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Ballouard, C. (2006). Chapitre 4. La motricité du dialogue. In *Le travail du psychomotricien* (2e éd). 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. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.118.0059>
- Bonan, I., Raillon, A., & Yelnik, A.-P. (2014). Rééducation après accident vasculaire cérébral. [//www.em-premium.com/data/traites/ne/17-65723/](http://www.em-premium.com/data/traites/ne/17-65723/). [https://doi.org/10.1016/S0246-0378\(14\)65723-7](https://doi.org/10.1016/S0246-0378(14)65723-7)

Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49(4), 78-88.  
<https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>

Cologne, S. (2010). Corps, jeu et émotion dans un groupe thérapeutique à médiation artistique. *Enfances & Psy*, 49(4), 89-99. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0089>

Corraze, J. (2009). Le dialogue tonico-émotionnel à la lumière des connaissances actuelles. In *La psychomotricité : Un itinéraire*. Solal.

Davidson, R. J. (2004). What does the prefrontal cortex « do » in affect : Perspectives on frontal EEG asymmetry research. *Biological Psychology*, 67(1-2), 219-233.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.03.008>

Denier, C., Luauté, J., & Azouvi, lippe. (2018). Chapitre 39 : Rééducation du langage et de l'héminégligence spatiale. In *Accidents vasculaires cérébraux : Thérapeutique* Ed. 1. <https://unr-ra-scholarvox-com.docelec.univ-lyon1.fr/book/88858796>

Drali, M. T. (2024). Liens entre ressenti corporel, émotions et régulation émotionnelle : Applications thérapeutiques. *Hegel*, 14(2), 111-121.  
<https://doi.org/10.3917/heg.142.0111>

Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99(3), 550-553.  
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.99.3.550>

Galliano, A.-C., Pavot-Lemoine, C., & Baranes, C. P. (2012). Chapitre 7. L'espace et le temps. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 247-285). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0247>

Guillain, A., & Pry, R. (2012). D'un miroir l'autre. Fonction posturale et neurones miroirs. *Bulletin de psychologie*, 518(2), 115-127.  
<https://doi.org/10.3917/bupsy.518.0115>

Haute Autorité de Santé. (2009). *Avc\_prise\_en\_charge\_precioce\_-synthese\_des\_recommandations.pdf*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc\\_prise\\_en\\_charge\\_precioce\\_-synthese\\_des\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precioce_-synthese_des_recommandations.pdf)

Haute Autorité de Santé. (2010). *Accident Vasculaire Cérébral (AVC)*. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3058302/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058302/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc)

Hemelsdael, M., Moreau, A., & Vennat, T. (2015). Chapitre 5 : Méthodes à médiation artistique. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 430-435). De Boeck-Solal.

Huang, J. (2023a). *Aphasie—Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs*. Manuels MSD pour le grand public.  
<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau-de-la-moelle-epiniere-et-des-nerfs/dysfonctionnement-cerebral/aphasie>

Huang, J. (2023b). *Revue générale des fonctions cérébrales—Troubles neurologiques*. Édition professionnelle du Manuel MSD.  
<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/fonction-et-dysfonctionnement-des-lobes-cerebraux/revue-generale-des-fonctions-cerebrales>

Jaquet, C., Neveu, P., Pireyre, É. W., Maréville, F. de S., & Scialom, P. (2014). Chapitre 2. Émotions. *Psychothérapies*, 43-70.

- Jiang, J., Ferguson, M. A., Grafman, J., Cohen, A. L., & Fox, M. D. (2023). A Lesion-Derived Brain Network for Emotion Regulation. *Biological Psychiatry*, 94(8), 640-649. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2023.02.007>
- Julliard, A. (2023). Un accordage juste... Et un juste accordage au fil du temps. In *Psychomotricité et relaxation* (p. 73-91). Éditions In press.
- Lafond, D. B., de Saint-Jérôme, H.-D., Papillon, R. B., Stafford, C. C., Marie-Clarac, H., de Grandpré, F., & Hubert, M. (2016). *Vous connaissez une personne aphasique?* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-827-01F.pdf>
- Le Camus, J. (1984). Section 2. Les pratiques corporelles d'expression. In *Pratiques psychomotrices : De la R. P. M. aux thérapies à médiation corporelle*. P. Mardaga.
- Lesage, B. (2009). La création du corps. In *La danse dans le processus thérapeutique* (p. 13-30). Éres. <https://shs.cairn.info/la-danse-dans-le-processus-therapeutique-9782749205410-page-13>
- Lesage, B. (2012a). Corps et psychisme, une relation d'étaillage. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 17-35). érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2012.01.0015>
- Lesage, B. (2012b). L'usage du corps et l'organisation du geste. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 171-206). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2012.01.0171>
- Lesage, B. (2015). Chapitre 1 : Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 22-59). De Boeck-Solal.

Lesage, B. (2019a). Symbolisation et médiations corporelles : Du corps en jeu à l’instauration du corps. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186(2), 34-46.  
<https://doi.org/10.3917/tpr.186.0034>

Lesage, B. (2019b). Symbolisation et médiations corporelles : Du corps en jeu à l’instauration du corps. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186(2), 34-46.  
<https://doi.org/10.3917/tpr.186.0034>

Lesage, B. (2021a). Intégration corporelle : Corps et représentation. In *Un corps à construire* (p. 323-365). Éres. <https://shs.cairn.info/un-corps-a-construire--9782749269771-page-323>

Lesage, B. (2021b). Spatialité et temporalité : Introduction. In *Un corps à construire* (p. 199-204). Éres. <https://shs.cairn.info/un-corps-a-construire--9782749269771-page-199>

Lesage, B. (2021c). Tonicité : Modulation, accordage, expressivité et rencontre. *À corps*, 119-174.

Lesage, B. (2024). Un corps à construire pour se relier : Enjeux du travail psychocorporel et expressif. *Le Carnet Psy*, 274(9), 37-40.

Livoir-Petersen, M.-F. (2019). André Bullinger et la question du dualisme Les indications de soins en Psychomotricité à la lumière de l’Approche Sensori-Motrice du Développement. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186, 8-23.

Lotstra, F. (2002). Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29(2), 73-86.  
<https://doi.org/10.3917/ctf.029.0073>

Mellies, R., & Winnecken, A. (1990). Aphasie und Emotion. In *Medizinische und therapeutische Kommunikation* (Konrad Ehlich, Armin Koerfer, Angelika

Redder, Rüdiger Weingarten). <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-663-14675-9>

Mikolajczak, M., Quoidbach, J., & Kotsou, I. (2020). *Les compétences émotionnelles*.  
Montel, S. (2019). À chaque zone sa fonction ? *Sciences Humaines*, 310(1), 10-10.  
<https://doi.org/10.3917/sh.310.0010>

Neau, J. P., & Godenèche, N. (2012). Chapitre 19 : Accidents Vasculaires Cérébraux. In  
*Neurologie* (p. 332-397). Médecine Sciences.

Potel Baranes, C. (2006). 10. Tout au fond de nous, il y a un petit être qui danse. In  
*Corps brûlant, corps adolescent* (p. 125-144). Érès; Cairn.info.  
<https://shs.cairn.info/corps-brulant-corps-adolescent--9782749206588-page-125?lang=fr>

Potel, C. (2019). Chapitre 21 : Médiations thérapeutiques et symbolisations en psychomotricité. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée, p. 400-414). Éres.

Potel, C. P. (2019). 4. Un corps à soi: Intimité du corps, espace intime, secret de soi.  
*Trames*, 77-90.

Renard, A. (2022). Intervention orthophonique dans l'apraxie bucco-faciale et dans l'apraxie de la parole. In *Pathologies neurologiques* (p. 133-141). De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://stm.cairn.info/pathologies-neurologiques-bilans-et-interventions-orthophoniques--9782807330740-page-133?lang=fr>

Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In  
*Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 161-199). De Boeck Supérieur.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0161>

- Roussillon, R. (2016). Chapitre 15 : La sensori-motricité et la symbolisation. In *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences : Histoire, actualités et perspectives, pour une pensée en mouvement* (p. 255-263). In press.
- Salas Riquelme, C. E., Turnbull, O. H., & Gross, J. J. (2014). Reappraisal generation after acquired brain damage : The role of laterality and cognitive control. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00242>
- Schiffmann, S. N. (2001). Le cerveau en constante reconstruction : Le concept de plasticité cérébrale. *Cahiers de psychologie clinique*, 16(1), 11-23. <https://doi.org/10.3917/cpc.016.0011>
- Stuss, D. T., & Levine, B. (2002). Adult clinical neuropsychology : Lessons from studies of the frontal lobes. *Annual Review of Psychology*, 53, 401-433. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135220>
- Tchikviladzé, M. T., La. (2018, novembre 30). « Time is Brain ». *Neurologies*. <https://neurologies.fr/time-is-brain/>
- Van der Linden, M. (2004). Fonctions exécutives et régulation émotionnelle. In *Neuropsychologie des fonctions exécutives : Textes des communications présentées lors des Journées de printemps de la Société de neuropsychologie de langue française, Liège, 24-25 mai 2002* (p. 137-153). Solal.
- Vennat, T. (2022). *La danse, une médiation en psychomotricité*. Éditions Érès.
- Winnicott, D. W., & Kalmanovitch, J. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse* ([2e éd.]). Payot.

# Table des annexes

## **Table des annexes**

Annexe I : NIHSS réalisé le 28/08/2024

Annexe II : Dessin du corps de Madame R. réalisé le 18 septembre 2024

Annexe III : Dessin du corps de Madame R. réalisé le 7 janvier 2025

Annexe IV : Dessin réalisé par Madame R. en fin de suivi le 11 février 2025

Annexe V : Territoires artériels cérébraux (d'après Alamovitch S, Danziger N. Neurologie, 3<sup>ème</sup> édition. Bruxelles, De Boeck Supérieur, 2003, p.445)

## Annexe I : NIHSS réalisé le 28/08/2024

### NIHSS

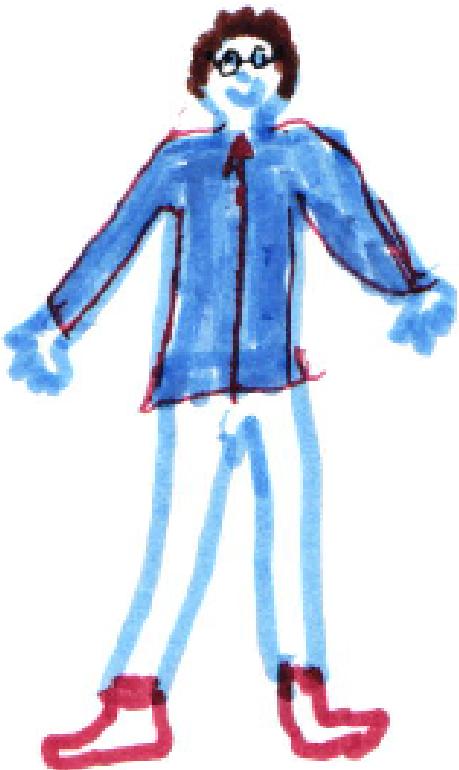
Service: NEURO VASCULATRE  
Patient:

Date d'évaluation	28/08/2024 03:30	Intervenant
1A - Niveau de conscience :		
Vigilance normale, réponses aisées		
1B - Questions : le patient est questionné sur le mois et son âge		
Aucune réponse correcte		
1C - Commandes : Ouvrir et fermer les yeux, serrer et relâcher la main non parétique		
Exécute les deux tâches correctement		
2 - Oculomotricité : seuls les mouvements horizontaux sont évalués		
Paralysie partielle: le regard est anormal sur un œil ou les deux, sans déviation forcée du regard ni paralysie complète		
3 - Vision		
Hémianopsie totale		
4 - paralysie faciale		
Paralysie partielle : paralysie totale ou presque de l'hémiface inférieure		
5A - Motricité MSG : bras tendu à 90° en position assise, à 45° en décubitus durant 10 secondes		
Pas de chute		
5B - Motricité MSD : bras tendu à 90° en position assise, à 45° en décubitus durant 10 secondes		
Aucun effort contre pesanteur possible, le bras tombe		
6A - Motricité MIG : jambes tendues à 30° pendant 5 secondes		
Pas de chute		
6B - Motricité MID : jambes tendues à 30° pendant 5 secondes		
Chute avant 5 secondes, les jambes ne heurtant pas le lit		
7 - Ataxie : n'est testée que si elle est hors de proportion avec un déficit moteur		
Absente		
8 - Sensibilité: sensibilité à la piqûre ou réaction de retrait après stimulation nociceptive		
Normale, pas de déficit sensitif		
9 - Langage		
Aphasie globale: mutisme ; pas de langage utile ou de compréhension du langage oral		
10 - Dysarthrie		
Sévère : le discours est incompréhensible, sans proportion avec une éventuelle aphasic; ou bien le patient est mutique ou anarthrique		
11 - Extinction et négligence		
Pas d'anomalie		
Total NIHSS		16

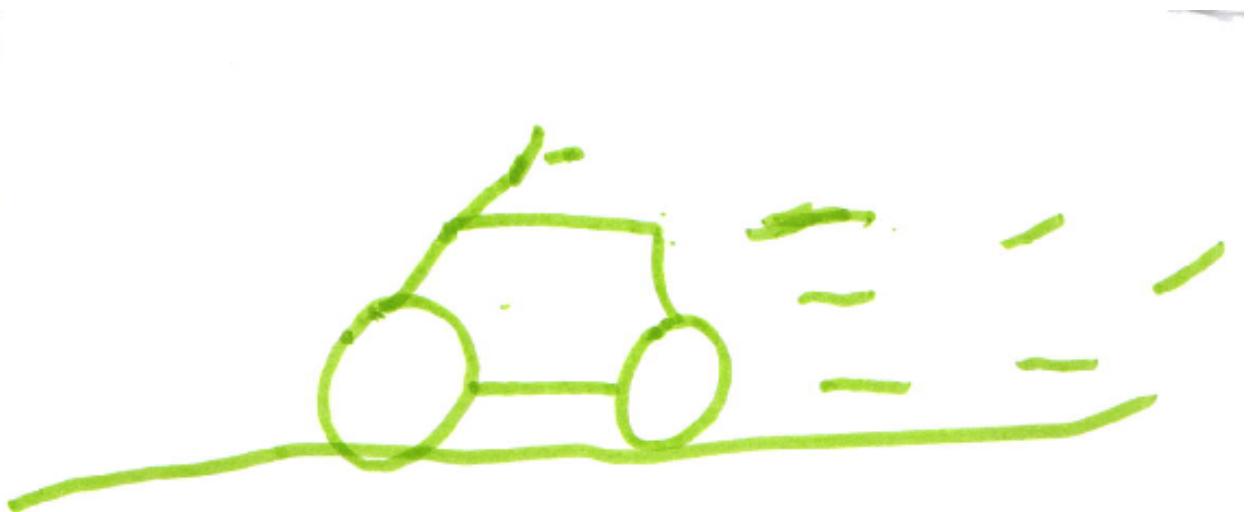
Annexe II : Dessin du corps de Madame R. réalisé le 18 septembre 2024



Annexe III : Dessin du corps de Madame R. réalisé le 7 janvier 2025



Annexe IV : Dessin réalisé par Madame R. en fin de suivi le 11 février 2025



## Annexe V : Territoires artériels cérébraux

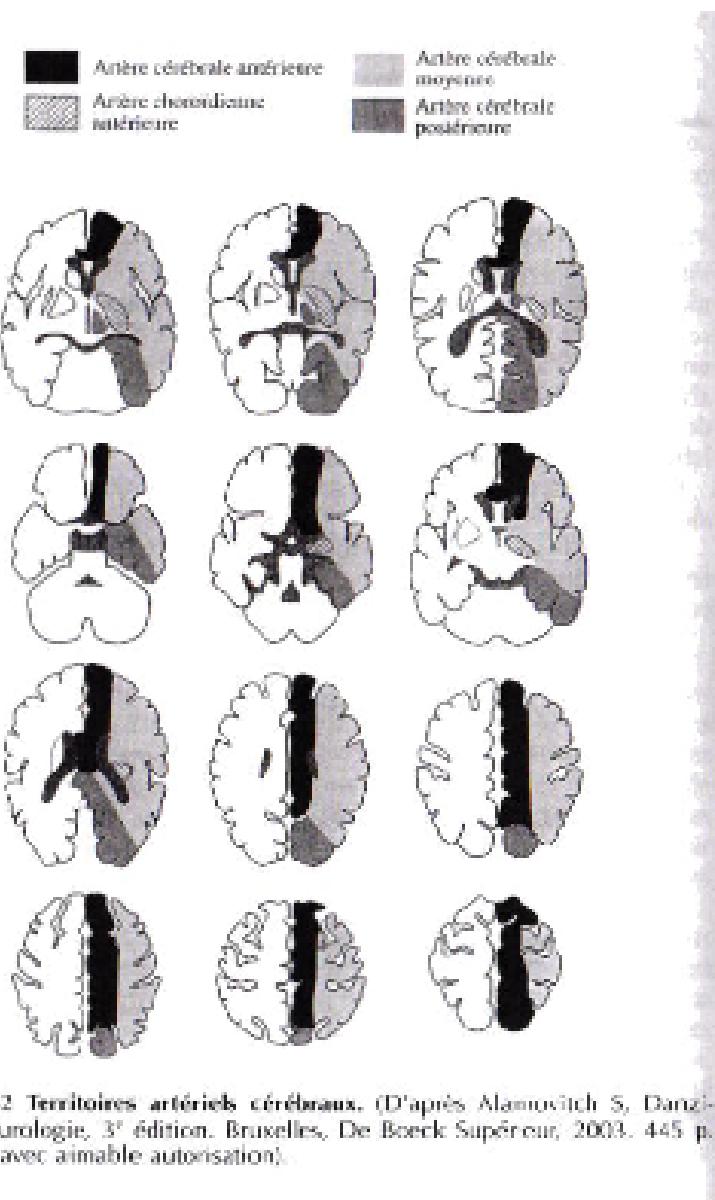


Figure 19-2 Territoires artériels cérébraux. (D'après Alimovitch S, Danziger N. Neurologie, 3<sup>e</sup> édition. Bruxelles, De Boeck Supérieur, 2003, 445 p. Reproduit avec aimable autorisation).

Vie par le maître de mémoire  
Julie DEHESTRU  
À EYZIN-PINET, le 10/05/25



**Auteur :** Anaïs DESMEURES

**Titre :** S'é-mouvoir : Les mouvements dansés, une voie vers la régulation émotionnelle après un accident vasculaire cérébral avec aphasic

**Mots - clés :**

Psychomotricité – rééducation – accident vasculaire cérébral – aphasic – tonus – régulation émotionnelle – mouvements dansés

Psychomotricity – rehabilitation – stroke – aphasia – tone – Emotional regulation – Danced movement

**Résumé :**

Lors de mon stage en Médecine Physique et de Réadaptation, j'ai rencontré Madame R., une patiente de 60 ans présentant une aphasic consécutive à un accident vasculaire cérébral. Les liens entre son importante désorganisation corporelle, ses rigidités toniques marquées et ses difficultés de régulation émotionnelle m'ont interpellée. C'est dans ce contexte que j'ai choisi de lui proposer un accompagnement psychomoteur centré sur les mouvements dansés. Ce mémoire s'attache ainsi à explorer la question suivante : **En quoi les mouvements dansés dans le soin psychomoteur peuvent-ils soutenir la régulation émotionnelle chez une patiente présentant une aphasic après un accident vasculaire cérébral ?**

During my internship in Physical Medicine and Rehabilitation, I met Mrs. R., a 60-year-old patient with aphasic following a stroke. The link between her major bodily disorganization, strong tonic rigidity, and emotional regulation difficulties raised important questions in my clinical thinking. In this context, I chose to offer her psychomotor support focused on danced movement. This thesis therefore aims to explore the following question: How can danced movement in psychomotor therapy support emotional regulation in a patient with aphasic after a stroke?