

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

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



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

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

« Tout est dans la tête ! » Et dans le corps, que se passe-t-il ?

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

Par : Pattalochi Ella

Juin 2019

N° 1521

Directeur du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU

Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique

Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS

M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA

Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services

M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie

Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux

Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)

Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)

Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies

Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences

Administrateur provisoire

M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon

Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences

Administratrice provisoire

Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)

Administrateur provisoire

M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON

Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)

Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Stéphanie VIALE
Psychomotricienne

Responsables des stages
Mme Christiane TANCRAÏ, Mme Aurore JUILLARD
Psychomotriciennes

Secrétariat de scolarité
Mme Pascale SACCUCCI

REMERCIEMENTS

Mme G., patiente centrale de ce travail que j'accompagne tout au long de cette troisième année d'études, je vous remercie en tout premier lieu car sans vous, je n'aurais pu écrire ce mémoire. Merci de l'inspiration que vous avez suscitée en moi et d'avoir accepté que je vous prenne en soins.

Monique Perrier-Genas, mon maître de mémoire, je vous remercie pour votre soutien infaillible durant la rédaction de mon premier mémoire, puis du second que je présente aujourd'hui. Vous avez régulièrement valorisé mon travail et m'avez encouragée lorsque j'en avais besoin.

Mon maître de stage, merci de m'avoir confortée dans l'idée que la psychomotricité est une véritable passion. Tu m'as encouragée à prendre mon envol et je pense que je suis aujourd'hui prête à être psychomotricienne. Merci pour ta bienveillance, tes livres, ta patience et surtout pour tout le temps que tu m'as accordé.

Aurélia, mon amie psychomotricienne, je te remercie de ta lecture et de ton soutien au cours de ces quatre années d'études de psychomotricité. Merci également à tous les autres volontaires de mon entourage pour le temps que vous avez consacré à la lecture de ce mémoire, ainsi que pour votre investissement personnel.

Jean-Louis, mon fiancé et futur mari, véritable pilier de ma vie, merci de la force que nous avons trouvée ensemble de la préparation du concours aux dernières épreuves de passation de ce diplôme. Je te remercie d'avoir été présent pendant toute cette évolution et de m'avoir autant stimulée dans ce challenge qu'est l'écriture d'un mémoire. Mille mercis de toujours croire en moi, quelle que soit la circonstance, même lorsqu'il s'agit d'avoir ton avis sur une situation clinique à une heure du matin !

SOMMAIRE

LEXIQUE

INTRODUCTION..... 1

PARTIE THÉORIQUE..... 3

Chapitre 1 : L'AVC..... 3

1) Définition et généralités..... 3

2) L'orientation vers l'UNV, puis l'EHPAD..... 4

3) Conséquences particulières de l'AVC..... 5

3.1 L'hémiplégie gauche 5

3.2 La NSU 7

3.3 La modification et le deuil du schéma corporel et de l'image du corps..... 10

3.3.1 Le schéma corporel 10

3.3.2 L'image du corps..... 11

3.3.3 Le deuil..... 12

3.4 L'épisode dépressif caractérisé et les troubles psychoaffectifs 14

Chapitre 2 : La thérapie psychomotrice groupale 16

1) L'individu et le groupe 16

2) La thérapie groupale 17

2.1 Divers courants de pensée 17

2.2 État-des-lieux actuel 19

2.3 Le cadre du groupe thérapeutique 20

3) L'espace du groupe thérapeutique..... 22

4) Le groupe thérapeutique psychomoteur 23

4.1 Être présent à son corps, à son temps et aux autres 24

4.2 Le rôle du psychomotricien 24

PARTIE CLINIQUE	26
Chapitre 1 : Présentation de l'EHPAD et du PASA	26
1) L'EHPAD	26
2) Le PASA.....	27
Chapitre 2 : Anamnèse de Mme G.	29
1) Avant l'EHPAD : histoire vécue et antécédents.....	29
2) Arrivée dans l'EHPAD	30
3) Quand le cancer s'en mêle.....	30
4) Contexte actuel	31
Chapitre 3 : Le groupe thérapeutique psychomoteur Corps en jeu au PASA ...	32
1) Première rencontre avec Mme G.	32
2) Bilan psychomoteur récent de Mme G.	33
3) Description du groupe Corps en jeu	35
4) Description des autres membres du groupe Corps en jeu.....	36
4.1 Mme LM.....	36
4.2 M. L.	37
5) Vignettes cliniques	37
5.1 1 ^{ère} séance : on se connaît ?	37
5.2 Passation des tests d'héminégligence : la disparition d'une moitié.....	38
5.3 3 ^{ème} séance : une écoute interne.....	40
5.4 4 ^{ème} séance : un élan de vie.....	41
5.5 6 ^{ème} séance : un sommeil bien profond.....	42
5.6 7 ^{ème} séance : le lion qui sommeillait.....	43
5.7 8 ^{ème} séance : entre la vie et la mort.....	45
5.8 9 ^{ème} séance : le miroir brisé	46
5.9 Échanges avec l'ergothérapeute de l'équipe	48
5.10 10 ^{ème} séance : un reflet suffisant	48

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE..... 50

Chapitre 1 : L'intérêt du groupe thérapeutique psychomoteur pour Mme G... 50

- 1) S'appuyer sur un cadre 50
- 2) L'évolution de Mme G. dans le groupe 51
 - 2.1 La période initiale 52
 - 2.2 L'illusion groupale 52
 - 2.3 La période de redifférenciation..... 53
 - 2.4 La modification des états après la séance 54
- 3) Le plaisir relationnel et sensori-moteur au service de la construction d'un espace corporel..... 55
 - 3.1 Le plaisir relationnel 55
 - 3.2 Le regard de l'autre..... 56
 - 3.3 Le plaisir sensori-moteur 57
 - 3.4 Les limites du plaisir 58
- 4) Image du corps et identité sexuée..... 59

Chapitre 2 : L'implication du psychomotricien 60

- 1) Dans le groupe : investissement corporel induisant la contenance 60
- 2) Investissement émotionnel et psychique 61
- 3) Dans l'équipe pluridisciplinaire : un partage pour poursuivre le soin..... 62

Chapitre 3 : La suite thérapeutique possible 64

- 1) Intérêt de travailler la question de la séparation dans le groupe..... 64
- 2) Axes de travail pour une prise en soins individuelle ultérieure..... 65
 - 2.1 Limites du groupe 65
 - 2.2 L'approche individuelle..... 66

CONCLUSION..... 68

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ANNEXES

LEXIQUE

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AS : Aide-Soignante

ASG : Assistante de Soins en Gériatrie

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

BEN : Batterie d'Évaluation de la Négligence spatiale unilatérale

DSM-IV : *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 4*

EGP : Examen Gériatrio-Psychomoteur

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressource

NPI-ES : Inventaire NeuroPsychiatrique version Équipe Soignante

NSU : Négligence Spatiale Unilatérale

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'activités et de Soins Adaptés

PPAS : Projet Personnalisé d'Accompagnement et de Soins

SSR : Structure de Soins de suite et de Réadaptation

UNV : Unité Neuro-Vasculaire

UNVR : Unité Neuro-Vasculaire de Réadaptation

USINV : Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires

UVP : Unités de Vie Protégées

INTRODUCTION

L'année dernière, je contracte une pneumopathie. La maladie me cloue au lit et m'entrave dans l'ensemble des activités quotidiennes car le moindre geste nécessite d'énormes efforts. La marche devient très difficile même sur quelques mètres, accompagnée d'essoufflements et de sueurs. Jusqu'ici, je n'avais pas conscience de combien le mouvement permet de se sentir en vie. Là je me sens contrainte dans un corps qui me fait défaut. Cette situation m'entraîne dans une spirale où, jour après jour, je me déprécie et me dévalorise. Cet épisode difficile m'a amenée ensuite à apprécier à sa juste valeur ma bonne santé et le sentiment d'être un corps « sans » défaillance. Cet épisode me rendra aussi particulièrement sensible à la situation de Mme G. dont je fais la connaissance en stage.

En rencontrant Mme G. au Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), j'ai la sensation de rencontrer une personne « bloquée dans son corps ». Je remarque immédiatement le plaisir authentique que cela lui procure d'être en relation. Elle conserve de nombreuses capacités cognitives, fait preuve de beaucoup d'humour et aime particulièrement discuter avec les soignants. Elle me donne l'impression d'une tête qui n'a pas de corps. Mme G. investit tellement son psychisme qu'elle en ferait presque disparaître son corps, c'est tout du moins ce qu'elle me fait ressentir. Puis, au fur et à mesure des semaines, je fais plus ample connaissance avec elle. Je vois alors Mme G. en souffrance dans un corps défaillant. Pendant longtemps, son corps me paraît inerte, comme si elle l'avait complètement délaissé, qu'il ne lui appartenait plus. Dans une observation plus fine, je mesure qu'elle bouge : replaçant sa main plégique sur l'accoudoir, faisant passer les couverts à table ; ses mimiques sont nombreuses.

Je me questionne alors sur ce qu'elle peut éprouver de ce corps qu'elle semble faire passer sous silence. Que ressent-elle ? Peut-elle encore avoir du plaisir dans le mouvement ? J'ai l'impression que Mme G. vit dans un corps anesthésié, scindé en plusieurs morceaux. Je remarque qu'elle est à la fois segmentée corporellement avec une partie plégique et une non-plégique ; dans son comportement avec des phases affirmées pleine d'énergie et des

phases « fantômes » pendant lesquelles elle s'absente ; et dans son histoire avec un avant et un après l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Chacune de ces scissions m'évoque une rupture radicale, comme si Mme G. fonctionnait selon la loi du « tout ou rien ». Comment aider Mme G. à lier chacun de ces morceaux et se rassembler ? Nos premières rencontres me laissent penser qu'il me faut être délicate dans mon approche. Je choisis d'aborder Mme G. en groupe thérapeutique autour d'activités motrices ludiques.

La problématique de mon mémoire guide l'ensemble de ce travail à savoir : « Thérapie psychomotrice groupale : comment le psychomotricien accompagne le patient hémiparétique à se réapproprier l'ensemble de son corps ? » Ainsi, j'aborde tout d'abord dans une partie théorique des points généraux avec les notions d'AVC et de thérapie psychomotrice groupale. Puis, dans une partie clinique, je présente le cas de Mme G. avec la description du lieu de stage, l'anamnèse de la patiente et son accompagnement dans le groupe thérapeutique Corps en jeu. Enfin, dans une partie théorico-clinique, je me focalise sur des instants-clefs du suivi psychomoteur que je cherche à lier à la théorie. J'y développe l'intérêt du groupe thérapeutique psychomoteur pour Mme G., l'implication du psychomotricien et la suite thérapeutique possible.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre 1 : L'AVC

1) Définition et généralités

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'AVC « résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux. » (OMS, 2019). L'AVC est un déficit brutal neurologique d'origine vasculaire pouvant à la fois faire rupture dans l'évolution d'une maladie chronique, comme il peut tout au contraire survenir « comme un coup de tonnerre dans un ciel serein » (Mino, Douguet, Gisquet, & Crozier, 2015, p. 6). Il existe une grande variété d'AVC, que l'on peut classer en deux catégories : premièrement ceux qui sont consécutifs à une occlusion artérielle (environ 80% des cas) comme l'AVC ischémique ou les infarctus cérébraux ; et secondement les AVC hémorragiques (environ 20% des cas). L'AVC est un véritable fléau aussi bien à l'échelle individuelle qu'à l'échelle de la santé publique. Mêlé aux maladies cardio-vasculaires, l'AVC est la première cause de mortalité dans les pays industrialisés ainsi que la première cause de handicap acquis chez l'adulte. Selon l'OMS, les symptômes les plus courants sont :

Une faiblesse subite ou perte de sensibilité de la face ou d'un membre, la plupart du temps d'un seul côté du corps. Les autres symptômes sont la confusion mentale, la difficulté à parler ou des troubles de la compréhension, la baisse de la vision unilatérale ou double, la difficulté à marcher, des vertiges, la perte de l'équilibre ou de la coordination, des céphalées sévères inhabituelles, l'évanouissement ou l'inconscience (OMS, 2019).

L'AVC est une urgence extrême car le parenchyme cérébral très fragile est brutalement agressé. Ainsi, « time is brain » (Yelnik, Daniel, & Griffon, 2010, p. 7) : le patient doit immédiatement être pris en soins aux urgences car l'efficacité des traitements diminue avec le temps. Les conséquences de l'AVC dépendent de la partie du cerveau qui est touchée ainsi que de la gravité de cette atteinte. Sa conséquence la plus grave est la mort. « En France, l'AVC représente 7% du total des décès annuels, son incidence est estimée à 140 000 nouveaux cas par an, 176 000 si on associe les accidents ischémiques transitoires. » (Davenne & Méjean-Le Breton, 2010, p. 73). Selon sa localisation, son étendue, sa gravité et son mécanisme, le patient touché peut présenter : une paralysie du corps, une perte ou un trouble de la sensibilité, du langage et des fonctions intellectuelles supérieures. Plus le patient est pris en soins précocement, plus il a de chance de récupérer ses facultés. Il peut donc récupérer presque l'ensemble des fonctions cérébrales endommagées comme il peut garder des séquelles plus ou moins majeures.

Le risque d'AVC augmente considérablement avec l'âge. En effet, le vieillissement de l'organisme entraîne des dysfonctions qui favorisent l'AVC. Ainsi « les trois quarts des personnes touchées ont plus de 65 ans, la moitié plus de 75 ans. » (Johnstone, 1987, p. 6)

L'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) avançait il y a quelques années qu'en 2020 l'AVC serait la principale cause de décès et d'incapacité dans le monde, malgré le développement de la prévention et du traitement des maladies cardio-vasculaires et métaboliques (Mino et al., 2015). Cette prévision était notamment liée au vieillissement de la population.

2) L'orientation vers l'UNV, puis l'EHPAD

Lors d'un AVC, les patients sont préférentiellement orientés vers une Unité Neuro-Vasculaire (UNV) car elle offre un meilleur pronostic fonctionnel. C'est une unité rattachée au service neurologique d'un hôpital qui admet uniquement les patients atteints d'un AVC. Trois types de prise en soins y sont proposés :

- Dans l'Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires (USINV), une équipe spécialisée assure une surveillance avec soin continu jusqu'à ce que l'état du patient soit stabilisé et elle réalise des bilans étiologiques.

- Dans l'UNV, une équipe pluridisciplinaire propose un traitement approprié lorsque le patient est stabilisé avec prévention des complications. Elle complète le bilan diagnostic et élabore un projet de rééducation.
- Dans l'Unité Neuro-Vasculaire de Réadaptation (UNVR), des rééducations sont prescrites pour le patient avec pour objectif qu'il retrouve la plus grande autonomie possible. L'équipe élabore avec lui et son entourage un projet thérapeutique personnalisé, puis prépare sa sortie le moment venu. Différents critères sont alors pris en considération comme les capacités de récupération du patient, son lieu d'habitation ou encore son entourage. Un retour à domicile, une Structure de Soins de suite et de Réadaptation (SSR), une structure de soins de longue durée (comme l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)) ou une structure médico-sociale peuvent être décidés.

Dans le cas de l'orientation en EHPAD, le patient doit donner son accord dans la mesure où il est capable d'exprimer sa volonté. Il doit être âgé de plus de soixante ans, être socialement isolé, avoir présenté un AVC sévère et nécessiter une aide pour ses troubles de déglutition ou son incontinence.

3) Conséquences particulières de l'AVC

3.1 L'hémiplégie gauche

Une des causes les plus fréquentes de l'hémiplégie est l'AVC. Étymologiquement « hémiplégie » tire ses origines de « hémi » signifiant « à moitié » et « plégie » signifiant « paralysie ». Selon le dictionnaire Larousse, hémiplégie signifie « perte de la motilité volontaire affectant la moitié droite ou gauche du corps et consécutive à une lésion de la voie pyramidale » (« Hémiplégie », 2019). C'est une atteinte motrice de la moitié du corps due à une lésion de la voie motrice principale. Il est important de souligner que le tableau clinique de l'hémiplégie dépend du territoire cérébral atteint.

Le patient hémiplégique non-rééduqué est confronté à quatre atteintes majeures : une perturbation du tonus postural, un trouble sensitif, une spasticité et une difficulté à réaliser un mouvement volontaire précis.

La perturbation du tonus postural s'explique par la disparition du réflexe postural normal. Ainsi, les mouvements planifiés par le patient, faisant intervenir le corps dans sa globalité, ne peuvent être exécutés. Les coordinations sont ainsi entravées et coûteuses en énergie et concentration. Il est possible de rééduquer les réflexes posturaux. Toutefois, s'ils ne sont pas rééduqués, le patient compense avec son côté sain en délaissant son côté atteint.

Le trouble sensitif correspond à une diminution voire une perte de la discrimination sensitive. Il peut aller jusqu'à inhiber le mouvement car ce dernier répond à la fois aux stimuli sensitifs, sensoriels et proprioceptifs. Le trouble sensitif peut être source de handicap notamment lors de la marche.

La spasticité en extension s'explique par le trouble du tonus musculaire. La spasticité est la réponse exagérée d'un muscle suite à son propre étirement, c'est donc un dysfonctionnement du réflexe ostéotendineux. C'est le premier axe de rééducation chez le patient hémiparétique. En effet, plus la spasticité est élevée et plus le patient sera en difficulté à réaliser un mouvement. Même avec une faible spasticité, les mouvements fins sont soit maladroits soit impossibles. Ainsi, le trouble moteur peut être majoritairement dû à la spasticité.

La difficulté voire l'impossibilité des mouvements volontaires précis est clairement expliquée par toutes les atteintes précédentes à savoir : la perturbation du tonus postural, le trouble sensitif et la spasticité. De plus, lors de l'exécution d'un mouvement, la spasticité augmente. Il est tout de même important de souligner que le trouble de la commande volontaire n'est pas une paralysie. En effet, la plupart du temps, il est toujours possible d'observer des mouvements réflexes.

Cependant, l'hémiparésie est souvent accompagnée de troubles associés, comme les troubles cognitifs, spécifiques à chaque hémisphère cérébral. Dans ce mémoire, je m'intéresse uniquement à l'hémiparésie gauche découlant d'une lésion de l'hémisphère cérébral droit. Les signes associés à celle-ci sont par exemple : l'héminégligence, l'anosognosie, l'apraxie conceptuelle, l'agnosie, les troubles du schéma corporel, troubles attentionnels. Toute hémiparésie (qu'elle soit droite ou gauche) risque d'être accompagnée

des troubles associés suivants : les troubles mnésiques, affectifs, de la personnalité et le syndrome dysexécutif.

Toutes ces atteintes peuvent déboucher sur des conséquences plus larges comme un trouble de la proprioception, c'est-à-dire que le patient perçoit plus difficilement la position de chaque partie de son corps dans l'espace. Son hémiparésie risque ainsi de générer chez le patient un mal-être suite à la rupture ressentie dans un sentiment de continuité d'existence qu'il a pu se construire psychiquement (en référence à Winnicott) et aussi dans sa relation aux autres.

3.2 La NSU

Le cerveau présente une spécialisation hémisphérique. L'hémisphère cérébral droit prédomine dans la représentation de l'image. Si certaines zones sont lésées, on observe chez le patient des troubles du schéma corporel, de l'orientation spatiale et de la reconnaissance de l'hémicorps gauche pouvant aller de la négligence jusqu'à un refus d'existence (comme si cette partie du corps ne lui appartenait plus).

Selon Heilman, neurologue américain des années soixante-dix, la Négligence Spatiale Unilatérale (NSU), appelée également héminégligence, se définit comme « l'incapacité pour le patient de rendre compte, de réagir à et de s'orienter vers des stimulations significatives ou nouvelles présentées dans l'hémi-espace controlatéral à une lésion cérébrale. » (De Morand, 2014, p. 10). Généralement, ce syndrome se manifeste sur l'espace gauche et il est la conséquence d'une lésion au sein du lobe pariétal droit, zone essentielle dans les processus visuospatiaux, somatospatiaux, attentionnels, les comportements affectifs et émotionnels. « La NSU touche 50 à 85% des patients après lésion cérébrale droite et retentit sur de nombreuses activités de la vie quotidienne » (De Morand, 2014, p. 10). Plus rarement, il concerne l'hémi-espace droit et est consécutif à une lésion de l'hémisphère cérébral gauche.

La NSU est à distinguer de l'hémianopsie latérale homonyme qui correspond à une incapacité de voir dans un hémichamp visuel. La NSU, elle, peut toucher l'ensemble des informations visuelles, auditives, tactiles ou olfactives de l'hémi-espace négligé. Ainsi, il est difficile pour le patient de répondre à de nouveaux stimuli et d'orienter son attention vers

eux. L'héminégligence est très polymorphe d'un patient à l'autre, dans certains cas elle peut par exemple être associée à une anosognosie, c'est-à-dire à une non-reconnaissance de l'existence de ses troubles d'origine neurologique (à distinguer du déni qui est un mécanisme psychologique). On distingue deux types de NSU : elles peuvent être personnelles et ainsi altérer l'espace du patient ; ou extra personnelles, ce qui ébranle un espace plus étendu. Dans le premier cas, on peut remarquer que la branche de lunettes du patient n'est pas sur son oreille ou encore que sa manche de veste n'est pas mise sur le bras du côté hémiparétique. Dans le second cas, la NSU extracorporelle peut se manifester par la lecture d'un texte en commençant au milieu ou des aliments mangés uniquement dans la zone droite de l'assiette.

Il existe des tests cliniques pour diagnostiquer une NSU. C'est notamment le cas de l'échelle de Catherine Bergego : le soignant remplit dix items en s'appuyant sur l'observation du patient lors d'activités quotidiennes. Les épreuves visuographiques sont également intéressantes en vue d'un diagnostic car elles évaluent à la fois les aspects perceptifs et intentionnels de la négligence. On y retrouve la Batterie d'Évaluation de la Négligence spatiale unilatérale (BEN) comportant notamment les épreuves de barrage, de dessin de l'horloge et de lecture. Toutefois, il n'est pas évident de diagnostiquer une NSU aux vues d'une part de son polymorphisme et d'autre part de la fluctuation de fatigue et de motivation du patient. Ses performances oscillent donc amplement d'un jour à l'autre et il est difficile d'établir un test objectif.

Au cours du temps, quatre grandes théories ont émergé pour expliquer l'héminégligence :

- Un déficit de la représentation
- Un déséquilibre de l'orientation de l'attention
- L'akinésie ou l'inattention hémispasique
- L'hypothèse d'un décalage du référentiel égocentré.

Tout d'abord, la théorie d'un déficit de la représentation est présentée par Bisiach et Berti (Philip, 2000). Ils s'appuient sur des observations de tests sur des patients hémiparétiques. Par exemple, Bisiach explique que lors d'une évaluation, il demande à des patients héminégligents habitants de Milan de s'imaginer sur la place de la cathédrale de

Milan (lieu familier pour eux), face au monument et de décrire le plus minutieusement cet endroit (Philip, 2000). Il note qu'il manque de nombreux détails de la partie gauche de la place. Il demande ensuite au patient de s'imaginer dos à la cathédrale et d'à nouveau décrire les éléments autour de lui. Les détails omis lors de la première étape du test sont nommés et de nombreux détails se situant à gauche, qui étaient dans leur discours, ne sont pas rappelés (Philip, 2000). Baxton et Warrington ajoutent que lorsqu'ils demandent au patient héminégligent d'épeler un mot, celui-ci commet de nombreuses erreurs dans la partie gauche du mot (Philip, 2000). Selon la théorie d'un déficit de la représentation, les neurones du cortex pariétal participent à la cohérence de l'espace, c'est-à-dire à l'unification au sein d'un même espace de différentes informations visuelles (Philip, 2000). Si l'héminégligence est la conséquence d'une lésion de ces neurones, le patient peut percevoir l'espace gauche, mais il ne peut pas avoir une représentation de l'ensemble de l'espace à cause d'un déficit de la cohérence spatiale.

La théorie de la perturbation de l'orientation de l'attention est exposée par Kinsbourne (Philip, 2000). À ses yeux, la NSU est la conséquence d'un déséquilibre de la distribution latérale de l'attention au sein du tronc cérébral (Philip, 2000). Pour Kinsbourne, on ne peut pas parler d'« hémiespace » car quand le patient héminégligent observe un tableau se situant à sa droite, il néglige pourtant bien les détails à gauche de la peinture (Philip, 2000). Ce phénomène serait expliqué par une attention ipsilésionnelle exagérée et donc une attention contralésionnelle déficitaire. La négligence gauche serait la plus courante chez l'homme car l'orientation de l'attention vers la droite ou la gauche serait inégale. Pour Kinsbourne et Reuter-Lorenz, l'activation de l'hémisphère cérébral gauche oriente fortement l'attention de l'individu vers sa droite, tandis que l'activation de l'hémisphère cérébral droit ne l'oriente que faiblement vers la gauche (Philip, 2000). Il y aurait une asymétrie d'orientation de l'attention.

La théorie de « l'attention – intention » est portée par Heilman, Bowers, Valenstein et Watson (Philip, 2000). D'après Heilman, les tests tels que la bissection de lignes ou encore l'élimination de cibles témoignent d'un dysfonctionnement touchant l'hémiespace contralésionnel (Philip, 2000). Celui-ci serait la conséquence de trois éléments possibles : une akinésie directionnelle ou hémispatale du patient, une inattention envers les stimuli à gauche, ou une exploration déficiente. L'exploration, visuelle ou tactile, nécessite à la fois une composante sensorielle attentionnelle et une composante motrice intentionnelle.

L'héminégligence pourrait alors affecter ces deux éléments et être d'autant plus observable en modalité visuelle.

La théorie du décalage des coordonnées égocentrées est formulée par Ventre, Flandrin et Jeannerod, puis reprise par Karnath (Philip, 2000). Elle s'appuie sur la représentation interne de l'axe symétrique de notre corps, semblable au plan vertico-sagittal. L'héminégligence gauche serait la répercussion d'un décalage de cet axe vers le côté ipsilésionnel. Toutefois, les récentes découvertes sur des patients à lésion cérébrale droite remettent cette théorie en question. Elles montrent que certains patients présentant une NSU n'ont pas de déviation de leur référentiel interne et certains patients sains présentent une déviation. Le décalage du référentiel égocentrique vers le côté ipsilésionnel n'est donc ni systématique, ni spécifique chez le patient héminégligent.

3.3 La modification et le deuil du schéma corporel et de l'image du corps

Selon Dolto, pédiatre et psychanalyste française, l'image du corps et le schéma corporel sont deux notions à ne pas confondre bien qu'elles soient très liées (Dolto, 1992).

3.3.1 Le schéma corporel

La notion de schéma corporel est introduite au vingtième siècle d'un côté par Bonnier et d'un autre par Head (C. Morin, 2013). Ils s'appuient tous deux sur le postulat suivant : « le cerveau dispose d'une représentation non consciente du corps, le schéma corporel, représentation qui permet un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement spatial » (C. Morin, 2013, p. 19). Head admet que les données posturales sont à l'origine de la représentation du corps. Pour lui, l'individu contient un « standard postural » (C. Morin, 2013, p. 21) pouvant être modifié grâce à sa plasticité. En parallèle, Bonnier est le premier à utiliser la notion de « schéma », qu'il définit comme la liaison entre la représentation du corps et une forme (C. Morin, 2013).

Le sens des attitudes, écrit Bonnier (1905), nous fournit la notion du lieu de chaque partie de nous-mêmes et forme la base de toute orientation, tant objective que

subjective et psychique. Il a pour objet la figuration topographique (schéma) de notre moi. (C. Morin, 2013, p. 21)

Morin insiste sur la place privilégiée des parties du corps visibles impliquées dans les mouvements volontaires, de déplacement ou de manipulation au sein du schéma corporel (faisant contraste avec la place effacée des viscères ou encore des zones sexuelles) (C. Morin, 2013). Elle ajoute que même si le schéma corporel est constamment remis à jour, il reste stable à un moment donné (C. Morin, 2013). Ceci explique que même au cours d'événements traumatiques comme l'amputation, l'individu conserve une représentation du corps entier. Ainsi, on peut remarquer l'émergence de symptômes comme celui du membre fantôme dans lequel l'individu lie la sensation à un schéma corporel non remis à jour.

Pour Dolto, le schéma corporel est une réalité en partie inconsciente, préconsciente et consciente (Dolto, 1992). En principe il est identique pour chaque membre de l'espèce humaine. Le schéma corporel est la représentation du corps, des mouvements des articulations et de sa position dans l'espace. Il se construit via l'apprentissage et l'expérience et découle des informations sensorielles.

3.3.2 L'image du corps

À contrario, Dolto décrit l'image du corps comme propre à chaque individu et inconsciente (Dolto, 1992). Elle est profondément liée aux expériences de vie et représente ainsi la synthèse de toute l'histoire émotionnelle d'un individu. Elle est dynamique et peut donc se modifier en fonction du vécu. L'image du corps se modèle avec la communication et la relation. Toute expérience relationnelle peut entraîner une nouvelle modélisation de l'image du corps.

L'image du corps est chargée de désirs. Selon Freud, ce sont les pulsions de vie et les pulsions de mort qui visent l'accomplissement du désir (Dolto, 1992). Les pulsions de vie peuvent être actives ou passives tandis que les pulsions de mort sont éminemment sans représentation ni actives ni passives. C'est pour cela que l'on ne peut pas considérer la pulsion agressive comme une pulsion de mort. Winnicott pense que « l'agressivité a une double signification. Elle est d'abord une réaction directe ou indirecte à la frustration. Elle est aussi l'une des deux sources principales d'énergie chez l'individu » (Winnicott, 2004, p. 28). Selon lui, toute vie humaine est fondamentalement basée sur l'amour et la haine et

l'agressivité relève de l'un comme de l'autre (Winnicott, 2004). S'il est vrai que l'individu est capable de destruction, il est également capable de protéger ce qu'il aime de sa propre destruction. La pulsion de vie est chargée de libido, du désir de vivre. Les pulsions de mort quant à elles sont particulièrement identifiées lors de coma, sommeil profond, d'évanouissement ou encore d'absence. Elles ne correspondent pas à un désir de mort mais à un désir de repos. Il est important de préciser que la personne vivante n'est jamais régie uniquement par des pulsions de mort ou de vie. Ces deux types de pulsions cohabitent selon un certain équilibre et chacune prédomine à un moment particulier.

Lors de certains chocs et traumatismes, l'individu a à faire le deuil à la fois de son image du corps et de son schéma corporel qu'il avait avant l'incident. Chez le patient hémiplegique, on constate « une grave et irréversible altération de l'image de soi plus ou moins bien acceptée en fonction de la personnalité et des facteurs de risques associés » (Bussel & Azouvi, 2003, p. 142). Les lésions de l'hémisphère cérébral droit en particulier engendrent des modifications du schéma corporel et de l'image du corps. Dans un premier temps, le patient est souvent sidéré et déprimé face à l'altération considérable de son image, puis dans un second temps, il découvre la réalité des conséquences de l'AVC et les limites de son corps actuel. Toute hémiplegie vasculaire engendre une blessure narcissique dont le remaniement n'est possible que si le patient chemine psychiquement en traversant des phases douloureuses de dépression et de deuil.

3.3.3 Le deuil

Le « deuil » tire ses racines du latin « *dolore* » signifiant « souffrir ». Toutefois, ce mot français correspond à trois différents mots anglais. « *Bereavement* » correspond à la situation du deuil en lien avec la perte. « *Grief* » est associé au mot « chagrin » dont la tristesse est très éprouvante et douloureuse, il ne peut être consolé et seul le temps peut l'estomper. « *Mourning* » est l'équivalent de « porter le deuil » avec une facette sociale, ce qui renverrait au fait de « participer aux funérailles ».

Le but du deuil est de pouvoir continuer à vivre en ayant tourné la page et d'aller de l'avant. Il est teinté de beaucoup de souffrance. Selon Freud, « le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. » (Freud, 2004, p. 7). En effet, les deuils ne sont pas exclusivement liés au décès d'une personne, ils peuvent également renvoyer à une perte. Généralement, nous

faisons tous l'expérience de la perte depuis notre plus jeune âge. Il est alors essentiel, suite à cette perte, d'entrer dans un processus de deuil pour tenter de la remanier. Le processus de deuil est continu au cours de l'existence. De nos jours, des comportements sociétaux actuels émergent face au deuil, on souhaite conserver une image sociale lisse et pour cela on se retient d'exprimer les émotions douloureuses. En effet, on considère que le deuil doit se faire dans une sphère intime ou privée. La souffrance est parfois taboue et on valorise ainsi la maîtrise.

Selon les auteurs, les étapes du deuil varient. Ici, je choisis de présenter essentiellement les étapes mises en valeur dans le livre « Le deuil » de Marie-Frédérique Bacqué et Michel Hanus. Le processus de deuil que ces auteurs expliquent peut être entendu sous cinq étapes (Bacqué & Hanus, 2016) :

- La sidération
- Les recherches et la régression
- L'agressivité et la colère
- Le chagrin
- L'acceptation

La première étape, la sidération, est un état de choc figeant toutes les fonctions psychiques. Elle entraîne trois modifications de l'organisme : l'anesthésie des affects, l'émoussement des perceptions et une paralysie physique et intellectuelle. Si l'annonce est brutale, cela majore la sidération et provoque chez l'individu soit des réactions de blocage (comme le mutisme ou l'effondrement) soit des réactions de fuite (comme la recherche frénétique d'objets). Après un certain temps, la personne entre dans la deuxième étape du deuil, à savoir celle de la recherche et la régression. L'individu est envahi par un besoin de chercher ce qu'il a perdu et ses capacités cognitives sont débordées. Il est impossible pour lui d'intégrer immédiatement cette perte. La personne peut alors crier, à l'image du nourrisson cherchant sa mère, elle est alors aux prises d'une grande régression. D'après Hanus « nous ne pouvons nous séparer de l'être perdu qu'après l'avoir recherché de toutes nos forces en vain. » (Bacqué & Hanus, 2016, p. 28). Ces recherches infructueuses sont très coûteuses en énergie, ce qui peut amener l'individu à développer de la colère face à sa déception. Il vit alors l'étape de l'agressivité et de la colère. L'individu se sent également

abandonné par ce ou celui qu'il a perdu et se questionne sur les raisons de cet abandon. Il est pris par des sentiments de colère et d'agressivité qui lui coûtent également beaucoup en énergie. Face à cet amoindrissement d'énergie, si l'individu peut pleurer, il peut alors se décharger par une voie somatique adaptée de toutes les tensions emmagasinées. Lors de l'étape du chagrin, le fait de pouvoir pleurer est de bon augure : les larmes permettent de lâcher prise et de laisser ses émotions s'exprimer. L'individu réalise progressivement la situation réelle. Il entreprend à cet instant une dépression dynamique permettant d'intérioriser les caractéristiques de sa perte. L'endeuillé peut subir des troubles du sommeil, une anorexie ou hyperphagie, une asthénie, une baisse de ses capacités d'attention et de concentration ; ce qui risque également de l'amener à l'isolement. L'étape du chagrin et de la dépression est majeure au sein du processus de deuil. Elle est propre à chacun et on ne peut l'anticiper. Enfin la dernière étape, l'acceptation du deuil, est observable lorsque l'individu peut évoquer l'objet perdu sans que ses émotions soient décuplées. Il peut alors progressivement récupérer l'ensemble de ses capacités psychiques qui s'étaient figées lors de son chagrin ou sa dépression et ainsi investir un objet de libido (par exemple, s'investir dans la pratique du sport). Malgré l'acceptation du deuil, certaines périodes sont sensibles et peuvent replonger l'individu dans un débordement émotionnel comme l'anniversaire du défunt.

En réalité, le processus de deuil ne peut être segmenté de façon aussi claire et l'individu traverse souvent plusieurs fragments d'étapes à la fois. Il est également difficile d'affirmer qu'un processus de deuil est terminé, l'essentiel est que l'individu accepte qu'il ne sera plus jamais comme avant. L'acceptation du handicap, appelée aussi « *coping* » (Bussel & Azouvi, 2003, p. 142), est particulièrement cruciale chez le patient hémiplegique qui doit se résoudre à de nombreuses pertes dont parfois la perte de la marche et des altérations majeures dans son schéma corporel. Il va lui falloir du temps pour cheminer.

3.4 L'épisode dépressif caractérisé et les troubles psychoaffectifs

L'épisode dépressif caractérisé est fréquent chez le patient post-AVC. C'est un trouble de l'humeur qui se distingue par un changement de comportement par rapport au

fonctionnement antérieur. Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 4* (DSM-IV), lors d'un épisode dépressif caractérisé, le patient présente au moins cinq des symptômes suivants pendant plus de quinze jours : tristesse, diminution de l'intérêt ou du plaisir, anorexie ou boulimie, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, diminution psychique ou de la concentration ou indécision, idées suicidaires récurrentes et morbides (Mas & Leys, 2018). Il est essentiel d'éloigner les diagnostics différentiels comme la prise de substances, les pathologies somatiques ou encore le deuil récent.

L'épisode dépressif caractérisé peut avoir pour risque de compromettre sa prise en soins et de l'isoler socialement. Ceci est notamment majoré du fait : de l'âge, de la douleur, de la toxicité et de la solitude. De nombreux patients hémiplegiques manifestent des crises d'angoisse et des phénomènes de dépersonnalisation. C'est notamment le cas chez le patient héminégligent qui se retrouve confronté à des vécus d'étrangeté. Lors de cet épisode, on constate une baisse du taux de neurotransmetteurs dont la Sérotonine, la Dopamine ou encore la Noradrénaline au sein du système limbique également appelé « cerveau émotionnel ». Ce régulateur de l'humeur se situe au croisement entre le cortex cérébral (gérant par exemple la motricité, les perceptions) et le tronc cérébral (gérant notamment la vigilance, la thermorégulation). Ceci explique la présence à la fois de symptômes organiques et de symptômes psychiques lors de l'épisode dépressif.

L'épisode dépressif caractérisé peut être repéré chez le patient hémiplegique au travers de symptômes psychiques tels que la perte de motivation concernant sa rééducation, mais aussi au travers de symptômes somatiques comme les douleurs ou encore l'anorexie. Ces symptômes sont amplifiés si le patient présente également des troubles cognitifs associés comme l'héminégligence ou l'aphasie. L'équipe soignante oriente alors le patient vers le médecin dans le but de poser un diagnostic.

La prise en soins de l'épisode dépressif caractérisé peut être médicamenteuse et aussi non-médicamenteuse. Le traitement médicamenteux est essentiellement composé d'antidépresseurs. Ils agissent en augmentant le taux de neurotransmetteurs au sein du système limbique pour apaiser les troubles de l'humeur. La durée de ce traitement ne doit pas être inférieure à trois mois et s'étend la plupart du temps entre six à neuf mois. Un

traitement non-médicamenteux peut être associé de façon à obtenir des résultats optimaux. Par exemple, on peut proposer la lumineothérapie, ou encore la psychothérapie avec notamment les thérapies cognitivo-comportementales, les psychothérapies de soutien et les thérapies systémiques.

Chapitre 2 : La thérapie psychomotrice groupale

1) L'individu et le groupe

« Celui qui diffère de moi, loin de me léser, m'enrichit. » (De Saint Exupéry, 1942, p. 148)

Selon Aristote, l'homme est un « animal politique » (Labarrière, 2016, p. 141), il a donc besoin des autres et de vivre en groupe. Cependant, l'individu peut se sentir « fondu dans la masse » dans l'expérience groupale et ainsi avoir le sentiment de ne plus exister ou être en marge du groupe. Le groupe obéirait à « des lois spécifiques qui ne pouvaient être déduites de celles qui président aux fonctionnements individuels ou même interpersonnels » (Marc & Bonnal, 2014, p. 8). Pour beaucoup d'auteurs, le groupe est décrit comme un « tout » dynamique et vivant. Une totalité implique que tout changement a des conséquences sur l'équilibre de l'ensemble du groupe. La dynamique du groupe tend souvent au conformisme. Lorsque les membres s'allient dans le but de coopérer entre eux, une cohésion groupale devient possible et est essentielle pour atteindre l'objectif fixé. L'individu éprouve alors un sentiment d'appartenance au groupe, il peut ainsi assouvir certains de ses besoins personnels comme le fait d'être entendu et reconnu. Ce sentiment contribue à atténuer ses angoisses de morcellement et sa crainte de perte d'identité.

Les processus actifs dans les groupes relevés dans le champ des sciences humaines montrent que lorsque les individus se sentent suffisamment en sécurité dans le groupe, ils peuvent alors progressivement chercher à se différencier. Le groupe permet donc à l'individu

de consolider son sentiment d'identité et de poursuivre son travail d'individuation. Bien sûr en étant toujours conscient que chez des personnalités sur un versant paranoïde, le groupe peut être vécu comme persécuteur.

2) La thérapie groupale

Jacob Moreno serait le fondateur de la thérapie de groupe au cours du vingtième siècle et est en tout cas le premier à utiliser la notion de « psychothérapie de groupe » (Marc & Bonnal, 2014, p. 12) dans son livre *The first book of Group Psychotherapy* publié en 1932. Selon lui, le groupe est le seul cadre permettant d'appréhender l'homme dans toute sa complexité puisque l'individu n'existe qu'en relation avec les autres (Marc & Bonnal, 2014). De nombreux courants émergent autour de la thérapie groupale et je ne vais aborder ici que certaines théories.

2.1 Divers courants de pensée

Lewin, psychologue, élabore la théorie de la dynamique des groupes (Marc & Bonnal, 2014). Pour lui, tout groupe tend à la cohésion (Marc & Bonnal, 2014). Le groupe exerce ainsi une pression envers ses membres dans le but qu'ils se conforment aux normes le régulant. Foulkes, quant à lui, propose la notion de « résonance » (Marc & Bonnal, 2014, p. 22) qui correspond à un écho entre les réactions communes ou similaires de plusieurs individus d'un groupe.

Bion, après avoir travaillé avec Foulkes, insiste en 1965 sur la mentalité de groupe, concept qui pourrait s'entendre comme le psychisme commun groupal qui contraste clairement avec les diverses pensées des individus (Marc & Bonnal, 2014). Aux yeux de Bion, le groupe fonctionne selon deux niveaux : le groupe de travail est le niveau conscient qui permet au groupe d'atteindre ses objectifs et la mentalité de groupe est le niveau inconscient mettant en jeu l'état affectif dans lequel est le groupe (Marc & Bonnal, 2014). Bion observe trois types de réactions défensives du groupe qu'il appelle « hypothèses de base » ou « présupposés de base » (selon la traduction) :

- Le couplage : formation d'un couple qui sauve le groupe en cas de difficultés.

- L'attaque-fuite : réaction spontanée face à une menace contre l'unité groupale.
- La dépendance : union de l'ensemble du groupe dont chacun dépend totalement (Marc & Bonnal, 2014).

Pour Bion, le groupe amène l'individu à régresser (Marc & Bonnal, 2014). Les présupposés de bases sont des réactions groupales défensives contre les angoisses psychotiques réactivées par la régression imposée à l'individu dans la situation groupale. Cet auteur a eu l'intuition de chercher, quand un groupe est bloqué dans son travail, les présupposés de base, c'est-à-dire les nœuds imaginaires qui empêchent son fonctionnement rationnel (Marc & Bonnal, 2014).

Dans les années soixante, Anzieu développe les principaux processus inconscients groupaux et la dimension imaginaire et fantasmatique du fonctionnement groupal (Marc & Bonnal, 2014). Il pense, entre autres, que lors de la période initiale, le groupe menace l'identité de l'individu ; c'est une sorte de miroir renvoyant à chacun une image éclatée de lui-même (Marc & Bonnal, 2014). Le groupe oscille entre deux phases :

- Une sidération groupale qui aurait à voir avec l'imgo de la mauvaise mère (pour rappel : l'imgo est une représentation de personne et le fantasme est une représentation d'action), c'est-à-dire que le groupe engendre par sa nouveauté quelque chose d'angoissant (comme le fantasme de casse ou encore de perte d'identité).
- L'illusion groupale qui aurait à voir avec l'imgo de la bonne mère, c'est-à-dire que le groupe est à la recherche d'une mère nourricière. Le groupe est alors le lieu de tentatives et d'expériences avec le souci de mise à l'écart des conflits.

Enfin, lors de la période de redifférenciation, les identités des individus mises à mal se réorganisent en fonction des mouvements identificatoires à l'œuvre.

Schutz, lui, crée le groupe de rencontre qui semble le plus se rapprocher de la psychomotricité puisque le travail y est à la fois corporel et émotionnel (Marc & Bonnal, 2014). Pour lui, l'homme dans la relation aux autres cherche la satisfaction de trois besoins fondamentaux :

- Le besoin d’inclusion : comme d’être reconnu comme membre du groupe.
- Le besoin de contrôle : notamment le contrôle de soi.
- Le besoin de relations intimes : par exemple en recherchant l’affection (Marc & Bonnal, 2014).

Le groupe de rencontre permet aux participants de travailler autour de ces dimensions en passant par l’expression corporelle et le psychodrame.

Tous ces courants théoriques s’accordent à penser que le groupe est le premier espace dans lequel l’individu se construit et que la thérapie groupale est donc un espace privilégié pour mobiliser les patients. Cette thérapie est propice à un travail de remaniement psychique chez les patients. La confiance envers le groupe, comme la confiance envers les thérapeutes, s’installe au fur et à mesure des séances. Et ainsi, chaque patient arrive à un certain lâcher-prise interne qui rend chacun disponible à la mise en jeu d’un processus de changement. Des réaménagements moins coûteux en énergie psychique et une ouverture plus grande sur le plan relationnel et social sont alors par exemple possibles. En psychomotricité, selon Latour, ce travail groupal offre une expérience partagée de mobilisation de son corps en jeu avec d’autres (Latour, 2013) ; une expérience possible est tolérable. Le continuum du groupe et la reconnaissance narcissique accordée à chaque patient leur permettent de faire avec leurs manques et de s’engager dans un processus de restauration.

2.2 État-des-lieux actuel

Actuellement, les indications au groupe thérapeutique augmentent. Ceci provient d’une raison purement économique, car un ou plusieurs soignants s’occupent de plusieurs patients en même temps. Toutefois, cette logique financière et gestionnaire ne doit pas nous empêcher de penser que le dispositif groupal offre avant tout une modalité de soin précieuse notamment pour les patients en difficulté d’estime de soi, d’affirmation de soi.

Pour constituer un groupe thérapeutique ou à effet thérapeutique, il est essentiel que le soignant veille à sa composition : à la fois un minimum d’homogénéité et d’hétérogénéité entre les membres, de façon à créer un certain équilibre. Pour une grande majorité des groupes, deux co-thérapeutes sont ensemble garants du groupe. C’est un point de vue discuté par certains auteurs comme Chapelier (Blossier, 2002).

Il existe une grande diversité de groupes thérapeutiques. Ils ont des dénominations diverses en fonction : du métier des soignants comme « groupe de psychomotricité », ou de la médiation choisie « groupe conte », ou du lieu « groupe gymnase » ou encore du moment de la journée « groupe du soir ». Les facteurs variant d'un groupe à un autre sont notamment : le nombre de participants, la formation (comme orthophoniste ou psychomotricien) du soignant, le nombre d'encadrants et de participants, la nature du groupe (ouvert avec thérapeutes fixes et participants changeant ou fermé avec thérapeutes et participants fixes ou entre-ouvert avec un groupe continu dont les patients s'engagent pour une certaine durée, tout sortant étant remplacé par un nouvel arrivant), le créneau horaire, le lieu et le matériel utilisé. En plus de cette diversité, il y a autant de cadres que de groupes.

2.3 Le cadre du groupe thérapeutique

Le cadre du groupe est une base stable, avec des aspects connus et reconnus par tous et qui s'impose à chacun : c'est un cadre concret qui délimite l'expérience avec notamment des règles annoncées. Il sert à contenir l'expérience qui s'y déroule. Le cadre aurait cinq fonctions majeures :

- La fonction sécurisante est assurée notamment par un environnement stable dont les repères sont connus par les patients. Grâce à cela, ils peuvent par la suite risquer de s'exposer au regard de l'autre au travers de l'expérience.
- La fonction de soutien et de contenance du cadre correspondrait aux concepts de *holding* et *handling* de Winnicott, c'est-à-dire aux soins prodigués de la mère suffisamment bonne. Ceux-ci permettent à l'enfant de s'individualiser tout en faisant face aux angoisses. Dans le cas du groupe, on peut remarquer à certains moments que l'individu prend appui sur le groupe le soutenant et qu'il peut ainsi contrer ses angoisses. Haag développe l'idée du groupe comme contenant qui viendrait réparer un holding initial défaillant (Leplat, 2014). La thérapie groupale contenue amène alors à un travail sur la contenance de l'individu. Golse ajoute que ce travail concerne non seulement la contenance de l'individu mais aussi ses enveloppes et ainsi le narcissisme (Leplat, 2014).

Anzieu insert le concept d'« enveloppes psychiques » (Chaulet, 2014, p. 58) concernant le groupe après avoir théorisé autour du Moi-peau. Pour lui, le Moi peau

et les enveloppes psychiques du groupe ont les mêmes fonctions, à savoir : maintenance du psychisme – contenance – pare-excitation – individuation – intersensorialité – soutien de l'excitation sexuelle – recharge libidinale – et inscription des traces sensorielles (Anzieu, 1995). Les enveloppes groupales se tissent et détissent en groupe. Elles soutiennent le rassemblement et la contenance du psychisme de l'individu.

- La fonction de délimitation sépare l'espace thérapeutique du reste de l'espace, il y a donc un dedans et un dehors. Ceci encourage l'individu à l'authenticité, l'expression de lui et l'expérimentation.
- La fonction d'aire transitionnelle, issu du concept de Winnicott, favorise le jeu s'ancrant dans la réalité tout en intégrant de l'imaginaire, il y a un véritable échange entre la réalité psychique et la réalité externe.
- La fonction de régulation passe notamment au travers des règles groupales clairement énoncées et que chacun peut s'approprier. La régulation autorise les expressions de fantasmes et de pulsions, sans risque de passage à l'acte.

Ces cinq fonctions sont imbriquées de façon à ce que les participants puissent s'appuyer sur le cadre pour se lancer dans de nouvelles expériences au sein du groupe. Aux yeux du patient, le cadre paraît inexistant et il n'en a conscience que lorsqu'un élément vient à manquer ou à être modifié. Ceci renvoie notamment au schéma corporel, « noyau fondamental de l'identité qui ne se met à exister que quand il est perturbé » (Blossier, 2002, p. 31).

En plus de ce cadre externe, les soignants s'appuient sur leur cadre interne. Celui-ci est, quant à lui, défini par la formation professionnelle et personnelle du soignant. La formation personnelle est souvent l'occasion de décrypter le lien à ses propres objets internes et à sa propre partie infantile. La singularité du groupe thérapeutique est que le dispositif comprend pour les soignants un temps de reprise et de réflexion avec un tiers. Dans ce temps de reprise, ils sont invités à travailler l'inter-transfert et à déplier les difficultés rencontrées

(essayer de comprendre ce qu'il en est des manifestations des patients comme l'excitation, l'immobilisme) en mettant en lien les éprouvés de chacun.

L'individu est confronté à quatre enjeux majeurs au sein du groupe thérapeutique : les enjeux identitaires (souhaiter renvoyer une bonne image de lui, s'affirmer), territoriaux (chercher sa place, s'ouvrir aux autres, occuper le centre du groupe), relationnels (la recherche de contact, la séduction ou encore la rivalité) et sémiotiques (s'exprimer, se faire comprendre).

3) L'espace du groupe thérapeutique

La notion de « place » est beaucoup utilisée dans le langage courant et a plusieurs significations. Elle peut être entendue comme une portion d'espace qu'un individu peut occuper. La place peut s'ancrer dans une dimension physique avec une chaise pour l'individu ou encore une pièce pour le groupe. Elle peut également faire référence à une dimension psychoaffective avec notamment le fait de se sentir à sa place. La prise de place peut être vécue comme un mouvement intégratif (par exemple un sentiment d'être accepté) ou comme un mouvement distinctif (se démarquer des autres). Le rapport que le sujet a avec la prise ou non de place dans un groupe est teintée par son histoire et ses expériences groupales précédentes (notamment sa place dans sa fratrie) en prenant généralement racine dès ses premiers moments de vie.

Les places de tous les membres d'un groupe peuvent être observées sous trois dimensions : symétrie ou asymétrie, distance ou proximité et convergence ou divergence. Dans le groupe, le choix des places de chaque membre par rapport aux autres se base notamment sur la perception d'éléments corporels comme les mimiques, la posture, le tonus ou encore la gestualité de l'autre. La disposition des individus au centre du groupe, comme à sa périphérie est capitale à observer. Généralement, être au centre du groupe est associé à être impliqué activement dans le fonctionnement groupal, à se sentir majeur et accepter d'être vu de tous. Tandis qu'être en périphérie du groupe s'entendrait comme être en retrait. La situation groupale expose directement le corps de l'individu. Il joue un rôle central car c'est par cet intermédiaire que circulent les échanges comme par exemple au travers de sa position et de sa tonicité. Une communication non verbale opère via un véritable dialogue corporel. La construction des espaces, la recherche d'enveloppes et l'écart avec l'autre sont alors vivement mis en travail. Il s'agit à la fois de « faire corps » avec l'ensemble du groupe

au travers d'une certaine proximité et de conserver une zone personnelle avec son intégrité corporelle. Il est indispensable d'expérimenter la juste distance entre soi et les autres afin de trouver un équilibre relationnel dynamique. C'est notamment ce que l'on observe dans les arts martiaux : si je suis trop près, il m'attaque et si je suis trop loin, je ne peux pas le toucher. C'est aussi ce que décrit Schopenhauer à l'égard des porcs-épics :

Un jour d'hiver glacial, les porcs-épics d'un troupeau se serrèrent les uns contre les autres afin de se protéger contre le froid par la chaleur réciproque. Mais douloureusement gênés par les piquants, ils ne tardèrent pas à s'écarter de nouveau les uns des autres. Obligés de se rapprocher de nouveau en raison du froid persistant, ils éprouvèrent une fois de plus l'action désagréable des piquants, et ces alternatives de rapprochement et d'éloignement durèrent jusqu'à ce qu'ils aient trouvé une distance convenable où ils se sentirent à l'abri des maux. (Marc & Bonnal, 2014, p. 111)

On pourrait alors finir cette illustration par la conclusion suivante : on ne peut pas être proche des autres sans être piqué.

4) Le groupe thérapeutique psychomoteur

Le groupe thérapeutique psychomoteur est également appelé groupe thérapeutique à médiation corporelle. Il est construit en fonction des âges et des pathologies des patients qu'ils visent à accueillir et propose un espace dans lequel l'activité fait lien entre soi et les autres. Le travail thérapeutique s'appuie sur les échanges entre les patients. Le corps est, au sein de ce groupe spécifique, un vecteur essentiel de l'expression. C'est notamment au travers du corps que chacun est appelé à exister et à trouver sa place dans le groupe. Potel insiste sur le fait que « jouer, au sens winnicottien (et cela ne concerne pas seulement les enfants), c'est exprimer quelque chose de soi dans la rencontre avec les autres. » (Potel, 2010, p. 382).

4.1 Être présent à son corps, à son temps et aux autres

Aux yeux de Latour, le groupe psychomoteur consiste à « proposer des expériences organisatrices et appropriables par chacun, de sa psychomotricité, dans un groupe » (Latour, 2013, p. 1). Il s'agit là d'un travail de personnalisation au sein du groupe. Ce dernier apporte deux expériences enrichissantes : celle du semblable et celle du singulier. Ainsi, au sein du groupe, le patient participe à une expérimentation commune dont il tire un vécu singulier, différent de celui des autres. « Le groupe en psychomotricité a l'avantage de mettre chacun en présence des autres, et de mettre dans le même temps chacun en présence de lui-même » (Latour, 2013, p. 1). Ceci rejoint l'idée de Joly qui qualifie la thérapie psychomotrice de « thérapie de la présence » (Latour, 2013, p. 2).

Une fonction de miroir peut être opérante : chaque patient, par sa façon de faire, offre un miroir dans lequel un autre peut se retrouver. Les différentes expériences favorisent cette identification et offrent à l'individu l'expérimentation du « pareil que l'autre » (Latour, 2013, p. 3) qui soutient fortement le narcissisme. « Être semblable, avoir un semblable, c'est être comme l'autre mais c'est ne pas être l'autre » (Latour, 2013, p. 3).

Le travail psychomoteur groupal ne vise pas la performance mais l'appropriation de l'expérience. S'approprier de façon singulière une place contenue dans le groupe remet inéluctablement au travail le fait de s'approprier un corps structuré dans son vécu. « Être dans le groupe en psychomotricité, c'est déjà être au travail et je dirai même c'est déjà du travail corporel » (Latour, 2013, p. 5).

4.2 Le rôle du psychomotricien

D'après Potel, le psychomotricien offre au travers de la thérapie psychomotrice un espace de « parole corporelle » (Potel, 2010, p. 382). Au sein de cet espace, il permet et contient la régression et écoute de façon spécifique les comportements (qui sont avant tout corporels). Le psychomotricien est sensible aux passages par l'acte moteur et à la sensorialité de chaque patient : il part du postulat que celles-ci participent à leur construction psychique. Le travail intrapsychique fait par le psychomotricien lui permet, à partir de l'expérience partagée avec les patients, de soutenir les processus de symbolisation.

Une des fonctions majeures du psychomotricien est d'être garant du cadre. Ce dernier assure une contenance de « la destructivité, les angoisses, l'agressivité, les excitations

diverses. » (Potel, 2010, p. 390). Le psychomotricien joue un rôle de pare-excitant par son positionnement rassurant, sécurisant et contenant. Ce rôle prend tout son sens au sein de l'activité corporelle qui induit nécessairement une certaine excitation. Par sa présence, le psychomotricien soutient le développement de l'énergie groupale, de la dynamique, en prenant en compte le risque de débordement et de passage à l'acte. Il représente une autorité bienveillante qui assure la sécurité de chaque membre en posant et en faisant respecter les limites et interdits du cadre.

Le psychomotricien peut choisir de gérer le groupe thérapeutique avec « non-directivité » (Potel, 2010, p. 384). Cela est le cas par exemple dans l'accompagnement de patients de structure psychique névrotique. Ainsi, les séances sont coconstruites en alliant la créativité du psychomotricien et celle des patients. La séance favorise leurs associations, élaborations et la mise en lien de leur vécu dans le groupe avec leurs difficultés personnelles.

En institution, le psychomotricien s'assure que son projet thérapeutique s'insère dans le projet de l'établissement, le groupe étant une modalité de travail soutenue par l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci est partie prenante et travaille les indications des patients qui peuvent relever du groupe.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

Chapitre 1 : Présentation de l'EHPAD et du PASA

1) L'EHPAD

L'EHPAD est une structure accueillant des personnes de plus de soixante ans ayant perdu leur autonomie physique et psychique et qui ne peuvent dès lors pas être maintenues à domicile. C'est un environnement médicalisé dans lequel les résidents ont accès à une aide quotidienne si nécessaire (comme pour la toilette ou encore le repas), des soins médicaux personnalisés, ainsi qu'à d'autres services (comme la blanchisserie, la restauration ou encore l'animation). L'EHPAD dans lequel j'effectue mon stage est composé de six étages de chambres individuelles pour les résidents : il peut ainsi accueillir jusqu'à soixante-dix résidents. Le rez-de-chaussée est composé d'une part de la salle commune de restauration et d'animation, des toilettes pour les changes des patients et la cuisine ; et d'autre part, de l'accueil avec le secrétariat, les bureaux administratifs, de la direction, la cadre, l'animatrice et la psychologue. Les deux Unités de Vie protégées (UVP) se situent aux deux premiers étages, un code est nécessaire pour pouvoir entrer dans ce secteur. Ces espaces spécifiques sont chacun encadrés par une Aide-Soignante (AS) et une Auxiliaire de Vie Sociale (AVS). Ils accueillent des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, de troubles cognitifs ou de désorientation. Les autres étages sont quant à eux chacun surveillés par une AS et sont composés de chambres individuelles, locaux soignants, toilettes et salle de petit déjeuner. Une partie du dernier étage est consacré au PASA géré par la psychomotricienne et une Assistance de Soins en Gériatrie (ASG).

La mission de l'EHPAD est d'accompagner les personnes âgées fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie au travers d'une prise en soins globale. Ses prestations peuvent être en partie prises en charge par l'Allocation Personnalisée

d'Autonomie (APA) selon le Groupe Isio-Ressource (GIR) (c'est-à-dire selon le niveau de dépendance).

L'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD est grande et diversifiée. Elle est composée de techniciens de surface, d'un agent polyvalent technique, d'un linge, de cuisiniers, d'ASG, d'AVS, d'infirmiers, d'une cadre, d'un ergothérapeute, d'une psychologue, d'une psychomotricienne, d'un médecin coordinateur, d'une animatrice, d'une secrétaire, d'une trésorière, d'une directrice et de son adjoint. Des intervenants extérieurs participent également au soutien des résidents au sein de l'institution comme des bénévoles ou encore des professionnels libéraux.

2) Le PASA

Le PASA dans lequel je travaille accueille et accompagne, pendant la journée, un groupe de personnes âgées de l'EHPAD. Sa capacité est de maximum quatorze résidents par jour qui viennent une demi-journée ou une journée de 9h30 à 16h30. Il est ouvert cinq jours par semaine et fonctionne avec un groupe le lundi et mercredi, un le mardi et jeudi et un le vendredi matin.

Les conditions d'admission au PASA sont précises. Le profil des patients doit remplir les critères suivants : être atteint de la maladie d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée à un stade modéré, ou ayant des troubles du comportement modérés. Ils doivent également conserver une certaine mobilité et avoir la capacité de vivre en collectivité. Toutefois, certaines exceptions sont acceptées.

Pour chaque entrée au PASA, l'équipe pluridisciplinaire se réunit, discute du patient en question et s'assure que cette démarche s'inscrit dans un Projet Personnalisé d'Accompagnement et de Soins (PPAS). Cela doit faire l'objet d'une prescription du médecin traitant avec accord à la fois du médecin et du résident. L'information confirmée est alors transmise aux tuteurs, à la famille et à l'équipe.

Les soignants proposent alors des activités thérapeutiques selon les quatre objectifs du PASA : le maintien ou la réhabilitation des capacités motrices et fonctionnelles, la stimulation des fonctions cognitives, la mobilisation des fonctions sensorielles et le maintien du lien social. Au sein du PASA, les soignants peuvent proposer plusieurs activités en parallèle qui se déroulent alors dans différents espaces.

La journée-type du PASA est composée de différents temps. Tout d'abord, nous parcourons l'EHPAD pour inviter les patients concernés à nous rejoindre au PASA. Ils sont dans les salles communes de chaque étage où ils finissent de déjeuner, regardent la télévision ou nous attendent. Puis, nous les accueillons dans la salle d'activité du PASA et nous leur proposons une boisson. En attendant que le groupe soit au complet, la station de radio est allumée et les résidents peuvent lire le journal du jour. Ensuite, nous passons au groupe de paroles encadré par l'orthophoniste et la psychomotricienne. Celui-ci se termine avec un jeu du pendu pendant lequel les résidents tentent de deviner le repas de midi.

Lors du repas thérapeutique, je vais chercher le chariot contenant le repas au rez-de-chaussée, devant la cuisine, avec un résident. Pendant ce temps, les autres patients se lavent les mains, dressent la table et s'installent autour de celle-ci. Ici, patients et soignants mangent ensemble, nous nous faisons passer les plats pour que chacun se serve. Contrairement à la cafétéria du rez-de-chaussée, le repas se déroule sans limite horaire ; nous prenons notre temps et attendons que chacun ait fini son assiette.

À la suite du repas, les résidents sont libres de choisir ce qu'ils souhaitent faire ; comme regarder la télévision, faire la sieste, ou encore lire un livre. Nous reprenons ensuite l'activité de l'après-midi avec deux groupes. La psychomotricienne et l'ASG proposent une activité à dominante cognitive (comme l'atelier mémoire), motrice (avec notamment la gymnastique douce) ou sensorielle (comme le loto des odeurs). En parallèle, j'anime le groupe Corps en jeu avec toujours les trois mêmes résidents.

Tous les patients du PASA sont ensuite rassemblés à 16h et nous leur servons la collation. C'est un temps d'échange sur le déroulé de la journée, qui prépare ainsi la séparation. À la fin de ce moment, nous raccompagnons les résidents dans la salle commune du rez-de-chaussée et en UVP.

Chapitre 2 : Anamnèse de Mme G.

1) Avant l'EHPAD : histoire vécue et antécédents

Mme G. ne parle pas de son enfance. Elle est le troisième enfant de sa fratrie, a trois sœurs et un frère. Actuellement, deux de ses sœurs sont décédées et elle n'est pas proche du reste de sa fratrie. À seize ans, elle obtient son certificat d'études et commence à travailler en métallurgie ; secteur dans lequel elle reste tout au long de sa vie professionnelle.

Quelques années plus tard, elle se marie et est rapidement enceinte. Après la naissance de son enfant, le mari de Mme G. est incarcéré ; elle explique que c'est pour cela qu'elle confie le bébé à sa sœur. Selon elle, sa fille développe ensuite une anorexie au cours de son adolescence et Mme G. n'a jamais vraiment su pourquoi. À partir de là, leur relation s'envenime considérablement.

Selon son dossier médical, Mme G. présente de nombreux antécédents médicaux. Je choisis ici de noter uniquement les éléments pertinents à mes yeux. Au cours de sa vie active, Mme G. présente une hypertension artérielle qui est aujourd'hui traitée. Plus tard, elle souffre d'un syndrome dépressif qui dure des années. Mme G. boit avec son mari au moins un verre d'alcool à chaque repas et fume plus d'un paquet de cigarettes par jour. On lui annonce qu'elle contracte une cirrhose hépatique avec hypertension portale. Sa vie est en jeu, elle est obligée d'arrêter l'alcool et décide dans la foulée d'arrêter radicalement de fumer. Aujourd'hui, Mme G. est fière d'évoquer qu'elle est sevrée depuis plus de vingt-cinq ans. Il y a environ dix ans, Mme G. subit un AVC ischémique qui entraîne une hémiplégie gauche. C'est la raison pour laquelle elle est admise à l'EHPAD. Plus tard, on lui annonce qu'elle développe un cancer du sein droit, elle subit une mastectomie et est aujourd'hui en rémission.

Lors d'une discussion, Mme G. me confie, qu'avant son AVC, elle se percevait comme une femme très volcanique, dynamique et avenante. Elle se décrit à ce moment de sa vie comme une personne féminine « avec des formes bien placées » qui aimait prendre soin d'elle. Elle me livre qu'actuellement elle est amputée d'un de ses seins et qu'à cause de cela, elle se sent mutilée et diminuée. Elle portait souvent des robes et marchait quotidiennement avec des talons aiguilles. Elle se sentait séduisante car les hommes la

regardaient. Elle était particulièrement coquette et avait de nombreuses crèmes et parfums. Elle précise « j'aime tout ce qui brille, tout ce qui claque » et portait ainsi des bijoux en or ou avec des couleurs vives. Mme G. me confie que l'AVC a provoqué une véritable rupture dans sa vie. Elle était dans sa cuisine, en train de préparer un repas, quand tout à coup elle ne se rappelle plus rien. Elle m'explique qu'une fois à l'hôpital, l'équipe soignante lui apprend qu'elle a subi un AVC et qu'elle est restée un certain temps au sol avant qu'une voisine ne la retrouve.

2) Arrivée dans l'EHPAD

Mme G. entre dans l'EHPAD il y a environ dix ans et présente à ce moment un GIR4 ; ce qui correspond à la capacité à se déplacer et manger seule, l'impossibilité de réaliser les transferts seule et la nécessité d'une aide partielle pour la toilette et l'habillage. Elle est admise suite à un AVC à domicile entraînant une hémiplégie gauche. À son arrivée dans l'institution, elle n'investit pas sa chambre en dehors de la télévision, dit du personnel qu'il est « super » et des résidents qu'il y a « une grosse différence de génération ». Elle est agacée de certains résidents qui, d'après la psychologue, la renverraient à un possible développement de troubles cognitifs. Elle évite ainsi notamment le contact avec des patients à trouble du comportement qu'elle supporte peu dans les espaces communs.

Mme G. cherche souvent à se lever, affirme n'avoir aucun problème et est dans le déni de sa perte de mobilité. Toutefois, elle ne peut se lever sans aide et la marche est très difficile pour elle et elle est vite fatigable.

3) Quand le cancer s'en mêle

Deux mois après son arrivée, Mme G. apprend qu'elle est atteinte d'un cancer du sein droit (qui correspond au côté non-plégique de son corps). Elle est alors accompagnée par une psychologue qui l'aide à choisir une perruque avant de commencer le traitement chimiothérapique. Mme G. appréhende le cancer et est angoissée face à la perte de ses cheveux. Par la suite, Mme G. subit une mastectomie et est en rémission.

Les soignants me confient que ce qui a aidé Mme G. à combattre le cancer, c'est son auto-dérision et l'humour.

4) Contexte actuel

Mme G. est une ouvrière en métallurgie retraitée, âgée de soixante-quinze ans. Elle est installée en fauteuil roulant qu'elle ne peut faire avancer seule, porte des lunettes pour myopie et mange en haché avec un dentier. Elle est veuve, a une fille et trois petits-enfants. Elle reçoit peu de visites ; ce sont exclusivement sa fille, ses petits-enfants et sa cousine qui viennent la voir. Mme G. entretient une relation conflictuelle avec sa fille et n'accepte pas toujours que cette dernière passe lui rendre visite. Dans ces cas-là, Mme G. se met en colère contre sa fille parce qu'elle considère qu'elle ne doit pas venir pendant ses activités (comme le PASA ou encore les animations des bénévoles). Mme G. dit d'elle-même qu'elle n'est pas avenante avec les personnes qu'elle n'aime pas, qu'elle est méfiante et qu'elle apprécie l'humour noir. Elle attend beaucoup les sorties car à ces instants elle se sent vivante et ajoute « ici on est bien mais on vivote ».

Mme G. vient au PASA deux fois par semaine depuis environ un an. L'équipe soignante lui propose ce dispositif suite à un Inventaire NeuroPsychiatrique version Équipe Soignante (NPI-ES). Ce test évalue les troubles comportementaux et psychologiques du patient sous forme d'un questionnaire que le soignant prodiguant les soins quotidiens remplit. Le NPI-ES révèle un score assez haut pour Mme G., en particulier au niveau de son agressivité, de son versant dépressif en lien avec sa problématique corporelle et de son apathie vis-à-vis des résidents et certains soignants. En dehors du PASA, Mme G. est également suivie par une kinésithérapeute qu'elle apprécie beaucoup depuis son arrivée à l'EHPAD. Cette soignante m'explique que la prise en soins est actuellement centrée autour de la spasticité de la patiente. Pendant plusieurs années, les séances de kinésithérapie ciblaient également le maintien de marche. Cependant, Mme G. était très fatigable et après quelques pas il lui arrivait de se figer et de se laisser tomber sans aucun réflexe de protection (comme en mettant les mains en avant). Ces exercices devenaient trop dangereux et étaient source d'une grande anxiété à la fois pour la patiente et pour la kinésithérapeute. Aujourd'hui, Mme G. ne marche plus et elle garde des souvenirs douloureux de ses dernières expériences de marche.

Lors d'un entretien, je demande à Mme G. quels sont ses loisirs, ce qui lui fait plaisir, elle me répond « rien » puis rit. Elle se reprend ensuite et affirme qu'elle aime répondre aux questions qu'on lui pose. J'émetts l'hypothèse qu'elle me dit cela pour me faire « plaisir » et

pour que je continue d'être avec elle, puisque cet entretien est sous forme de plusieurs questions. Mme G. me fait part spontanément de ses peurs et me livre qu'elle a toujours été inquiète à l'idée de conduire. Elle ajoute qu'il y a longtemps, elle est tombée accidentellement dans une rivière et que, bien qu'elle ait appris à nager, elle fut paralysée par l'angoisse. C'est un inconnu qui l'a sauvée de la noyade et depuis Mme G. a peur de l'eau et plus particulièrement de la « sensation de l'eau qui coule » (comme la douche).

À ce moment-là, je remarque directement que lorsque l'on évoque la notion de plaisir, Mme G. la relie de suite à la peur. Les vécus douloureux de Mme G. ont-ils pris tellement de place dans ses pensées qu'elle ne peut penser au plaisir ?

Chapitre 3 : Le groupe thérapeutique psychomoteur Corps en jeu au PASA

1) Première rencontre avec Mme G.

Avec mon maître de stage, nous parcourons ensemble l'EHPAD pour inviter les résidents concernés à venir au PASA. Au fond de l'espace commun dans lequel les résidents prennent le petit déjeuner, je vois de dos Mme G., dans son fauteuil roulant, seule face à une table à desservir. Nous nous plaçons devant elle et mon maître de stage la salue chaleureusement. Je vois alors une femme âgée en surpoids installée dans un grand fauteuil roulant. Elle a les cheveux gris courts, coupés à « la garçonne », un visage fin et allongé et de petits yeux clairs encadrés par de fines lunettes. Elle est habillée avec des vêtements amples de couleurs sombres qui « camouflent » son corps. Elle porte un collier de perles en bois de différentes couleurs et formes, elle me confiera plus tard que c'est un cadeau de ses petits-enfants.

Je me présente à elle, lui serre la main et lui explique ma présence au PASA jusqu'en juin. Pendant que je lui parle, elle me regarde fixement dans les yeux, je vois son visage s'ouvrir. Elle esquisse un léger sourire et me lance « de la chair fraîche ça ne fait pas de mal ! ». Nous rions alors toutes les trois. Mon maître de stage affirme que Mme G. aime la compagnie des « jeunes ». Elle rétorque de suite qu'elle n'aime pas tout le monde et qu'avec elle « soit ça passe, soit ça casse ». Je lui dis qu'à mes yeux elle semble avoir un fort

tempérament, elle me renvoie que je parais avoir du répondant et qu'elle aime cela. Cet échange m'évoque une partie de ping-pong pendant laquelle il faut renvoyer la balle rapidement à l'adversaire. Je sens que le vocabulaire et l'attitude de Mme G. sont saillants et j'ai l'impression qu'elle me montre son caractère comme pour s'imposer. Mme G. me met-elle à l'épreuve pour déterminer si elle peut m'accepter ?

2) Bilan psychomoteur récent de Mme G.

Je réalise un Examen Géro-nto-Psychomoteur (EGP) auprès de Mme G. en deux séances en vue d'une potentielle prise en soins en psychomotricité. Certaines épreuves du bilan ne lui ont pas été proposées compte tenu de sa pathologie et de ses difficultés motrices et l'EGP n'a donc pas été coté. Malgré sa fatigabilité, elle se montre très volontaire, attentive et chaleureuse tout au long du bilan.

Praxies et motricité fine : Les praxies sont entravées par son handicap mais la représentation mentale de l'action est conservée. Elle est en difficulté face au graphisme, avec d'une part une écriture tremblante et peu lisible et d'autre part une copie de figures géométriques incomplète. Ainsi, elle reproduit uniquement la partie droite du modèle, ce qui pourrait faire penser à une hémiparésie. Toutefois, les praxies sont possibles lorsqu'elle manipule les objets (comme pour la construction de pyramide) mais ceci nécessite une forte concentration qui la fatigue.

Mme G. peut réaliser les mouvements fins uniquement avec la main droite (non plégique). Son déliement digital est efficace, mais les mouvements fins complexes la mettent en difficulté. Le séquençage de l'action est-il entravé ? Elle tente alors un geste et regarde vers le bas comme si elle avait honte de ne pas réussir. Elle ne peut pas mettre de mots sur la difficulté rencontrée.

Mobilisations articulaires et schéma corporel : Mme G. connaît très bien son schéma corporel, peut le transposer sur une autre personne et différencie clairement sa droite et sa gauche. Lors des mobilisations passives, Mme G. n'a pas conscience de son état tonique autant du côté plégique (expliqué par la spasticité) que du non-plégique. Elle est convaincue

d'être relâchée alors que ce n'est pas le cas. Les mobilisations actives sont entravées par l'hémiplégie et la subluxation de l'épaule gauche de Mme G.. Cependant, elle peut se mouvoir volontairement à l'exception du membre supérieur plégique. Elle dit clairement qu'elle ne peut plus marcher et explique cela par le fait que ses jambes « ne suivent plus pour [la] retenir ».

Vigilance : L'attention de Mme G. « flotte » à certains moments. Les épreuves lui demandent une concentration accrue, elle est fatigable.

Espace et perception : Mme G. se repère et s'oriente correctement dans ses déplacements et dans l'espace. Cependant elle ne balaye pas son champ visuel, la division d'une ligne en parties égales est donc erronée (elle néglige une fois de plus la section gauche). À ses yeux, il n'y a pas d'erreur. Cet exercice est tout de même possible en l'incitant, par le mouvement de mon doigt, à glisser son regard sur l'ensemble du segment.

Mme G. conserve l'identification et la reconnaissance par le toucher (stéréognosie), la vue et l'ouïe (les rythmes). La lecture est laborieuse : elle ne commence pas le texte par le début et néglige des sections de phrases (se trouvant à gauche dans son champ visuel). Pour compenser, elle ajoute des mots donnant un sens à ses phrases. Elle dit avoir lu tous les mots et ne reconnaît pas ses oublis. En étayant son balayage visuel en montrant les mots avec mon doigt, elle lit une phrase entièrement.

Temps : Il est difficile pour Mme G. de trouver la date du jour en premier lieu. Toutefois, elle conserve l'apprentissage des repères temporels (comme les jours, mois) et peut retrouver la date avec indices. Le séquençage d'une histoire est très ardu pour Mme G., ses stratégies sont confuses et elle n'exprime pas sa difficulté de réalisation. Mais lorsqu'elle est étayée, elle peut réaliser l'exercice.

En conclusion de ce bilan, Mme G. conserve ses capacités cognitives, la représentation mentale de l'action, l'anticipation et l'ajustement gestuel. Elle connaît son

schéma corporel, reproduit des mouvements fins simples et se repère aussi bien spatialement que temporellement. Elle trouve du plaisir à être en relation et est demandeuse de contact.

Toute activité faisant appel à l'espace est laborieuse. Mme G. néglige l'espace se situant à gauche ; ce qui correspondrait à une héminégligence. Ses difficultés peuvent être atténuées avec un accompagnement de l'exploration et une stimulation dans l'espace gauche. De plus, elle n'exprime pas ou très peu ses difficultés et ses ressentis. Une prise en soins groupale en psychomotricité est alors pertinente pour qu'elle puisse développer des relations avec des résidents. Les axes de travail seraient les suivants : favoriser l'expression et la communication dans la relation ; inviter à retrouver un corps-plaisir au sein d'activités ludiques ; stimuler l'axe corporel et l'exploration de l'espace gauche.

3) Description du groupe Corps en jeu

Le groupe thérapeutique Corps en jeu a lieu dans le salon du PASA, tous les mardis, de 15h15 à 16h. J'encadre seule le groupe constitué de trois résidents : Mme G., Mme LM. et M. L. Ses objectifs sont les suivants : stimuler l'expression et la recherche de place au sein du groupe ; favoriser le plaisir sensori-moteur au sein d'activités ludiques ; et étayer la motricité globale et l'exploration de l'espace.

À chaque séance, nous participons tous ensemble à une activité ludique motrice. En arrivant dans la salle, nous nous plaçons assis en cercle, prenons le temps de nous installer et de ressentir l'état dans lequel nous arrivons. J'invite chacun à dire quelques mots sur les ressentis qu'il éprouve à cet instant. Nous reparlons ensuite de la séance de la semaine précédente et de ce qui a fait trace. Enfin nous rappelons l'activité choisie pour la suite.

J'explique le déroulé de ce que nous allons faire aujourd'hui. Selon l'activité, notamment s'il s'agit d'un jeu, nous choisissons avec qui nous faisons équipe (tout en respectant de ne pas toujours choisir les mêmes partenaires) et nous organisons dans l'espace pour participer ensemble.

À la fin de la séance, nous rangeons ensemble en fonction des capacités de chacun. Nous nous replaçons assis en cercle et laissons un temps de silence durant lequel j'invite chacun à se recentrer, à écouter ses sensations et à penser à la séance. Puis nous discutons brièvement et je demande à chacun de dire un mot sur la séance. Enfin, nous échangeons pour choisir l'activité de la semaine suivante. Il peut s'agir de la même activité (à

approfondir, revoir), d'une proposition d'un patient que j'oriente ou d'une annonce de ma part. Une fois la séance terminée, nous rejoignons l'autre partie du groupe du PASA pour prendre une collation tous ensemble.

4) Description des autres membres du groupe Corps en jeu

4.1 Mme LM.

Mme LM. est une femme élancée et coquette de quatre-vingt-un ans. Elle a des yeux marron clair et de longs cheveux blancs lisses. Elle sourit souvent et dégage au premier abord une certaine douceur. Lors de notre première rencontre, je suis frappée par la beauté de cette femme. Mme LM. prend soin d'elle, ne se maquille pas et porte des vêtements élégants et cintrés. Ancienne miss de sa région, elle a travaillé une grande partie de sa vie dans la confection de corsets.

Aujourd'hui, Mme LM. est atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé et vit donc en UVP. Elle est entrée dans l'EHPAD et au PASA il y a près de six mois. Elle est souvent perdue autant spatialement que temporellement et cherche régulièrement où elle vit. Lorsqu'elle est désorientée, elle veut rentrer chez elle mais dit avoir oublié sa clef, ce qui l'angoisse encore plus. Mme LM. est particulièrement anxieuse, elle est souvent sur le qui-vive et sursaute de façon exagérée lorsqu'elle est surprise. À ce moment, elle manifeste un tonus très haut et il est difficile pour elle de s'apaiser. Elle se déplace sans aide, par de grandes enjambées et ses transferts sont fluides. L'ensemble de ses mouvements sont corrects à l'exception d'une motricité fine altérée. Ses doigts sont en perpétuel mouvement, ce qui explique qu'elle prend les objets de façon imprécise. Pendant les activités corporelles, Mme LM. se défoule, se décharge et prend du plaisir. Lorsqu'il n'y a pas d'activité, il est difficile pour elle de rester assise. Elle est comme angoissée par le vide et déambule « pour faire travailler ses prothèses de genoux » comme elle aime le dire.

Mme LM. conserve certaines capacités cognitives dont le langage, l'attention et les fonctions exécutives. Toutefois, elle se sous-estime et n'a pas confiance en elle. C'est pourquoi, il est important de la valoriser et de l'encourager à participer. Elle prend plaisir à raconter des fragments de son histoire de vie, pas toujours de façon ordonnée et peut rebondir lors de discussions. Elle cherche particulièrement le contact aussi bien du côté du résident

que du côté du soignant. Mme LM. propose ainsi son aide spontanément, mais a tendance à vouloir « trop » faire, au point de faire à la place des autres.

4.2 M. L.

M. L. est un homme de soixante-quinze ans, installé dans un fauteuil roulant. Il a un visage allongé, avec des yeux foncés et porte de grandes lunettes. Il a une barbe blanche épaisse et des cheveux gris coiffés par une casquette de marin. M. L. est souvent habillé avec une marinière ou des vêtements avec des symboles de bateaux et porte régulièrement des colliers de coquillages. M. L. a travaillé pendant toute sa vie sur un bateau, tout d'abord en tant que sous-officier puis en tant que maître d'hôtel. Il se décrit comme un « amoureux du grand air et du voyage qui a fait le tour du monde en bateau ». Il n'a jamais été marié ou en couple en dehors de « quelques aventures » et n'a pas d'enfants.

M. L. est entré à l'EHPAD suite à des chutes à répétition à son domicile dans lequel il se sentait seul. Il m'explique que sa dernière chute sur sa colonne vertébrale a entraîné une atteinte de sa moelle épinière et que c'est à cause de cela qu'il ne peut plus marcher et qu'il est installé en fauteuil roulant. M. L. présente quelques troubles cognitifs et ressent souvent des douleurs chroniques dans ses membres inférieurs mais il exprime très peu ce qu'il éprouve. Il réalise peu de mouvements et évite de se déplacer par lui-même (en faisant rouler son fauteuil) de crainte des moqueries des autres résidents. M. L. apprécie prendre son temps, il est décrit par l'équipe comme courtois et patient. Il affectionne les jeux et les activités manuelles de type bricolage, mais il regrette de ne pas les partager avec quelqu'un.

5) Vignettes cliniques

5.1 1^{ère} séance : on se connaît ?

Lors de la première séance, je propose à chacun de se présenter brièvement au groupe, de dire quelques mots sur ce qu'ils aiment, n'aiment pas et de choisir s'ils préfèrent se faire appeler par leur prénom ou leur nom de famille. Tous les résidents choisissent de se faire appeler par leur prénom (toutefois, je décide dans mon mémoire de les appeler M. L., Mme G., Mme LM.).

Je commence par me présenter, puis propose à Mme G. de poursuivre. Cet exercice semble nécessiter beaucoup d'attention pour elle. Elle hoche la tête lorsque je lui propose de se présenter, me fait un sourire et ne dit pas un mot ; comme si elle attendait que je la présente. Cela me renvoie à son quotidien, au fait qu'elle laisse constamment son corps aux mains des soignants. Mme G. est-elle tellement habituée à ce que les soignants pensent pour elle qu'elle ne pense même pas à se présenter elle-même ? Le dispositif groupal l'angoisse-t-il ? Son tonus me paraît pourtant harmonieux, j'ai surtout l'impression que l'on a coupé la langue de Mme G.. Je l'étaye alors en lui demandant « quel est votre prénom, votre nom ? », elle répond en me regardant dans les yeux comme pour ne s'adresser qu'à moi et non au groupe. Elle me dit qu'elle aime « les quizz, quand on pose des questions, les jeux d'esprit » et conclut par « tout est dans la tête ». Je remarque que toutes ses réponses tournent autour de la sphère psychique. Elle ajoute qu'elle déteste perdre et je pense à ce moment-là aux nombreuses pertes qu'elle a subies au cours de sa vie.

Au tour de Mme LM., celle-ci est ravie de se présenter. Au moment où elle prononce son prénom, Mme G. se tourne vers elle brusquement d'un air surpris et lui confie que c'est son deuxième prénom. Je leur dis alors que c'est également mon deuxième prénom et je vois que Mme G. se tourne davantage vers le groupe. Mme. G. est-elle « rassurée » d'avoir du commun avec nous ? Je suis particulièrement étonnée de sa réaction car Mme LM. et Mme G. se côtoient au PASA deux fois par semaine depuis six mois et que dans ce contexte Mme LM. est appelée par son prénom. Mme G. a donc déjà entendu son prénom à plusieurs reprises, de plus elles s'adressent régulièrement la parole. Mme G. n'a-t-elle jamais écouté activement le prénom de Mme LM. ? A-t-elle uniquement parlé de banalités avec Mme LM. ? À mes yeux, cela fait six mois que Mme G. et Mme LM. vivent séparément dans le même groupe, sans s'être jamais réellement rencontrées.

5.2 Passation des tests d'héminégligence : la disparition d'une moitié

Le matin (avant d'entrer au PASA) Mme G. accepte de passer les tests que je lui propose vis-à-vis des difficultés spatiales que j'ai observées lors du bilan psychomoteur.

Avant de les commencer, je lui demande de décrire ce qu'elle ressent de la partie plégique de son corps. Mme G. me répond qu'elle sent sa main gauche mais qu'« elle n'agit pas normalement ». Elle ajoute au sujet de l'ensemble du côté gauche qu'il lui arrive de ne pas y faire attention et qu'elle peut d'ailleurs être surprise lorsque quelqu'un se présente à sa gauche. Elle m'atteste suite à ces dires que « de toutes façons, tout est dans la tête ! »

Je lui présente plusieurs tests : le dessin de l'horloge, le test des cloches, la copie d'une scène, le test du *burning house* et de la voiture cassée et enfin le dessin du bonhomme. Je remarque très vite que l'ensemble des résultats est en faveur d'un diagnostic d'héminégligence extra-corporelle.

- **Le dessin de l'horloge** (annexe I) : Mme G. écrit tous les chiffres dans la zone droite de l'horloge sauf le onze, qu'elle omet. Elle est donc en difficulté à placer « onze heures et quart », elle note une aiguille sur le un et une autre sur le trois.
- **Le test des cloches** (annexe II) : Mme G. entoure uniquement quatre cloches au niveau du bord droit de la feuille parmi la multitude de cloches et autres éléments présents sur la feuille.
- **La copie d'une scène** (annexe III) : elle ne dessine que la partie droite du dessin. Son esquisse commence à partir de la moitié de l'élément central (la maison).
- **Le test du *burning house* et de la voiture cassée** : elle choisit de vivre dans la maison présentant un incendie sur sa partie gauche et explique qu'elle ne choisit pas l'autre maison (qui n'a pas d'incendie) car « il doit y avoir moins d'escaliers à monter ». Ensuite, elle choisit la voiture avec le capot cassé à gauche et justifie que celle du dessus (non cassée) a l'air plus longue.
- **Le dessin du bonhomme** (annexe IV) : elle semble désemparée et me demande à deux reprises de recommencer après n'avoir dessiné que quelques traits. Lors de la troisième et dernière esquisse, elle dessine, sur la partie droite de la feuille, le profil gauche d'une tête ainsi que le haut du buste. Dessine-t-elle le profil qu'elle perçoit d'une personne en face d'elle (puisqu'elle négligerait le profil droit se situant dans son espace gauche) ? Je demande à Mme G. de me parler de son bonhomme. Elle me dit que c'est un homme d'une vingtaine d'années. À ce moment, elle souligne qu'elle n'est pas fière de sa production parce qu'elle n'aime pas dessiner. Elle insiste trois fois sur le fait que son bonhomme est quelconque. Je sens que Mme G. manifeste

une certaine agitation : je remarque des micromouvements d'épaule et des froncements de sourcils à répétition. Après un court silence, elle me révèle s'être inspirée de son mari qui est décédé. Mme G. est peinée et m'explique qu'elle n'aime pas parler « de ces choses-là » et penser à « tout ça ». Je sens que Mme G. cache beaucoup de souffrance derrière ces vagues mots. Elle souhaite rester un temps seule dans sa chambre, puis que je l'emmène au PASA. Je sens comme une ombre de mort et de pertes au-dessus de Mme G..

Plus tard, après avoir parlé avec mon maître de stage, je rencontre le médecin coordinateur de l'EHPAD. J'échange avec elle autour de Mme G. et d'un potentiel diagnostic d'héminégligence. Je m'appuie sur mon compte-rendu de bilan psychomoteur joint au dossier médical ainsi que les tests effectués ce matin-là. Elle me paraît attentive et intéressée par la situation et me confirme que Mme G. présente en effet une héminégligence. Elle décide de poser le diagnostic en se basant sur ces documents et m'encourage dans le soin que je propose à la patiente.

5.3 3^{ème} séance : une écoute interne

Mme G. se rappelle spontanément du prénom de Mme LM. et j'en déduis donc que cela a fait trace. Lors de l'état des lieux d'arrivée corporel et émotionnel, Mme G. informe le groupe qu'elle n'est « pas très bien » parce qu'elle ressent une mauvaise sensation intérieure et qu'elle se sent très mal dans ce corps, bien qu'elle n'ait pas de douleurs. J'ai l'impression que la Mme G. cérébrale se différencie de « ce corps » qui semble l'entraver et lui faire défaut. Nous jouons ensemble aux fléchettes et lorsque ce n'est pas son tour, Mme G. oscille entre l'encouragement des autres patients et la manipulation minutieuse des fléchettes, la bouche ouverte. Elle semble apprécier ce moment et me paraît être tournée vers une écoute interne de ses sensations. À mes yeux, Mme G. alterne entre présence dans le groupe et présence à elle-même.

En fin de séance, Mme G. résume son expérience par les mots suivants : « on a envie de faire le meilleur score ». Je lui demande si cela lui donne envie d'être en compétition avec les autres, elle me répond que non « c'est plutôt de donner le meilleur de nous-mêmes ».

J'ai l'impression que Mme G. se sent, pendant ce jeu, particulièrement valorisée par le groupe qui l'encourage même lorsqu'elle ne touche pas la cible.

5.4 4^{ème} séance : un élan de vie

Lors de toute la discussion précédant le jeu de bowling, Mme G. somnole. Elle ferme les yeux, ne répond pas verbalement et fait quelques mouvements de tête pour acquiescer à certains moments. Elle est réellement présente à partir du moment où nous nous déplaçons dans l'espace de salle pour jouer ensemble ; le mouvement n'est plus seulement psychique mais bien physique. La mise en mouvement corporel anime-t-elle Mme G. ? M. L. prend les devants et amorce une organisation de l'espace pour jouer au bowling tandis que Mme G. et Mme LM. suivent le mouvement. Je fais équipe avec Mme G. qui me rappelle de suite qu'elle n'aime pas perdre. Nous jouons une équipe après l'autre et lorsque Mme LM. ou M. L. lance la boule, avec Mme G. nous sommes dans la zone droite de la pièce. À notre tour de jouer, Mme G. ne cherche pas à être placée au centre pour viser les quilles. Même contre le mur droit, elle considère être placée correctement pour lancer la boule, ce qui est source d'échecs et de frustration. Ce n'est qu'après de nombreux essais infructueux que Mme G. accepte d'essayer de jouer placée au centre.

Avant chaque lancer, Mme G. manipule la boule de bowling de la main droite, comme si elle tentait d'explorer chacun de ses détails via le toucher et la vue. Elle l'observe minutieusement jusqu'à ce qu'elle place deux doigts à l'intérieur des trous. Elle me demande si l'on a changé de boule puisque, pour elle, il manque un trou (celui à l'extrême gauche). Je lui fais sentir les trois trous avec sa main et elle place d'elle-même ses doigts à l'intérieur. Quelques fois, elle reprend cette stratégie pour retrouver l'emplacement des trous. Le fait de tirer et de renverser les quilles est particulièrement compliqué pour Mme G.. Avec son bras, elle prend beaucoup d'élan et ses gestes sont peu précis. Cependant Mme G. ne « baisse pas les bras » et continue à s'appliquer, langue sortie, pour tenter de toucher quelques quilles. Une fois les premières quilles renversées, Mme G. clame sa victoire avec tellement d'excitation qu'elle en fait voler son chausson gauche. Elle est fière d'elle et nous l'acclamons chaleureusement.

À la fin de cette séance, je propose aux patients que l'on réfléchisse ensemble à l'activité de la séance suivante. Mme G. est comme prise d'un élan de vie et me répond instantanément. Elle s'avance sur son fauteuil, ouvre son buste et souffle doucement « de la danse ». J'ai l'impression qu'une flamme s'allume dans ses yeux. Je me sens particulièrement motivée et enjouée par l'idée car je réfléchissais à une séance sans objet mettant en jeu le corps dans sa globalité. Je me sens alors également prise par cet élan de vie. Elle ajoute qu'elle aimerait vraiment danser. M. L. réagit de suite : « ah moi je ne peux pas, je ne marche plus ! Mais ça m'aurait bien plu comme idée ». Mme G. rétorque qu'elle, elle peut marcher et qu'elle peut même danser en plus de cela. Je me questionne sur sa réaction, Mme G. et de nombreux soignants m'ont affirmé qu'elle ne marchait plus. Pourquoi ce revirement de discours ? Dit-elle cela pour se valoriser auprès du groupe et plus particulièrement de M. L. ? Dénie-t-elle sa perte de marche ? Un peu ébranlée et cherchant un compromis, je demande au groupe si, selon lui, la marche est essentielle pour pouvoir danser. Cela laisse les trois résidents en suspens, interrogatifs. J'ajoute que certains danseurs s'exercent assis et nous allons l'aborder ainsi.

5.5 6^{ème} séance : un sommeil bien profond

Tout au long de cette séance axée sur la danse, Mme G. dort. Est-elle épuisée à cause de la bronchite qu'elle contracte ? Se coupe-t-elle du groupe pour éviter de mobiliser l'ensemble de son corps et se défendre face à cette difficulté ? Lors de la collation, une ASG demande à Mme G. « comment c'était la danse ? ». Elle est interrogative et son visage est marqué d'incompréhension. Elle demande « Qui a dansé ? », puis me regarde et me lance « C'est vous ? ». Je lui explique que lors du groupe Corps en jeu, nous avons dansé comme elle nous l'avait proposé la semaine dernière. J'ajoute qu'elle n'a pas participé au groupe car elle dormait profondément et ce malgré mes tentatives de réveil. Je vois que Mme G. est à la fois pensive et peinée. Elle est agacée d'elle-même et ne comprend pas pourquoi elle dort autant. Cela l'ennuie beaucoup car elle pense passer à côté de plein de choses comme la danse d'aujourd'hui. Elle est contrariée et me demande de la réveiller en insistant pour les prochaines séances. J'accepte sa requête et lui dis que lorsqu'elle dort, son organisme travaille en permanence et que ses organes ne prennent jamais de repos. J'ajoute que son

système immunitaire travaille à plein régime lorsqu'elle est malade. Elle acquiesce doucement et reste pensive.

5.6 7^{ème} séance : le lion qui sommeillait

Durant cette séance, Mme LM. est absente car elle est perturbée suite à l'opération chirurgicale qu'elle a subie quelques jours auparavant. Dès le début du groupe, Mme G. dort. Je tente plusieurs fois de la réveiller, en vain. Nous commençons par un réveil corporel en faisant passer une balle à picots sur chaque partie de notre corps. Je donne une balle à picots à M. L. et une à Mme G.. Cette dernière la prend dans sa main et replonge dans son sommeil. Au cours de cet échauffement corporel, Mme G. laisse tomber la balle à trois reprises. À la troisième chute, elle sursaute et se réveille instantanément. Elle regarde autour d'elle, comprend l'exercice et se met à suivre le mouvement par imitation. À cet instant, j'ai l'impression que Mme G. « tourne à plein régime », elle appuie fort sur la balle à picots et se frotte comme frénétiquement. J'ai l'impression que Mme G. tente de se réveiller au maximum pour ne pas sombrer à nouveau dans le sommeil, comme si elle essayait de se maintenir en vie. J'avertis le groupe que nous roulons ensuite la balle sur l'autre main et je vois que Mme G. persiste à rouler sa balle sur l'une de ses cuisses. Je lui demande alors si c'est sa main et me répond « non mais je ne sais pas comment faire moi ! ». Je lui montre le mouvement sur moi, en me plaçant dans la même position qu'elle. En m'imitant, elle peut rouler la balle sur sa main gauche. Mme G. négligeait-elle sa main gauche ? Avait-elle la sensation que cette main-là n'existait pas ?

On poursuit en jouant ensuite avec un seul ballon : on choisit à qui on souhaite l'envoyer, on dit son prénom puis on le lance vers la personne concernée. Progressivement, je sens qu'une certaine tension monte chez Mme G.. Elle me jette « ouais moi la balle je vais vous la balancer ! », marque un temps et ajoute « je rigole hein » toute crispée. La balle vient à elle, Mme G. me montre ses dents et place son bras vers ma direction comme si elle allait me la lancer très fort. J'ai l'impression que son cerveau reptilien prend le dessus et qu'elle montre une réaction animale. Je sens qu'elle risque de déborder et d'avoir une grande décharge motrice. Je lui dis qu'ainsi, elle a l'air d'avoir une dent contre moi. Elle me répond

que ce n'est pas le cas et me lance la balle tranquillement. Je sens une incohérence entre son attitude et son geste. Mme G. est très prise par l'excitation du jeu au point qu'elle en oublie la consigne du prénom. Mme G. réceptionne le ballon en utilisant uniquement sa main et son bras droit. À chaque fois, elle me lance « Eh ! Vous voyez, j'y arrive ! Je rattrape presque tout ! » avec un regard d'affrontement. A-t-elle besoin de montrer ses capacités ? S'adresse-t-elle réellement à moi et n'est-elle plutôt pas elle-même surprise de ses propres capacités ? Mme G. lance la balle avec une certaine animosité uniquement envers moi. Est-ce aussi la nouveauté de séance d'être la seule femme résidente avec un homme résident ? Après quelques passes, je me mets à jouer de cette agressivité. Je me recule sur ma chaise et lui joue la peur : « Dites donc, vous y mettez toutes vos forces ! Cette balle, elle va arriver très très fort ! Est-ce que je vais réussir à la rattraper ? » Mme G. explose de rire et nous rions tous les trois ensemble. Cela lui permet-il de décharger sa tension via un canal plus approprié ? Elle se met à jouer avec moi autour de cette situation : elle fait semblant de prendre beaucoup d'élan, de me viser mais finit toujours par lancer sans véritablement vouloir me faire mal et passer à l'acte. Je sens que Mme G. n'essaye pas de m'attaquer mais qu'elle exprime plutôt une forme d'agressivité qu'il est possible de moduler ensemble. Mme G. m'adresse-t-elle son agressivité parce que je suis dans la zone gauche (donc négligée) de son espace ? Cela la met-elle en difficulté, ce qui majore son agacement ? Pense-t-elle que je suis un appui suffisamment stable pour me lancer ses émotions ? Est-ce une rivalité de femmes : la jeune et l'âgée sous le regard d'un homme ? Tout au long de ce jeu, on rit et on prend un véritable plaisir à jouer ensemble.

J'amorce un autre jeu : on donne la balle à quelqu'un en lui disant « tenez, j'ai un cadeau pour vous », avec une certaine émotion. La personne à qui on offre le cadeau répond « Un cadeau pour moi ? Merci ! » également avec une émotion (qui peut être identique ou différente de la précédente). Mme G. s'investit complètement dans l'exercice et aime particulièrement jouer la tristesse, l'excitation et la colère. M. L., quant à lui, s'adresse toujours avec beaucoup de douceur à Mme G.. Il joue avec elle uniquement les émotions de peur et de joie et diversifie légèrement son répertoire à mon égard. À la fin du jeu, j'entends Mme G. se dire à elle-même « respire ! ». Je la questionne à ce sujet, elle me répond qu'elle a « besoin de redescendre parce [qu'elle est] trop surexcitée. ». Je propose donc de reprendre chacun une balle à picots, de la rouler lentement sur le corps tout en se recentrant sur ses ressentis et ses émotions.

Pour conclure la séance, j'écoute le mot de chacun, Mme G. choisit « bien-être » à ma grande surprise et M. L. « content ». Je pensais que Mme G. parlerait davantage d'excitation, d'agressivité ou encore de tensions. Lors de la discussion autour de l'activité de la semaine prochaine, elle propose que l'on fasse de la relaxation et ajoute « j'en ai besoin, je me sens tendue avec un trop plein d'énergie ».

La séance terminée, je propose à M. L. de pousser son fauteuil pour l'accompagner à la collation. Il m'invite à m'occuper d'abord de Mme G. car selon lui « c'est les femmes en premier », ce qui m'évoque la devise des marins lors des naufrages mais aussi la courtoisie d'un homme vis-à-vis d'une femme. Pendant le trajet, Mme G. me murmure qu'à ses yeux M. L. est un gentleman et que cela est rare au sein de l'EHPAD. En s'approchant du reste du groupe du PASA, Mme G. émet des sons de sirène de pompier et me dit que c'est pour montrer aux autres qu'elle arrive. La séance aurait-elle permis à Mme G. de se sentir exister via le regard du groupe et via le plaisir sensori-moteur éprouvé ? Se sent-elle vivante et a-t-elle envie de le partager via ce canal sensoriel ?

5.7 8^{ème} séance : entre la vie et la mort

Au début de la séance, chacun fait part au groupe de l'état dans lequel il arrive et M. L. nous avertit qu'il n'est « pas dans son assiette » et qu'aujourd'hui il se sent plutôt en colère vis-à-vis de son handicap parce qu'il y a certaines activités qu'il ne peut plus faire. Mme G. et Mme LM. se sentent touchées par ses dires car elles partagent également parfois ce sentiment. Quand je demande à M. L. et Mme G. de raconter la séance précédente, Mme G. ne s'en rappelle pas, malgré les rappels de ma part et de la part de M. L.. Je précise au groupe qu'aujourd'hui, nous allons reprendre les jeux de la semaine précédente comme nous avons pris beaucoup de plaisir ensemble et qu'il est important de partager cette expérience avec Mme LM. qui était absente.

Dès que Mme G. récupère la balle pour les échanges avec les prénoms, elle se remet en position « bras en attaque » et me montre ses dents (comme si son corps s'en rappelait). Je lui dis « holala dites donc, je sens que vous allez lancer cette balle avec toutes vos forces ! » et surjoue l'étonnement. Elle explose de rire et me lance la balle tranquillement.

Pendant un certain temps, elle ne la lance qu'à M. L. jusqu'à ce que Mme LM. lui fasse la remarque « oh dites donc, il a l'air de beaucoup vous plaire ce monsieur ! ». Gênée, elle rougit, se redresse sur son fauteuil et bafouille « non, je fais ce qu'on me demande ». Suite à cette remarque, Mme G. lance le ballon à n'importe quel membre du groupe. À un moment, Mme LM. lance le ballon sur le nez de Mme G.. Elle s'empresse de s'excuser et lui demande si elle lui a cassé le nez. Mme G., en riant, réplique qu'elle aurait bien aimé car c'est son plus gros complexe. Plus jeune, elle souhaitait recourir à la chirurgie esthétique mais elle avait peur de la douleur car on lui a dit qu'il fallait « tout péter, tout l'os ».

J'annonce que pour la semaine prochaine, je choisis l'activité et ce sera un jeu autour du miroir. Mme G. demande « et comment on fait si la semaine prochaine on n'est pas là ? ». Tout de suite cela me rappelle la séance de danse pendant laquelle elle a dormi. Je lui demande de préciser sa question. Et elle me dit « on ne sait jamais ce qu'il peut y avoir d'ici là. Le bon dieu peut nous reprendre là-bas ». Elle partage avec nous son angoisse du moment autour de la mort. Juste après ses dires, elle demande « mais sinon pour les jeux de miroir, je pourrai demander miroir mon beau miroir, dis-moi qui est la plus belle ? ». Je lui réponds qu'elle verra bien et qu'il faudra patienter jusqu'à la prochaine séance. J'accompagne ensuite les trois résidents vers le reste du groupe du PASA pour la collation. Je pousse le fauteuil roulant de Mme G. en suivant Mme LM. poussant M. L.. Mme G. chantonne « wouhou M. L. je suis derrière vous, hein ! ».

5.8 9^{ème} séance : le miroir brisé

Chacun se centre sur soi, écoute ses émotions, son ressenti corporel et l'on marque un temps de silence. Mme G. prend la parole pour souligner que « ce n'est pas facile parce que d'habitude on ne demande pas notre avis ». Aujourd'hui, elle est tracassée car elle a blessé quelqu'un et a des remords. Au tour de Mme LM. : celle-ci nous dit qu'elle se sent très bien ici et plus précisément avec chacun de nous. Elle nous cite : Mme G., M. L. et moi-même. Elle ajoute que le groupe lui donne confiance en elle. Mme G. rebondit pour la remercier et affirme qu'elle aussi, le groupe la renforce. M. L., lui, dit qu'il se sent également

très bien dans ce groupe. Il explique cela par le fait que les personnes ici sont très calmes et qu'en dehors de ce groupe, certains vont trop vite et qu'il est happé par leur rythme.

On commence le jeu des miroirs et je propose de former deux binômes. M. L. choisit spontanément d'être avec moi et Mme LM. et Mme G. se retrouvent ensemble. Dans un premier temps, Mme LM. réalise le mouvement pendant que Mme G. doit le reproduire en miroir. Cette dernière regarde sur le côté gauche, elle évite l'exercice et reste figée. C'est ensuite au tour de Mme G. de faire le mouvement que Mme LM. doit refléter. Mme G. s'offusque « oh non elle va être toute déphasée si elle fait mon reflet ». Mme LM. lui répond « vous n'avez pas de défaut [Mme G.] j'aimerais beaucoup être votre reflet ». Mme G. s'affole, « ça va se casser de partout ce n'est pas possible », elle se crispe, devient très tonique et respire nerveusement. On sent bien derrière cette pensée une idée de morcellement. Mme G. entre dans une grande logorrhée, comme si elle était en boucle et explique de différentes façons toutes les raisons pour lesquelles elle ne peut pas faire cela ; et termine par « je ne suis pas belle, je ne peux pas faire ça ». Je me mets accroupie, lui touche les épaules et lui dit qu'elle n'est pas obligée de faire le miroir. Mme G. me regarde fixement dans les yeux et je sens un certain relâchement, son buste descend progressivement. A-t-elle pu s'agripper à mon regard, à mes mains ? Je propose ensuite que Mme G. observe et que nous fassions à deux le reflet de quelqu'un.

En fin de séance, Mme LM. utilise le mot de « passable » et M. L. emploie « raté ». Ce dernier ajoute qu'à ses yeux, la séance est ratée car il manquait une personne, Mme G.. La principale concernée manifeste de la surprise, se tourne vers M. L. et lui assure « mais j'étais là avec mes pensées ». Toutefois, M. L. lui répond que cela ne suffit pas. En parallèle, Mme G. dit que pour elle, c'était très bien. Au moment de partir, je les informe que la semaine prochaine il n'y aura pas de groupe car je suis en vacances et que l'on se verra donc dans deux semaines. Mme G. lance « Dans deux semaines ?? On vous aura oubliée d'ici là. » en soufflant avec une pointe d'agressivité. Elle répète cette phrase à différents intervalles. J'ai l'impression qu'elle tente de me piquer pour que je n'abandonne pas le groupe. Je finis en lui disant : « Eh bien dans deux semaines, on verra si on a oublié ».

Au moment de partir, Mme LM. fait un câlin aux autres résidents qui semblent à la fois surpris et contents de cette attention. Elle leur envoie un baiser et descend à son étage. Mme G. me murmure « j'l'aime bien celle-là ».

5.9 Échanges avec l'ergothérapeute de l'équipe

Suite au diagnostic d'héminégligence, je choisis de contacter l'ergothérapeute de l'équipe car je me questionne face à l'aménagement du quotidien de Mme G.. En allant la chercher, je remarque entre autres que la porte d'entrée de sa chambre est orientée sur la droite de la patiente. Je lui propose que l'on discute ensemble de son point de vue et des possibilités d'aménagement. J'ajoute qu'il serait intéressant de participer ensemble à un temps d'échange en équipe autour de Mme G. dont les objectifs sont de mieux comprendre son quotidien et de discuter ensemble d'un potentiel aménagement.

L'ergothérapeute me répond qu'il ne peut être présent lors de la réunion d'équipe mais qu'il est intéressé par un compte-rendu de celle-ci. Il me confirme que Mme G. est stimulée quotidiennement sur sa droite et devant elle (avec la télévision et la résidente mangeant en face d'elle). Il souligne que comme l'AVC est ancien, on ne peut espérer une résorption complète de l'héminégligence. L'ergothérapeute m'avertit qu'en ce qui concerne l'aménagement de la chambre de Mme G., le lever doit s'effectuer nécessairement du côté actif, c'est-à-dire du côté droit de Mme G.. Le lit ne peut être déplacé et l'établissement ne dispose pas de chambre structurée de façon à proposer un lever à droite et une entrée à gauche du patient.

5.10 10^{ème} séance : un reflet suffisant

Pendant cette séance, Mme LM. est absente car sa famille lui rend visite. Durant ce temps, nous sommes très proches les uns des autres et nous nous touchons souvent pour nous interpeller. Le nombre très restreint engendre-t-il une grande proximité à la fois physique et relationnelle ?

On reprend les jeux de miroir mais cette fois-ci, je précise mon approche. C'est un miroir en binôme avec un observateur ; et on réalise des mouvements d'un même membre supérieur (bras et main). Mme G. souhaite participer au miroir mais uniquement avec moi. Alors qu'elle mène le miroir, je reflète son mouvement de la main gauche et elle regarde fixement ma main droite qui ne bouge pas (située dans son hémichamp gauche). Pendant la reprise avec M. L., elle fait elle-même cette remarque et explique que cela lui permet de « ne pas rater des trucs là-bas ». Est-elle en hypervigilance pour mener à bien l'exercice ? Est-ce

une stratégie de compensation de son héminégligence ? Malgré cela, a-t-elle pu observer mon reflet dans une vision périphérique ? Elle souligne que c'est très difficile pour elle de maîtriser l'ensemble de son corps pendant le mouvement. On inverse ensuite les rôles et c'est à mon tour de diriger le miroir. Alors que nos paumes face à face sont à quelques centimètres d'écart, Mme G. rapproche sa main et nous nous touchons. À cet instant, j'ai l'impression qu'une émotion nous traverse toutes les deux et que nous sommes émues. Pendant quelques secondes, elle me regarde dans les yeux, esquisse un léger sourire et je sens que sa main tremble. Je crains que ces tremblements soient liés à une fatigue du mouvement. Doucement, j'écarte ma main. Je vois que ses yeux réalisent une saccade vers la droite, son regard semble ensuite « flotter » et elle se trouve en difficulté pour suivre mon mouvement pourtant lent et simple. C'est comme si l'attention de Mme G. dans l'hémichamp droit venait de « sauter » et que je venais d'être témoin du passage du « tout » au « rien ».

PARTIE THÉORICO- CLINIQUE

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Chapitre 1 : L'intérêt du groupe thérapeutique psychomoteur pour Mme G.

1) S'appuyer sur un cadre

Pour Potel « le cadre est autant concret que psychique. Il s'établit dans une inscription spatio-temporelle stable et permanente » (Potel, 2010, p. 388). Elle développe l'idée que « pour pouvoir travailler réellement et psychiquement, il faut que les membres du groupe ne soient pas trop nombreux » (Potel, 2010, p. 386).

Le cadre du groupe thérapeutique psychomoteur Corps en jeu offre cette répétition du vécu qui permet l'intégration de l'expérience. Il est maintenu tous les mardis, de 15h15 à 16h et nous marquons la présence de chacun et faisons « exister » l'absent. Le cadre posé fait que l'expérience débute par des temps de discussion supports à de petites expériences corporelles. Par exemple, à la troisième séance, Mme G. confie au groupe qu'elle se sent mal dans son corps qui lui fait défaut. Suite à cela, on joue aux fléchettes et elle prend le temps d'écouter ce qu'elle ressent. Au fur et à mesure des séances, les temps de discussion sont plus ciblés et l'implication corporelle de chaque participant est plus importante. Lors de la huitième séance, M. L. dévoile la colère qu'il ressent face à son handicap et les autres membres se sentent touchés par cet aveu. Je sens qu'à la suite de ce moment, le groupe s'investit particulièrement dans les jeux de balle et que le mouvement corporel prend une certaine ampleur.

Le groupe Corps en jeu est composé de trois résidents et je l'encadre seule. C'est donc un petit groupe propice à une certaine intimité de partage d'expériences. La distance

relationnelle mise en jeu d'une part entre les patients et d'autre part entre les patients et moi s'apparente aux phases décrites par Schopenhauer avec l'image des porcs-épics (Marc & Bonnal, 2014). La spatialité mise en jeu pose problème lorsque Mme LM. envoie le ballon sur le nez de Mme G.. Avec l'excitation du jeu, le groupe se resserre dans l'espace de la salle, ce qui ne manque pas de « piquer » Mme G.. Sa réaction entraîne, par la suite, un éloignement spatial entre les participants. Je remarque également cela pendant l'exercice du miroir entre Mme LM. et Mme G. : elles sont très proches l'une face à l'autre. La proximité est-elle perçue par Mme G. à ce moment comme une intrusion, avec pour conséquence pas de regard échangé avec sa partenaire donc « coupure » dans l'expérimentation ? Si cette proximité était moins importante, Mme G. aurait-elle tout de même coupé l'expérience ? Quand nous répétons l'expérience la séance suivante sans Mme LM., nous sommes très proches et Mme G. ne paraît pas envahie. Que rend cette expérience acceptable ? Est-ce l'absence de Mme LM. ? Le changement de consigne ? La répétition de l'expérience ? La proximité de l'ensemble du groupe ? La spatialité (qu'elle soit dans le cadre concret de la salle ou dans les jeux de distance entre les participants) renvoie à la « contenance » et à l'importance de la médiation du psychomotricien : se sentir contenu dans cet espace autant physiquement que psychiquement.

2) L'évolution de Mme G. dans le groupe

Avant tout, il est primordial de mettre en avant que l'implication de Mme G. dans le groupe thérapeutique est marquée par des ruptures. Ce terme m'évoque les psychotraumatismes auxquels je pourrais associer son vécu avec notamment la survenue de son AVC. Ainsi, Mme G. alterne entre des phases de présence et d'absence, comme si elle fonctionnait selon la loi de « tout ou rien ». Ce fractionnement me fait également écho au dysfonctionnement de son corps : une partie de son corps ne fonctionne plus, l'autre conserve une motricité volontaire correcte – le mental semble conservé, le corporel est entravé – l'espace extracorporel droit est surinvesti et l'espace extracorporel gauche est négligé – le sein de sa partie plégique est entier et le sein de sa partie saine a été amputé. Cette patiente présente un véritable fonctionnement binaire qui me déstabilise parfois.

2.1 La période initiale

Anzieu insiste sur les trois périodes que traverse le groupe : la période initiale, l'illusion groupale et enfin la période de redifférenciation. La période initiale commence avec les premiers instants pendant lesquels les individus du groupe se rencontrent. Au cours de ce temps, les identités de chacun d'eux sont fantasmatiquement menacées par le groupe et des angoisses (notamment de morcellement) ainsi que des régressions peuvent apparaître.

Au commencement du groupe Corps en jeu, je remarque très vite que Mme G. ne s'adresse pas au groupe, mais regarde uniquement dans ma direction lorsqu'elle s'exprime. Se sent-elle attaquée personnellement par sa présence dans le groupe ? Cela peut faire penser à un vécu angoissant face au groupe. Puis, Mme G. tente de trouver sa place parmi les autres membres du groupe. Pendant le jeu de fléchettes ou le bowling, elle fait comme les autres et n'émet pas d'opposition. On pourrait penser qu'elle tente de « se fondre dans le paysage » comme nous l'avons vu plus haut avec la théorie de Lewin expliquant que le groupe tend au conformisme.

2.2 L'illusion groupale

Puis, l'illusion groupale d'Anzieu prend place et les individus se fondent dans un tout, le groupe devient alors bon objet et toute forme de conflit est mise à l'écart. Cet instant d'illusion groupale pourrait être reliée à la mentalité de groupe de Bion. C'est-à-dire que lorsque les individus se rejoignent dans un groupe, il peut y avoir émergence d'une mentalité commune au groupe dans laquelle toutes les pensées individuelles se confondent.

Je remarque un véritable soutien de la part des résidents entre eux, ils s'entraident pour trouver la meilleure stratégie aux fléchettes et ne se mettent pas en position de rivalité (qui pourtant pourrait être vite à l'œuvre puisque les individus s'opposent) mais bien au contraire ils s'encouragent les uns les autres. Malgré ses difficultés pour viser ou trouver un positionnement dans l'espace, Mme G. est soutenue par le groupe qui la valorise et l'applaudit. Grâce au regard et aux réactions des autres, Mme G. prend progressivement

confiance en elle. C'est comme si elle se sentait exister dans les yeux de l'autre. « La valorisation apparaît comme un besoin narcissique fondamental, support du sentiment d'identité » (Blossier, 2002, p. 112), contrairement à la dévalorisation qui peut entraîner des failles chez la personne qui se sent alors fragile. Selon Anzieu, « si je me montre, je prends le risque d'apparaître mieux que les autres, ce qui peut déclencher chez les autres le désir de me « détruire ». » (Marc & Bonnal, 2014, p. 112). Pour se valoriser, l'individu ne se dévoile pas dans toute sa complexité et sélectionne ce qu'il montre de façon à masquer ce qui peut être de l'ordre du défaut ou du manque. Ces attitudes sont souvent activées lors de début groupal.

Au fur et à mesure des semaines, il y a une véritable écoute de chacun dans le groupe pour parvenir à un but commun. C'est notamment le cas lorsque l'on encourage Mme G. au bowling pour viser les quilles. Les membres sont pris, à mes yeux, dans une véritable illusion groupale et l'on vit ensemble l'euphorie de la victoire, comme si celle-ci concernait chaque membre ayant mis sa pierre à l'édifice.

De plus, je remarque qu'en fin de séance, les mots « bien-être » reviennent régulièrement dans la bouche de chacun. C'est comme si ce terme passait de l'un à l'autre selon une certaine résonance et que chacun se l'appropriait à tour de rôle.

2.3 La période de redifférenciation

La période de redifférenciation d'Anzieu permettrait d'amener les individus, à partir de ce « magma indifférencié » qu'est le groupe, à un travail d'individuation. Dans un groupe, l'individu découvre en lui des potentialités qui restent latentes tant qu'il est isolé. Le groupe participe à la construction de l'individu et à son cheminement. Il peut être tremplin et point d'appui parce qu'il aide chacun à poursuivre son travail d'individuation.

Les ressentis de début de séance s'élaborent de plus en plus et je remarque que chacun s'investit personnellement pour décrire quelques bribes de son vécu. À la troisième séance, Mme G. parle d'une « mauvaise sensation interne » et à la huitième, M. L. exprime un mal-être voire d'une colère face à son handicap. En fin de séance, j'invite les patients à partager

leurs idées pour la semaine suivante. Pouvoir être force de proposition valorise l'individu, qui peut alors se sentir activement impliqué dans la construction des séances.

Dès la séance autour de la danse, idée proposée par Mme G., je sens que le groupe prend un virage dans son évolution. Jusqu'ici, les séances avaient des médiateurs comme les balles, ou encore les fléchettes ; il s'agissait de lancer un objet pour arriver à un but et ce n'était pas adressé à une personne. À cet instant, lors de la séance de danse, il n'y a aucun objet auquel se raccrocher physiquement, la musique est le seul élément non-corporel (ainsi que mes mots). Tout au long de cette séance, Mme G. dort profondément et il est impossible pour moi de la réveiller. Pendant les séances suivantes, les mouvements corporels sont davantage ciblés vers l'autre. On commence des jeux de balle en s'adressant à quelqu'un en particulier. Ceci a pour effet que Mme G. change d'attitude dans le groupe et tente de se différencier : elle exprime de l'agressivité, s'oppose modérément et invite à ce qu'on la regarde faire « vous voyez j'y arrive ». J'émetts l'hypothèse qu'elle ait pu s'appuyer sur le cadre du groupe. À force d'expérimenter la répétition de sa présence dans le groupe (toujours la même heure, au même lieu, les mêmes personnes), il semble que Mme G. se sente suffisamment en sécurité et contenue à la fois par le cadre et par le groupe pour se permettre de se décaler de l'identité groupale et de faire venir des éléments plus personnels. La première fois que je la vois manifester ce comportement, nous jouons au ballon ensemble et Mme G. exprime de l'agressivité. Est-ce la seule modalité par laquelle elle arrive à exprimer son individualité ? Lorsque je joue avec elle de cette agressivité, elle rit et peut moduler ses mouvements. L'expression de son agressivité ne passe en aucun cas à un passage à l'acte : je reçois la balle aisément et je ne me sens pas attaquée. J'ai l'impression qu'en exprimant son agressivité, Mme G. cherche sa place dans le groupe.

2.4 La modification des états après la séance

Je constate que l'état des patients se modifie avant et après le groupe psychomoteur thérapeutique. En début de séance, lorsque je demande à chacun de se recentrer sur lui, d'écouter ses ressentis, la façon dont il arrive ici et partager en groupe quelques mots de son état, assez souvent des vécus douloureux ou difficiles sont amenés et partagés. C'est par exemple le cas de M. L., lorsqu'il explique qu'il se sent en colère vis-à-vis de son corps car il ne peut plus faire certains actes « banals » de la vie quotidienne. À contrario, les mots

souvent ressortis en fin de séance sont « tranquillité », « bien-être ». M. L. appuie de nombreuses fois sur le fait qu'ici il peut prendre son temps et s'écouter. Mme G., elle, souligne qu'ici, il n'y a pas de moqueries, que la bienveillance permet d'écouter les autres et parfois même d'être écouté soi-même. J'émetts alors l'hypothèse que les patients peuvent tirer profit des séances groupales pour modifier leur état interne individuel.

3) Le plaisir relationnel et sensori-moteur au service de la construction d'un espace corporel

3.1 Le plaisir relationnel

« Le bonheur n'est réel que s'il est partagé. » (Penn, 2008)

Tout au long de son quotidien, j'ai la sensation que Mme G. passe son temps à attendre l'autre, je remarque cela notamment :

- Avant notre première rencontre : elle est seule devant la table du repas qu'elle a terminé, ne regarde pas la télévision et n'a pas d'activité particulière.
- Quand sa fille vient lui rendre visite, elle apprécie la démarche ou elle la rejette si elle participe à une animation ou une activité groupale.
- Dans son lit, Mme G. attend perpétuellement que l'on vienne l'aider à se lever et s'occuper de sa toilette.

Dans le groupe, Mme G. est valorisée par des pairs en fonction de ce qu'elle peut encore faire, c'est notamment le cas lorsqu'elle renverse les quilles. Au cours de la séance de jeux de balle, Mme G. me fait remarquer qu'elle peut rattraper la balle avec une seule main. De nouvelles capacités peuvent être activées et Mme G. peut les mettre en lumière comme pour m'assurer et s'assurer elle-même de ses nouvelles compétences. Narcissiquement, je sens bien que ce jeu la stimule et renforce sa confiance en elle. Au travers de ses rires et de son élan corporel, elle montre beaucoup de plaisir à « faire ensemble ». J'émetts l'hypothèse que le groupe offre à Mme G. une seconde peau, là où sa première peau semble fragile.

3.2 Le regard de l'autre

Quand l'individu peut consolider son sentiment d'identité et son individuation, le regard des autres est primordial. Selon Sartre, grand philosophe français d'après la seconde guerre mondiale, c'est originellement dans le regard de l'autre que l'on saisit son identité (Dastur, 2013). Socrate, philosophe grec du cinquième siècle avant Jésus-Christ, conceptualisait déjà une idée autour du regard de l'autre lorsqu'il s'adresse à Alcibiade avec les paroles suivantes :

Mais l'œil, instrument de notre vision, ne renferme-t-il pas lui aussi quelque chose de semblable à un miroir ?... De fait tu as dû observer qu'en portant son regard sur l'œil de quelqu'un on voit souvent son propre visage se refléter dans l'organe visuel de celui qui nous fait face comme si c'était un miroir (Le Run, 2014, p. 17).

Winnicott, lui, s'appuie sur le travail de Lacan autour du stade du miroir de Wallon et écrit l'article « le rôle du miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant » en 1975. Il y explique que lorsque le bébé regarde sa *mère suffisamment bonne*, il se voit lui-même dans les yeux maternels qui jouent un rôle de miroir (Lehmann, 2007). Toutefois, si par exemple sa mère souffre de dépression, est incohérente ou encore imprévisible pour l'enfant, celui-ci ne se voit pas lui-même et voit le visage de sa mère qui ne peut alors jouer un rôle de miroir. Cela montre donc tout l'intérêt de la dimension spéculaire du regard de l'autre, qui viendrait à dire que « quand je regarde je suis vu, donc j'existe » (Lehmann, 2007, p. 47). Dans le cas du groupe, ce dernier joue un rôle de miroir qui reflète à chacun son comportement relationnel parfois en décalage avec ce qu'il s'imagine. Ce reflet est nécessaire pour, par la suite, amorcer un changement chez l'individu.

La notion de regard revient régulièrement tout au long du suivi de Mme G. et il est particulièrement en lien avec les versants émotionnel et relationnel. Dès notre première rencontre, Mme G. me fixe visuellement tout en m'écoutant et elle s'ouvre corporellement à la discussion. Puis, pendant la passation du bilan, elle regarde souvent vers le bas quand elle semble avoir honte ou avoir terminé l'exercice. Au début du groupe Corps en jeu, c'est d'ailleurs le regard qui est le premier élément notable chez Mme G.. Elle me fixe des yeux comme si elle négligeait les autres membres. Elle entre seulement en contact visuel avec une autre patiente quand elle ressent une similarité avec elle. À la fin de la septième séance, Mme G. émet des sons de sirène de pompier pour que les autres la regardent et qu'ils soient

informés de son arrivée. Ce moment m'a particulièrement marquée car j'avais l'impression qu'elle voulait « crier au monde entier qu'elle se sentait vivante ». Pendant la neuvième séance, quand l'expérience devient trop insupportable pour Mme G., elle la quitte en cessant de regarder son partenaire et détourne son regard comme pour fuir la situation. Lors de la dixième séance, l'exercice est répété de façon modulée. Mme G. et moi, nous nous regardons droit dans les yeux et semblons partager une émotion commune. Le regard est donc une modalité émotionnelle et relationnelle particulièrement utilisée par Mme G. Je sens qu'elle est sensible au regard de l'autre et que cela peut la valoriser narcissiquement.

3.3 Le plaisir sensori-moteur

Le terme « sensori-moteur » (Bullinger, 2007, p. 70) est employé pour la première fois par Piaget qui l'associe au stade de développement de l'enfant jusqu'à environ deux ans (Bullinger, 2007). Pour lui, « cette période sensori-motrice se caractérise par le fait que les matériaux principaux qui alimentent l'activité psychique sont de nature sensorielle et motrice et que ces matériaux sont objets de connaissance. » (Bullinger, 2007, p. 70). Au cours de l'évolution de l'individu, le traitement des informations sensori-motrices continue mais son ampleur est différente.

Au fur et à mesure de son cheminement, le groupe est pris par un plaisir sensori-moteur : chaque participant lance, rattrape, se déséquilibre, bascule. Il y a une véritable mouvance groupale dans laquelle le mouvement de l'un entraîne celui de l'autre. Je sens bien que Mme G. retrouve le plaisir du mouvement : certes celui-ci est moins ample et avec moins de possibilités, mais le plaisir reste. À certains moments, je remarque que Mme G. se tourne vers une écoute interne pendant laquelle elle manipule minutieusement les fléchettes ou encore la boule de bowling. Le plaisir sensori-moteur lui permettrait-il d'être à l'écoute des parties de son corps passées sous silence au quotidien ? Cette attention toute particulière lui permet-il de réintégrer les parties défaillantes de son corps à son schéma corporel ? J'émet l'hypothèse que ressentir des sensations à la fois du côté plégique (touché par la balle) et du côté non plégique (qui réalise le mouvement) peut lui permettre de rassembler l'ensemble de ces informations au sein d'un même référentiel. Ceci conduirait donc la patiente à se sentir rassemblée au sein d'une seule et même unité : son corps. Je sens qu'en

plus du plaisir sensori-moteur qui semble la ramener à des éprouvés internes, le dispositif groupal lui offre une enveloppe supplémentaire pour se sentir rassemblée et contenue.

Pendant la septième séance, les participants font rouler la balle à picots sur les différentes parties de leur corps. Tandis que j'énonce qu'on la fait rouler sur son autre main, je vois que Mme G. continue de la rouler sur sa cuisse. Tire-t-elle tant de plaisir qu'elle souhaite continuer cette expérience sensori-motrice ? N'a-t-elle pas suivi que l'on changeait de zone ? Quoi qu'il en soit, lorsque je lui fais remarquer qu'elle n'a pas changé alors qu'on était passé au roulement sur la main gauche (main plégique), elle me répond qu'elle ne sait pas comment faire. Sa main n'existait-elle pas pour elle dans son schéma corporel à cet instant ? En m'imitant, le mouvement est tout de même possible. J'é mets l'hypothèse que faire rouler la balle à picots sur sa main plégique lui procure des sensations qu'elle peut réceptionner, traiter puis intégrer de façon à remodeler progressivement son schéma corporel et son image du corps.

3.4 Les limites du plaisir

Dans le groupe, le plaisir peut tourner à l'excitation, car dans ce dispositif le patient rencontre également l'excitation de l'autre. C'est alors au psychomotricien de réguler cette excitation de façon à ce que le groupe ne soit pas « éclaté »

Au sein du groupe Corps en jeu, une excitation monte pendant le jeu du bowling. La concentration de Mme G. est accrue, elle tire la langue, se focalise. Une tension monte au fur et à mesure des « échecs », l'atmosphère est teintée d'une certaine pression. Quand Mme G. renverse les quilles, c'est la véritable acmé de la partie. Toute la tension se décharge à ce moment-là à la fois corporellement, elle en fait voler sa chaussure – verbalement avec tout le groupe qui crie – et émotionnellement comme si l'on se rassemblait autour d'une victoire commune.

Le plaisir tourne également à l'excitation pendant les échanges de balle en disant le prénom de celui à qui on l'envoie. Mme G. est tellement absorbée par le jeu, qu'elle en oublie la consigne et ne lance plus que le ballon. Le plaisir du mouvement prend le dessus et occulte les autres dimensions dont l'équipe.

4) Image du corps et identité sexuée

Quand Mme G. décrit comment elle était avant son AVC, elle insiste sur sa féminité, sa coquetterie, l'aspect de son corps (« avec des formes bien placées ») et surtout sur son pouvoir de séduction. Elle me renvoie alors l'image d'une « femme fatale » et ses propos laissent entrevoir son plaisir de plaire notamment aux hommes. Puis l'AVC provoque une rupture de son image du corps d'autant plus meurtrie par l'ablation de son sein droit. Mme G. n'ose pas toujours dire au soignant qu'elle souhaite porter un collier ou s'appliquer une crème. J'ai l'impression qu'elle renonce en partie à cette image de femme séduisante, tout en tentant de faire le deuil de l'ensemble de sa mobilité. Quand elle me dit se sentir « mutilée et diminuée », je relie ce sentiment à tous ces éléments.

Pendant certaines séances, les expériences mettent en jeu l'identité sexuée de chacun. Le plaisir relationnel passe ici notamment par le plaisir de plaire à l'autre. Je sens qu'à ce sujet le groupe prend un tournant à la septième séance où Mme LM. est absente. Nous sommes donc trois avec Mme G. et M. L., ce qui semble nous placer dans une relation triangulaire avec deux femmes et un homme. Mme G. exprime de l'agressivité uniquement envers moi. Face à cette attitude, je me questionne à propos de son vécu de la situation. Est-ce une rivalité entre deux femmes sous le regard d'un homme ? En fin de séance, je note de la galanterie de la part de M. L. à l'égard de Mme G. qui m'invite à m'occuper d'elle en premier. La semaine suivante, Mme LM. fait remarquer à Mme G. qu'« il a l'air de beaucoup [lui] plaire ». Avant de prendre la collation, Mme G. cherche à attirer l'attention de M. L. en l'interpellant et en lui signalant qu'elle est derrière lui.

Il est également question d'esthétisme et de beauté. Mme G. partage avec le groupe son envie, plus jeune, de recourir à la chirurgie esthétique pour gommer ses complexes. Il est important de souligner que la seconde résidente du groupe, Mme LM. est une ancienne miss de sa région ; ce qui peut être perçu comme un symbole de la beauté. Mme LM. dégage une certaine élégance à travers son apparence soignée et sa prestance. Quand j'annonce la séance autour du miroir, Mme G. me lance « je pourrai demander miroir mon beau miroir, dis-moi qui est la plus belle ? » La présence de Mme LM. stimule-t-elle Mme G. dans son image du corps ? Lui donne-t-elle envie d'être « plus belle » et ainsi la plus désirable ? En face à face direct avec Mme LM. durant l'expérience du miroir, Mme G. s'agite et semble se décomposer. Se trouve-t-elle moins belle que l'ancienne miss placée directement en face

d'elle ? Mme G. ajoute que si Mme LM. joue son reflet, elle risque d'être déphasée. S'angoisse-t-elle parce que son image du corps est morcelée et qu'elle risque ainsi de contaminer celle de Mme LM. ? Le fossé est-il trop grand entre l'image de Mme LM. (qui a toute sa mobilité) qu'elle pourrait envier et sa propre image qu'elle rejette ? J'ai la sensation que le retour de toutes ces envies (dont plaire et être belle) rappelle à Mme G. sa véritable identité. J'émetts l'hypothèse que la thérapie psychomotrice groupale lui permet de conjuguer des éléments de son image du corps post-AVC à son image du corps actuelle, tout en en intégrant de nouvelles données. Cela peut donc faire lien dans son histoire et soutenir un sentiment de continuité d'existence.

Chapitre 2 : L'implication du psychomotricien

1) Dans le groupe : investissement corporel induisant la contenance

Le psychomotricien s'investit autant psychiquement que corporellement dans l'expérience. En effet le premier outil du psychomotricien est son corps pour la mise en œuvre de l'expérience. Pour cela, il organise son travail autour de : la contenance, la protection du patient contre ses propres actes destructeurs et l'instauration de limites.

Tout d'abord il est important de souligner que je varie régulièrement ma distance par rapport au groupe et j'alterne entre activité et non-activité au sein de l'expérience. Pendant les échanges de balle, je fais partie du cercle et joue activement ; je suis à distance quand les résidents dansent et je les guide verbalement ; je suis face au groupe au cours du jeu de fléchettes et suis garante des règles ou observe. Cette alternance de positions me permet d'une part d'insuffler de l'énergie au groupe par ma participation, quand il en est nécessaire et d'autre part à certains moments de prendre du recul et d'avoir un point de vue différent de la situation. Je sens également que du côté du groupe, celui-ci est dans une dynamique

nécessitant à certains moments ma présence active et à d'autres une présence plus « de fond ».

En tant que psychomotricienne stagiaire, je « prête mon corps » régulièrement à Mme G.. Je me place en prolongement de son corps, notamment lorsqu'il s'agit de se déplacer au bowling. Dans ce cas, je ne choisis pas où Mme G. se place. Elle me guide et m'arrête quand elle le souhaite. Le psychomotricien a à se réguler émotionnellement dans son désir, sa jubilation et sa toute-puissance. Il s'agit, pour le professionnel, de s'appuyer sur son cadre interne pour avoir une attitude contenant. Quand je sens que l'angoisse monte chez Mme G., je me rapproche d'elle, lui maintiens les deux épaules tout en lui disant qu'elle n'est pas obligée de participer au miroir. Lorsque je lui parle, j'ai l'impression que Mme G. s'agrippe à mon regard et qu'elle se relâche. J'émetts l'hypothèse que mon regard et mon contact corporel lui offrent une enveloppe sensorielle rassemblant à la fois les deux côtés de son corps et son implication psychique. Je suppose que le Moi peau de Mme G. est mutilé voire arraché. Lors de la dixième séance, Mme LM. n'étant pas là, le groupe est dans une grande proximité. L'absence de Mme LM. permet-elle à Mme G. d'expérimenter le miroir ? Je fais l'hypothèse que cette intimité ainsi que la répétition de l'activité favorisent la contenance et la sécurité, ce qui permet à Mme G. de s'autoriser une expérience qui, une semaine plus tôt, semblait inacceptable. Le face à face avec Mme LM. était trop éprouvant. Je suis face à Mme G., très proche d'elle. Elle s'approche légèrement et nos paumes de mains se touchent. Par ce mouvement, j'ai l'impression que Mme G. vient me toucher autant au sens physique que psychique. Nous nous regardons, une émotion nous traverse toutes les deux. À cet instant, j'émetts l'hypothèse que je porte Mme G. autant psychiquement que physiquement, à l'image de la mère suffisamment bonne qui procède au *holding* et *handling*, consolidant ainsi le Moi-peau de l'enfant.

2) Investissement émotionnel et psychique

Tout au long de son suivi, Mme G. me laisse particulièrement dubitative. J'oscille entre trois pensées :

- Mme G. me paraît cohérente et elle semble comprendre tout ce qu'elle vit. À mes yeux, cette patiente s'exprime très bien et peut transmettre ses ressentis avec des mots appropriés, voire même avec des détails pertinents. La plupart du temps, son discours correspond à la réalité.

- Mme G. semble toutefois voiler un certain déni (notamment quand elle affirme pouvoir marcher) ce qui m'évoque une potentielle anosognosie. Ayant partagé mes doutes avec l'équipe pluridisciplinaire, celle-ci rejoint ma réflexion.
- Mme G. paraît avoir conscience de ses troubles et semble donner le change par honte de dévoiler sa souffrance. C'est ce que cela m'évoque lorsque mon maître de stage entre dans sa chambre pour l'accompagner au PASA et qu'elle lit un livre à l'envers. Mme G. lui demande d'attendre qu'elle finisse son paragraphe. Mon maître de stage lui replace le livre à l'endroit et l'informe que cela serait certainement plus simple ainsi. Mme G. « noie le poisson » et passe vite à un autre sujet. Est-ce une anosognosie ? Auquel cas elle n'en aurait pas conscience. S'est-elle sentie démasquée et faisait-elle semblant de lire pour éviter d'attirer l'attention ?

Le problème central est que Mme G. donne très bien le change car elle s'exprime de façon particulièrement compréhensible. On peut donc penser qu'elle supporte correctement son quotidien et son handicap. Ceci expliquerait que jusqu'ici personne ne s'est attardé sur un diagnostic d'héminégligence, car elle emploie beaucoup de stratégies de compensation (rajouter des mots lors de la lecture pour former une phrase plausible). À mes yeux, le plus difficile avec Mme G. est de se décentrer de ses paroles (elle formule parfois très bien ce qu'il se passe) pour se concentrer sur son langage corporel (au-delà du verbal).

3) Dans l'équipe pluridisciplinaire : un partage pour poursuivre le soin

À l'image de Winnicott, on pourrait dire : « une séance de psychomotricité seule, cela n'existe pas ». Quarante-cinq minutes de séance de psychomotricité représentent une infime partie de l'ensemble de la vie quotidienne de la patiente. C'est pour cela qu'il est nécessaire de pouvoir échanger entre soignants pour transmettre les informations et soutenir le projet de soin au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi, les différents professionnels peuvent réfléchir ensemble et partager leurs points de vue pour nourrir la réflexion et se remettre en question à propos de leurs évidences et certitudes.

Je demande à la cadre de l'EHPAD la possibilité d'organiser un échange avec les soignants en contact avec Mme G.. Lors de la réunion, après leur avoir expliqué le suivi en psychomotricité de Mme G., je leur fais part de mes questions au sujet de sa conscience ou non de ses troubles ainsi que des résultats des tests d'héminégligence. Je souhaite échanger sur le déroulement du quotidien de Mme G. (les soins, la toilette) et sur ce qu'ils ont repéré. Mon objectif est, en équipe, de repenser à un aménagement du quotidien de Mme G. de façon à stimuler son attention à gauche.

J'apprends que parfois, lors de la toilette, Mme G. soutient qu'elle peut encore tout faire seule : marcher, se lever ou encore faire sa toilette. Ceci engendre de nombreuses chutes lorsque ce sont des soignants intérimaires qui s'occupent d'elle. Selon une grande partie de l'équipe, Mme G. montre un déni de ses troubles et lorsqu'on la contrarie, elle entre en confrontation pour revendiquer son point de vue. Pour certains soignants, Mme G. manifeste une attitude de prestance : elle dissimule ses difficultés en affichant un comportement de grande confiance en elle.

Au cours d'une toilette, un professionnel relève que Mme G. se nettoyait la moitié droite du visage avec un coton imbibé d'eau micellaire. Elle ne supportait pas de se regarder dans le miroir et ajoutait que lorsqu'elle le faisait, elle ne voyait que son œil droit et que cela la perturbait. Pendant les repas, il arrive également que Mme G. ne mange que la partie droite de son repas si le rebord d'assiette (aide technique) n'est pas fixé sur l'assiette.

Concernant les aménagements du quotidien, quelques idées voient le jour. Un réaménagement de sa chambre avec la participation de Mme G. est suggéré. On placerait ainsi des objets stimulants sur le mur à gauche de son lit, tout en gardant bien la sonnette d'alarme sur la droite. Sa place à table en face d'une résidente pourrait être modifiée (placer l'autre résidente à la gauche de Mme G.). Enfin, on évoque qu'il est essentiel que le soignant se présente à la gauche de Mme G. et que les soins lui soient prodigués de ce côté-ci.

Chapitre 3 : La suite thérapeutique possible

1) Intérêt de travailler la question de la séparation dans le groupe

Entre, d'un côté, les patients qui restent hospitalisés beaucoup plus longtemps que nécessaire, ceux qui sont régulièrement réhospitalisés, ceux qui oublient le rendez-vous où l'on se dit au revoir, ceux qui cherchent à nous recontacter après leur hospitalisation et, d'un autre côté, nous, les soignants, qui avons parfois du mal à les laisser partir pensant qu'ils ne sont pas prêts, décidément, se séparer est une affaire laborieuse. (G. Morin, Bouychou, & Van Caeyseele, 2014, p. 73)

Mon stage se terminant en juin, le groupe prend fin avec mon départ de la structure. Il est nécessaire de penser à la fin du groupe et à la séparation de façon à éviter des vécus d'arrachement et de perte insupportable. Le Moi peau renforcé chez les participants par l'enveloppe groupale risquerait de subir un démantèlement et les angoisses (notamment de morcellement et de séparation) de revenir. Après avoir fait corps avec le groupe, après avoir pu faire un travail de consolidation de son identité, d'avoir pu s'individuer chacun à sa façon et à son rythme, chaque participant a à se préparer à la fin du groupe.

Dès le début du groupe Corps en jeu, j'annonce aux patients que celui-ci prend fin en juin. Mettre en perspective la fin d'une thérapie c'est marquer une temporalité. Je pense actuellement aux modalités du « au revoir ». Il est nécessaire de prendre le temps de se séparer, de l'annoncer suffisamment à l'avance tout en n'anticipant pas excessivement. Ainsi, je prévois de passer les trois dernières séances à expérimenter autour de la distance et la séparation. Mon accompagnement, mes mots aideront à reconnaître le lien thérapeutique qui s'est tissé voire dans le meilleur des cas à l'intérioriser et ainsi appréhender la séparation. Le projet qui me semble adéquat pour ces dernières séances serait des expériences groupales plus courtes et des expérimentations individuelles ensemble. Pour la dernière séance,

j'envisage que l'on pourrait laisser une trace concrète de son vécu (par exemple en écrivant un mot sur un papier reflétant ce qu'a été le groupe pour soi) et peut-être aussi d'emporter une trace (notamment un de ces papiers).

Je sais que l'équipe pluridisciplinaire continuera dans un autre registre ce portage du soin.

2) Axes de travail pour une prise en soins individuelle ultérieure

2.1 Limites du groupe

Tous les dispositifs groupaux ne sont pas équivalents : il y a des écarts. Par exemple, si le groupe est entre-ouvert (ou dit semi ouvert), des patients quittent le groupe tandis que de nouveaux y entrent, ce qui n'est pas sans effet. Malgré des repères stables comme le lieu, l'heure et les soignants, le groupe est impacté et il est parfois très difficile pour le nouveau patient d'entrer dans un processus thérapeutique et pour le plus « ancien » de continuer son cheminement. D'autre part, lorsque l'institution impose au soignant un grand nombre de patients au sein du groupe (par exemple dix patients), le cadre se retrouve également mis à mal.

La mise en place d'un groupe thérapeutique psychomoteur est à réfléchir tout particulièrement dans un EHPAD. Dans cette structure, le patient vit en permanence en collectivité et son corps est souvent vécu comme un objet de soins. Ceci met très souvent à mal l'identité du patient.

Peut-on dire à un sujet qu'il est chez lui, alors qu'en raison de son état et des contraintes collectives il n'a ni la clé de sa chambre, ni le droit d'y accueillir un animal familier, ou encore de planter un clou dans un mur ? (Ploton, 2010, p. 32).

L'identité de l'individu est effacée face à la priorité collective. Les soignants pensent pour le patient au point de parfois ne pas le consulter pour certaines décisions le concernant. Pour s'intéresser spécifiquement au patient, « il est judicieux de s'appuyer sur un questionnement interdisciplinaire permettant aux uns d'interroger les certitudes des autres » (Ploton, 2010, p. 30). La mise en place d'un groupe thérapeutique en EHPAD doit à tout

prix ouvrir à la réflexion sur le nombre de résidents accueillis (attention au trop grand nombre !); le projet du groupe doit aussi être très explicite. En effet, ces deux conditions permettront aux résidents de comprendre l'intérêt de ce travail.

Le groupe thérapeutique ouvre les participants à un travail psychique difficile et parfois même douloureux. Si un travail de reprise pour les thérapeutes n'a pas été pensé, une ossature manque au dispositif et les thérapeutes peuvent vite se retrouver dans des impasses. En effet, face à un patient qui exprime un vécu douloureux, un autre patient peut s'identifier à lui et ainsi revivre un événement douloureux par effet de résonnance. Cela peut amplifier la souffrance chez lui, réactiver des traumatismes non élaborés qu'il n'est pas prêt à remanier. La réactivation du souvenir traumatique ferait alors effraction dans son psychisme et les capacités de contenance de son appareil psychique seraient ainsi dépassées. Les thérapeutes ont besoin de temps d'élaboration pour accompagner au mieux ces patients très affectés, sans se sentir eux-mêmes submergés. Et le travail d'élaboration permet que cette réactivation puisse être vécue comme une étape nécessaire à la restauration psychique de ce patient.

2.2 L'approche individuelle

Pour de nombreux patients, le groupe thérapeutique est un préalable à l'expérience thérapeutique individuelle. Je pense qu'ici, il était préférable pour Mme G. de commencer une thérapie psychomotrice en passant par le groupe, dispositif qu'elle connaît déjà bien en EHPAD. Maintenant qu'une relation de confiance suffisamment stable s'est tissée tout au long du suivi, il serait pertinent d'accompagner Mme G. dans un suivi individuel.

Plus haut, nous avons vu que le groupe thérapeutique se heurte à certaines limites. Or, lors de la thérapie psychomotrice individuelle, la relation duelle permettrait maintenant de travailler davantage sur les vécus personnels et l'investissement moteur du patient.

Le groupe a soutenu Mme G. dans cette exploration sensori-motrice de son corps et j'imagine qu'en abordant directement par le versant individuel, Mme G. aurait été plus en difficulté. Je pense qu'être face à une soignante qu'elle ne connaît pas, jeune et ayant toute sa mobilité, aurait certainement heurté Mme G. du fait d'un reflet trop difficile à entrevoir de son propre corps. Elle ne se serait probablement pas aussi bien emparée du miroir que

j'aurais pu lui offrir. En commençant par une thérapie groupale, l'aspect duel de la relation qui peut parfois être difficile a été évité.

Maintenant que Mme G. a profité de cette « initiation » à l'écoute de ses ressentis et à la médiation corporelle, elle me paraît prête pour une thérapie individuelle.

Si Mme G. commence un suivi psychomoteur individuel, les axes de travail intéressants à poursuivre et à développer seraient :

- Soutenir la recherche de plaisir sensori-moteur à partir d'un travail de prise de conscience corporelle sensori-motrice.
- Valoriser l'expression de ses éprouvés.
- Stimuler l'espace gauche et l'exploration corporelle gauche.
- Rassembler l'ensemble de son corps par une mise en mouvement globale.

CONCLUSION

En rencontrant Mme G., je remarque immédiatement son caractère « bien trempé » et sa finesse d'esprit. Je la perçois comme une tête pensante qui n'a pas de corps. Avec un humour grinçant, elle dédramatise son vécu et minimise parfois son hémiplégie ainsi que les différents épisodes de perte qu'elle subit. Elle semble se détacher de son corps et met surtout l'accent sur ses aisances verbales.

À partir de la passation du bilan psychomoteur, je découvre ses potentialités corporelles et je commence à entrevoir un pan de ses difficultés. Un lien thérapeutique se tisse doucement entre nous et elle me confie quelques fragments de sa souffrance. En participant au diagnostic d'héminégligence, j'ai l'impression d'ouvrir une porte vers la compréhension de son fonctionnement.

Dans le groupe psychomoteur thérapeutique Corps en jeu au sein du PASA, chacun prend ses marques et les échanges verbaux servent d'appuis à de petites expériences corporelles. Puis la dynamique du groupe est porteuse et je constate alors la mise au travail de Mme G., son rythme et sa capacité de mobilisation. Mme G. a amorcé un travail du point de vue de son image corporelle et plus précisément de son identité sexuée. Elle semble retrouver des bribes de son image du corps post-AVC tout en découvrant de nouvelles potentialités. Ceci l'amènerait à remanier cette image du corps qu'elle semble tant rejeter en une image du corps tolérable ayant intégré certaines pertes, données du passé et éléments actuels. Le regard que l'on porte sur elle est essentiel. Mme G. peut, dans le groupe Corps en jeu, restructurer son image du corps. Mais ce travail de deuil, que cette restructuration sous-entend, est un processus à long terme qui a tout juste débuté.

En tant que psychomotricienne stagiaire, j'ai pu mesurer tout l'intérêt de ce dispositif groupal et l'investissement demandé au psychomotricien. Ce stage m'a permis de prendre aussi pleinement conscience de l'importance de la temporalité, celle du patient et du professionnel, et de comment la temporalité est à marquer dans un suivi (notamment pour clore l'expérience groupale).

J'ai aussi pris conscience de toute l'importance du travail d'équipe et de comment un suivi en psychomotricité pouvait permettre de réinterroger des pratiques. L'équipe pluridisciplinaire est un atout capital sur lequel j'ai pu m'appuyer lorsque j'en avais besoin.

Je sais que les professionnels de cet EHPAD ont été sensibles à la trajectoire faite par les patients dans le groupe et qu'ils sauront faire relai pour une indication en psychomotricité (en individuel pour Mme G. par exemple).

L'écriture de ce mémoire m'a ouverte sur les limites du soin psychomoteur et la complexité du travail pluridisciplinaire. À certains moments, j'ai pu repérer que les troubles de Mme G. pourraient dépasser le domaine de la psychomotricité (notamment lors d'observations de saccade visuelle). Je me pose aujourd'hui la question suivante : quand est-il pertinent de faire appel à un soignant d'une autre spécialité, comment faire relai et comment hiérarchiser les soins ?

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau* (nouvelle édition revue et augmentée). Paris : Dunod.
- Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2016). *Le deuil* (7e édition mise à jour). Paris : PUF.
- Blossier, P. (2002). *Groupes et psychomotricité : le corps en jeu*. Marseille : Solal.
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Paris : Erès.
- Bussel, B., & Azouvi, P. (2003). *Rééducation de l'hémiplégie vasculaire*. Paris : Frison-Roche.
- Chaulet, D. (2014). Les enveloppes groupales ou les différents mouvements de l'intersubjectivité en groupe. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 74(178), 54-67.
- Dastur, F. (2013). L'expérience de la rencontre. *L'information psychiatrique*, 89(6), 443-451.
- Davenne, B., & Méjean-Le Breton, F. (2010). *Accident vasculaire cérébral et médecine physique et de réadaptation : actualités en 2010*. Paris : Springer.
- De Morand, A. (2014). *Pratique de la rééducation neurologique* (2e édition). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- De Saint Exupéry, A. (1942). *Pilote de guerre*. Paris : Les Bourlapapey.
- Dolto, F. (1992). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Édition du Seuil.
- Freud, S. (2004). Deuil et mélancolie. *Sociétés*, 86(4), 7-19.
- Gauthier, L., Dehaut, F., & Joanette, Y. (1989). The bell test : a quantitative and qualitative test for visual neglect. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11(2), 49-53.

- Hémiplégie. (2019). *Le Larousse en ligne*. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/h%C3%A9mipl%C3%A9gie/39498>
- Johnstone, M. (1987). *Le patient hémiplégique : principes de rééducation*. Paris : Masson.
- Labarrière, J.-L. (2016). Que fait la nature en politique selon Aristote ? Retour sur la définition de l'homme comme « animal politique par nature ». *Revue de philosophie ancienne*, 34(2), 141-160.
- Latour, A.-M. (2013). *Journée Fondamentaux - table ronde après - midi*. Paris.
- Le Run, J.-L. (2014). Intersubjectivité et empathie : les miroirs, la musique et la danse. *Enfances & Psy*, 62(1), 16-28.
- Lehmann, J.-P. (2007). Un concept méconnu de la clinique de Winnicott : le narcissisme primaire. *Che vuoi ?*, 28(2), 39-53.
- Leplat, F. (2014). Au commencement était le groupe... *Thérapie psychomotrice et recherches*, 47(178), 4-9.
- Marc, E., & Bonnal, C. (2014). *Le groupe thérapeutique : approche intégrative*. Paris : Dunod.
- Mas, J.-L., & Leys, D. (2018). *Accidents vasculaires cérébraux : thérapeutique*. Paris : Doin.
- Mino, J.-C., Douguet, F., Gisquet, E., & Crozier, S. (2015). *Accidents vasculaires cérébraux : quelle médecine face à la complexité ?* Paris : Les Belles lettres.
- Morin, C. (2013). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire*. Paris : Erès.
- Morin, G., Bouychou, M., & Van Caeyseele, A. (2014). Les processus de séparation en institution : de la symbiose au lien. *Cliniques*, 8(2), 72-87.
- OMS. (2019). Accident vasculaire cérébral (AVC). OMS. Consulté 5 avril 2019, à l'adresse : https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/
- Penn, S. (2008). *Into the Wild* [DVD]. Pathé Vidéo.

- Philip, J. (2000). *Le syndrome de négligence unilatérale : stratégies de réadaptation fonctionnelle*. Paris : L'Harmattan.
- Ploton, L. (2010). À propos de l'analyse institutionnelle. *Annales de Gériatriologie*, 3(1), 23-33.
- Potel, C. (2010). Les groupes en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 380-398). Paris : Erès.
- Winnicott, D. W. (2004). *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Payot.
- Yelnik, A., Daniel, F., & Griffon, A. (2010). *Actualités dans la prise en charge de l'AVC*. Paris : Sauramps médical.

TABLE DES ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : le dessin de l'horloge

Annexe II : le test des cloches

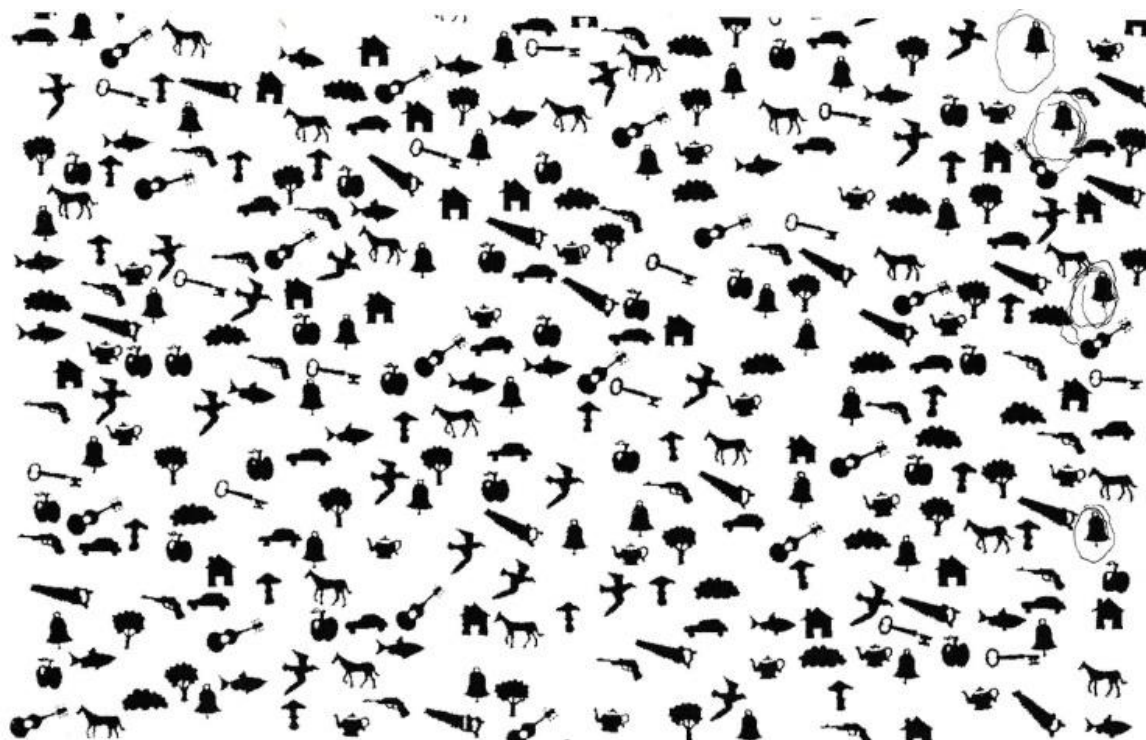
Annexe III : la copie d'une scène

Annexe IV : le dessin du bonhomme

Annexe I : le dessin de l'horloge



Annexe II : le test des cloches



(Gauthier, Dehaut, & Joanette, 1989)

Annexe III : la copie d'une scène



Annexe IV : le dessin du bonhomme



Vienne le 30 avril 2019

Vu par le maître de mémoire

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Monique PERRIER GENAS



Institut de Formation en Psychomotricité,
ISTR Lyon 1

Promotion 2018 – 2019

Auteur : Ella PATTALOCHI

Titre : Titre du mémoire :

« Tout est dans la tête ! » Et dans le corps, que se passe-t-il ?

Mots - clés : hémiplegie – hémiparesie – thérapie – groupe – psychomotricité

Résumé : Thérapie psychomotrice groupale : comment le psychomotricien accompagne le patient hémiplegique à se réapproprier l'ensemble de son corps ? Pour répondre à ma problématique, je m'appuie avant tout sur le cas de Mme G. que je rencontre au PASA et prends en soins au cours d'une thérapie psychomotrice groupale. Dans ce cadre, j'explique comment l'activité ludique permet de faire le deuil d'une image corporelle défaillante et combien les mouvements d'identification et de projection que permet le dispositif groupal sont porteurs pour la patiente. J'aborde l'ampleur du plaisir sensori-moteur et du relationnel partagé en tant qu'éléments-clefs pour que la patiente puisse remanier son image corporelle et investir l'ensemble de son corps. Enfin je souligne l'importance d'intégrer ce projet dans une équipe pluridisciplinaire pour assurer une continuité dans le soin.