



<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 I**  
**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION**

=====

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

Professeur Yves MATILLON

**Spécificité du travail psychomoteur auprès d'un patient  
atteint d'une lésion cérébrale : Comment favoriser le  
retour à une unité corporelle stable ?**

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

**par**

**BAUDON Geoffroy**

**Juin 2015**

**N° 1252**

Directeur du Département Psychomotricité

**Eric PIREYRE**

---

## 1. Université Claude Bernard Lyon1

Président  
**Pr. GILLY François-Noël**

Vice-président CEVU  
**M. LALLE Philippe**

Vice-président CA  
**M. BEN HADID Hamda**

Vice-président CS  
**M. GILLET Germain**

Directeur Général des Services  
**M. HELLEU Alain**

### 1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est  
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie  
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

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

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

Institut des Sciences et Techniques de  
Réadaptation  
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des  
Etudes Médicales (C.C.E.M.)  
**Pr. GILLY François Noël**

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

### 1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

IUFM  
Directeur **M. BERNARD Régis**

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

Ecole Polytechnique Universitaire de  
Lyon (EPUL)  
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

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

Ecole Supérieure de Chimie Physique  
Electronique de Lyon (CPE)  
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de  
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1  
Directeur **M. VITON Christophe**

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier,

Marie-Pierre Jacquier pour ses conseils et ses réflexions qui m'ont donné à penser tout au long de l'écriture de ce mémoire ainsi que pour le soutien méthodologique et moral qui m'ont aidé à ne pas me perdre au cours de cet exercice.

Charlotte et Florence, mes deux maitres de stages de cette année. Elles m'ont permis de prendre plus d'assurance chaque jour par la confiance qu'elles m'ont accordée en souhaitant que j'effectue le suivi de leurs patients. Je souhaite aussi adresser ces remerciements à tous les psychomotriciens que j'ai pu rencontrer au cours de ce cursus, maitre de stage comme enseignant qui m'ont donné le gout de la rencontre clinique.

Tous mes camarades de promotion avec qui j'ai toujours eu plaisir à confronter nos points de vue sur le soin psychomoteur. Et plus particulièrement Ophélie, Raphaëlle, Soline, Marguerite, Ghyzlanne et Lucie auprès de qui j'ai toujours pu trouver joie et énergie même dans les moments les plus fatiguant de cette année.

Mes parents pour leur soutien indéfectible au cours de ces longues années scolaires et qui malgré tout ont toujours cru en moi, me donnant la force d'aller de l'avant.

Florana, pour qui ce moment aura été aussi une épreuve mais qui aura toujours su être ma caisse de résonance pour développer et affiner mes idées, pour l'apaisement qu'elle aura su apporter à ma frénésie, me permettant de poser un regard différent sur le monde.

Mais aussi aux très nombreuses rencontres que j'ai pu réaliser au cours de ma vie et qui m'ont permis de devenir ce que je suis à présent.

# 1 TABLE DES MATIÈRES

Remerciements .....	0
<b>1</b> Table des matières .....	<b>1</b>
<b>2</b> Introduction .....	<b>1</b>
<b>3</b> Partie théorique .....	<b>3</b>
3.1 Point neurologique .....	3
3.1.1 Organisation du système nerveux .....	3
3.1.1.1 Organisation macroscopique .....	3
3.1.1.2 Organisation fonctionnelle .....	5
3.1.2 Point spécifique sur les lésions cérébrales .....	5
3.2 L'unité corporelle .....	7
3.2.1 Deux composantes de l'unité corporelle .....	8
3.2.1.1 Schéma corporel .....	8
3.2.1.2 L'image du corps .....	11
3.2.2 Le développement de l'unité corporelle .....	15
3.3 Conséquences d'une lésion cérébrale sur le schéma corporel, l'image du corps et le sentiment de soi .....	17
3.4 Conclusion .....	22
<b>4</b> Partie clinique .....	<b>23</b>
4.1 Présentation de la structure .....	23
4.2 Présentation de Mr G. ....	23
4.3 Anamnèse .....	24
4.4 La fonctionnalité comme voie d'accès .....	27
4.4.1 Une sidération initiale .....	27
4.4.2 ...Résolue par l'écoute .....	30
4.5 Le développement d'une compréhension interpersonnelle .....	31
4.5.1 L'ouverture des possibles .....	31
4.5.2 Dimension sensoriel et coordination .....	32
4.5.3 Vécu corporel .....	34

4.5.4	Une compréhension à présent possible.....	36
4.6	Un déploiement du corps dans l'espace.....	38
4.6.1	Tentative .....	38
4.6.2	Une Demande .....	39
4.6.3	Verticalité .....	40
4.6.4	Axialité .....	41
4.7	Conclusion .....	42
5	Partie théorico-clinique : retrouver une place dans son corps.....	43
5.1	Un travail de stimulation sensorielle.....	44
5.1.1	Membres supérieurs.....	45
5.1.2	Axe.....	47
5.2	Redécouvrir l'espace.....	49
5.3	Retrouver les capacités instrumentales du corps.....	52
5.4	La valeur de la dimension relationnelle du soin .....	56
5.5	Conclusion .....	58
6	Conclusion générale .....	59
7	Références bibliographiques .....	62
7.1	Ouvrages .....	62
7.2	Articles de revue .....	62
7.3	Chapitre de livre collectif.....	63
8	Annexes.....	1

La place du psychomotricien au sein d'un service de neurologie n'est pas encore reconnue comme allant de soi. Pourtant la psychomotricité a toute sa place dans ces services où la recherche d'efficacité est prégnante. En effet, le psychomotricien peut apporter un regard différent sur le corps. Ce corps si souvent abimé, différent, que les patients souhaiteraient pouvoir retrouver parfaitement comme avant. Pourtant, entre les désorientations temporelles suite aux comas, les pertes de mémoire, c'est le corps qui reste une valeur sûre, toujours présente. Peut-être est-ce aussi en partie pour cela que toutes les préoccupations tournent autour de la récupération des capacités initiales. Le travail en psychomotricité ne s'envisage pas contre ce courant, il est à considérer comme une voie différente, moins quantifiable dans ses résultats, mais qui vise à restaurer un lien de la meilleure qualité possible entre le psychisme et le corps. Il me semble, qu'ici comme ailleurs, ce qui est recherché est un « mieux-être » du patient et que, dans ce cadre, la psychomotricité est parfaitement justifiée.

C'est sur ce postulat que j'ai commencé mon stage et, bien que cela soit évident dans la théorie, il est parfois compliqué de trouver comment développer cette option différente. Les six mois passés depuis le début de mon stage auront été dévolus à cette recherche, avec tous les patients que j'ai été amené à rencontrer et à suivre. Le terme de « suivre » est ici choisi à dessein. Les prises en charge en services de neurologie nécessitent, encore plus qu'ailleurs, de s'adapter aux capacités des patients. Ces capacités fonctionnelles évoluent vite. Je me suis ainsi souvent trouvé un peu en deçà des potentialités des patients car, en une semaine les progrès sont parfois considérables.

Après une lésion cérébrale, le corps change fondamentalement. Certaines parties ne sont plus fonctionnelles, d'autres sont niées. Le corps n'est plus un organisme entier, qui permet d'assurer la sécurité psychique qui avait cours jusqu'à présent dans la vie des patients. Le corps devient la source d'angoisses importantes qui ne sont que rarement dites.

Avec les pathologies où l'expérience de rupture prend une place importante dans l'histoire du sujet, le risque est important de se perdre dans des modalités clivantes. Il est parfois complexe de garder sur le patient un regard global, car le mode de fonctionnement des patients et de l'institution présente de façon inhérente une **lecture différente** entre les parties fonctionnelles (sur lequel porte l'intérêt) et les parties non fonctionnelles. Je conçois

le travail en psychomotricité dans ce service comme une porte ouverte vers le retour à un corps qui puisse assurer la sécurité de base et la continuité psychique. C'est ce que je tenterai d'interroger ici à travers l'étude du cas de Mr G.

Qu'elle peut-être l'apport d'une prise en charge en psychomotricité pour réinstaurer une conscience corporelle globalisée afin de réinstaurer des liens avec son corps et reprendre une place dans sa vie ?

Pour ce faire, je réaliserais un bref rappel sur la structure du système nerveux puis développerai la question spécifique des lésions cérébrales. Par la suite, j'expliquerai ce qu'est, pour moi, l'unité corporelle et développerai deux de ses composantes ainsi que son développement. Enfin, j'étudierai la façon dont une lésion cérébrale peut atteindre la stabilité de l'unité corporelle. Dans une seconde partie, je relaterai le cas de Mr G. qui est un patient traumatisé crânien que j'ai rencontré au sein d'un service de rééducation. Dans une troisième partie, je réfléchirai sur l'apport d'une prise en charge en psychomotricité, et plus spécifiquement sur l'utilisation de l'intersensorialité et du travail de l'espace, afin d'aider Mr G. à retrouver une conscience de soi apaisée.



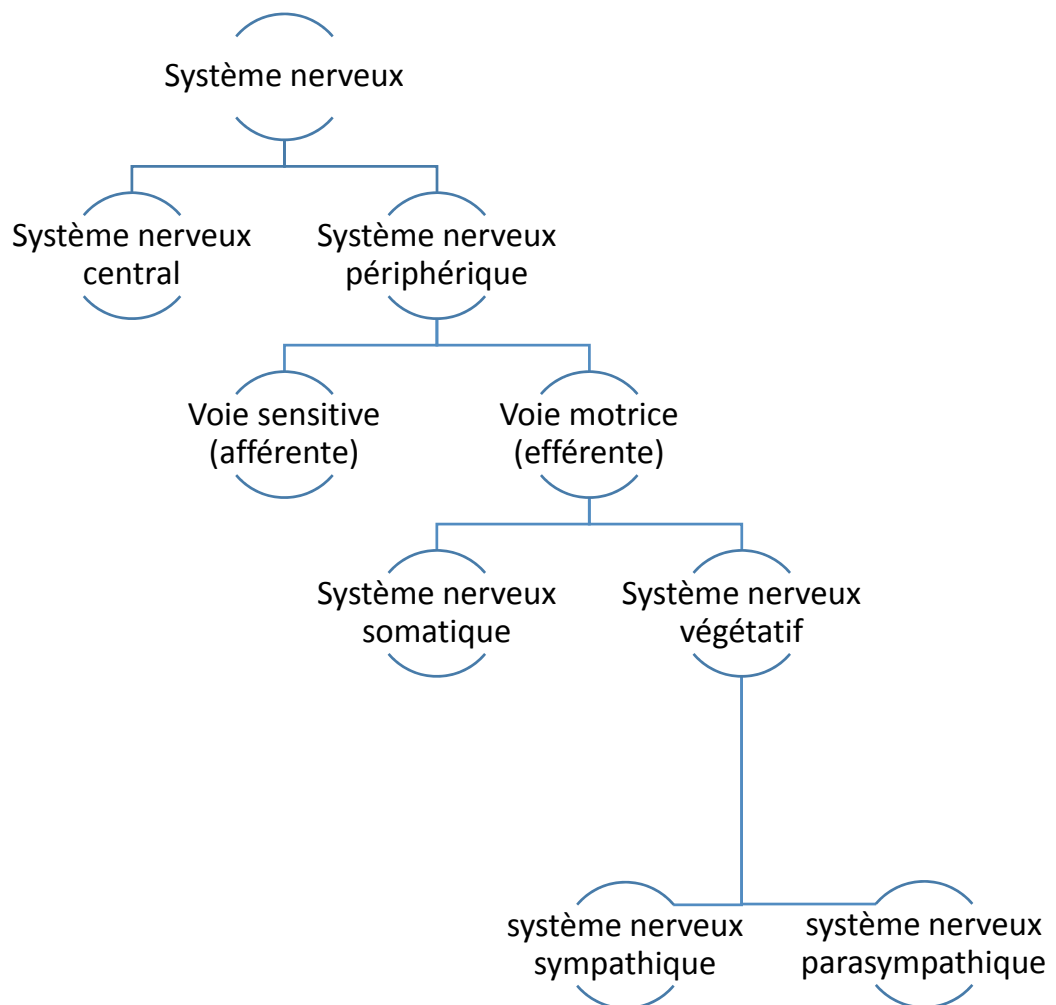
3.1 POINT NEUROLOGIQUE

3.1.1 ORGANISATION DU SYSTÈME NERVEUX

L'objet de ce chapitre est de poser les bases sur le système neurologique nécessaire à la compréhension spécifique de la pathologie que nous étudions ici. Il n'est pas ici question d'étudier en profondeur le système nerveux.

3.1.1.1 ORGANISATION MACROSCOPIQUE

Le système nerveux est reparti en plusieurs sous-systèmes. Leur fonctionnement est indépendant bien que parallèle. Voici un schéma représentant la hiérarchie de ces différents systèmes du plus général vers le plus précis dans ses fonctions.



Pour résumer le schéma ci-dessus, le système nerveux central et le système périphérique sont les deux grandes structures localisées qui se définissent par la position de leur récepteur. Au sein du système nerveux périphérique on trouve les voies sensitives qui amènent l'influx nerveux au système nerveux central et les voies motrices permettent d'acheminer l'information vers les organes. Les voies motrices se divisent en deux, une partie gère les informations liées au système nerveux somatique dévolu aux actions volontaires, l'autre partie transmet les informations du système nerveux végétatif. C'est un système autonome qui pilote les glandes et les muscles lisses. De là se détache deux dominantes qui ont un fonctionnement antagoniste, le système parasympathique stimule les fonctions de repos : ralentissement cardiaque et respiratoire, digestion... Le système nerveux sympathique ou orthosympathique stimule les réactions liées aux stress et à l'activité.

L'unité principale du système nerveux est le neurone. Cette cellule assure la transmission des influx nerveux. Ce sont des courants électriques qui traduisent une information, ou sont traduits en un effet mécanique ou chimique. Les informations sont perçues via différents récepteurs au niveau du système nerveux périphérique puis remontent vers le système nerveux central par les voies sensitives.

Le système nerveux central est constitué de la moelle épinière, ainsi que de l'encéphale (cerveau, cervelet et tronc cérébral). Il effectue les tâches de traitement de l'information, qui lui provient par les voies afférentes, puis envoie une information de réaction en conséquence via les voies motrices (par exemple : le retrait de la main en cas de douleur). Le système nerveux central traite de nombreuses informations simultanément, dont seul un petit nombre émerge à la conscience du sujet. L'intérêt de ce système de traitement de manière inconsciente est de ne pas surcharger la pensée de trop nombreuses informations peu utiles.

Le système nerveux végétatif (aussi appelé système nerveux autonome) gère les aspects viscéraux et cardiaques (digestion, respiration, thermorégulation...). Il a un fonctionnement indépendant de la volonté. Il permet le maintien des fonctions vitales sans avoir recours à la conscience. La majorité des noyaux de ce système nerveux se situe dans le tronc cérébral.

Ces différences de localisation des centres intégrateurs expliquent la variation des conséquences au niveau somatique en fonction des types de lésions.

---

### 3.1.1.2 ORGANISATION FONCTIONNELLE

Au niveau du système nerveux central, les informations sont traitées de manière somato-topique : c'est-à-dire que des zones données du système nerveux central s'occupent exclusivement d'une zone du corps. De plus le cerveau est divisé en aires fonctionnelles ou sont regroupés les neurones ayant les mêmes fonctions. On peut les diviser en 3 groupes :

- les aires motrices correspondent à la motricité volontaire et sont situées au niveau du lobe frontal.
- Les aires sensibles correspondent aux perceptions sensorielles somatiques et autonomes, et sont situées au niveau des lobes pariétaux, temporaux et occipitaux.
- Les aires associatives correspondent à l'intégration des informations sensorielles afin d'initier les commandes motrices correspondantes.

Le cortex nerveux est situé à la surface du cerveau, c'est la substance grise. L'intérieur est constitué de voie neuronale sans corps cellulaire, c'est la substance blanche. Elle assure la conduction de l'information entre les aires ainsi que vers le reste du système nerveux. De plus, il y a une variation entre les hémisphères. Ainsi, deux zones avec des localisations symétriques n'auront pas spécifiquement la même fonction. Par exemple l'hémisphère droit gère la motricité et les sensations de l'hémicorps gauche tandis que l'hémisphère gauche gère la motricité et les sensations de l'hémisphère droit. Dans les deux cas, ce sont les gyrus post-central pour les sensations et le gyrus pré-central pour la motricité qui s'occupent de cette fonction. De la même manière, il semble que, chez un droitier, les notions spatiales soient gérées par l'hémisphère droit tandis que le langage est plutôt géré par l'hémisphère gauche. Ce fait est plutôt inverse chez le gaucher bien que cela ne soit pas systématique. Le cortex possède donc une organisation somato-topique liée à la dominance latérale neurologique.

---

### 3.1.2 POINT SPÉCIFIQUE SUR LES LÉSIONS CÉRÉBRALES

Comme nous l'avons vu ci-dessus le système nerveux à une organisation spatiale spécifique ce qui a une forte influence lorsqu'une zone est détruite. Ainsi, il est possible de savoir, en fonction du type et de la localisation de la lésion, qu'elles seront les atteintes

fonctionnelles d'un patient. Plus la lésion sera étendue et localisée proche de la surface du cerveau, plus les conséquences seront importantes.

On distingue deux types de lésions :

- Les lésions ischémiques sont causées par un épanchement de sang dans les structures cérébrales à la suite de la rupture d'un ou plusieurs vaisseaux sanguins. Elles sont généralement localisées sur une faible étendue et ont un bon pronostic de récupération si la prise en charge est précoce.
- Les lésions traumatiques sont dues à un choc important au niveau crânien. Elles atteignent généralement une part importante de la structure cérébrale entraînant des conséquences fonctionnelles nombreuses et variées.

Le passage par une phase de coma (réactionnel ou médicamenteux) sera quasiment systématique. Cela a pour intérêt de permettre au cortex de cicatriser au mieux et d'améliorer le pronostic à long terme. Toutefois, cela a de fortes conséquences sur le psychisme du patient. Celles-ci seront évoquées plus loin.

Plus la taille des zones endommagées sera grande, moins le pronostic de récupération sera bon. Prendre en compte cet état de fait permet dans le cadre du soin en psychomotricité de mieux comprendre certaines difficultés des patients et ainsi de proposer un soin plus adapté et plus proche de sa réalité clinique. Par exemple, il est difficile d'avoir recours au langage chez une personne qui souffre d'une aphasie de Wernicke (difficulté au niveau du langage, après atteinte de l'aire de Wernicke qui se situe dans le lobe temporal, qui touche de façon majeure la compréhension) alors que les communications non verbales sont toujours possibles. En ayant conscience de cela, il est plus facile d'être à l'écoute et de se faire comprendre par le patient. Au niveau corporel, un patient droitier souffrant d'une atteinte du cortex pariétal droit présentera peut-être une hémiparésie gauche (c'est une non-intégration de l'espace controlatéral à la lésion). En considérant cela, il sera possible d'entrer directement dans l'espace droit du sujet, favorisant ainsi la première rencontre. La réalité de l'hémiparésie pourra être testée lors du bilan.

Une lésion cérébrale est une atteinte majeure du système nerveux qui nécessite une rééducation motrice, psychomotrice, neuropsychologique, psychologique et orthophonique importante, mais le potentiel de récupération est toujours là. Les progrès sont souvent rapides

dans les premières années qui suivent le traumatisme et nécessitent particulièrement un rythme de prise en charge élevé et pluridisciplinaire.

### 3.2 L'UNITÉ CORPORELLE

La question de l'unité corporelle est au cœur de la clinique psychomotrice. Chez de nombreux patients, cela sera l'indication de soin principale. Étant donnée la largeur de ce sujet, je me propose de l'étudier selon le point de vue spécifique d'A. Bullinger. Puis dans un lien plus direct avec la clinique évoquée ici, on étudiera les modifications qu'apporte une cérébrolésion dans la perception de son unité corporelle, tout d'abord dans leur aspect purement neurologique puis dans les retentissements psychiques de ces troubles. Enfin, le dernier chapitre est issu de l'importance que prend le travail autour de la structuration spatiale dans les structures qui assurent l'accueil de patients cérébrolésés. Il m'apparaît qu'un lien important existe entre la question spatiale et celle de l'unité corporelle que je propose d'étudier au sein de ce chapitre.

L'unité corporelle est le sentiment d'avoir un corps constitué, fermé dans lequel l'esprit est contenu. Elle se constitue par les expérimentations sensori-motrices et relationnelles que l'enfant réalise tout au long de son développement. Dans le cadre du développement normal, l'unité corporelle est une des composantes du sentiment d'existence de soi. Freud lui-même disait que « le moi est avant tout corporel », montrant ainsi l'importance du vécu d'un corps unifié. Dans la pathologie, ce sont les manifestations d'angoisses archaïques qui pourront apparaître lorsque l'unité corporelle ne se sera pas suffisamment constituée au cours de l'enfance. On retrouvera cela dans l'autisme, les psychoses infantiles, l'hyperactivité, etc. Laplanche et Pontalis donnent une explication de l'unité corporelle :

*« On peut concevoir la constitution du Moi comme unité psychique corrélativement à la constitution du schéma corporel. On peut aussi penser qu'une telle unité est précipitée par une certaine*

*image que le sujet acquiert de lui-même sur le modèle d'autrui, et qui est le Moi. »<sup>1</sup>*

Cette définition est fortement empreinte de la nécessité d'avoir un schéma corporel et une image du corps constituée ainsi que la possibilité d'être en relation pour développer le moi. C'est par cette émergence du Moi que le sujet émerge à la vie psychique.

Nombreux sont les auteurs à avoir théorisé la question de l'unité psychocorporelle : Winnicott et le self, Anzieu et le moi-peau, Dolto et l'image du corps. On pourrait aussi citer Damasio, Schilder, Ciccone et Bullinger.

---

### 3.2.1 DEUX COMPOSANTES DE L'UNITÉ CORPORELLE

L'unité corporelle est composée par de nombreux éléments. Elle peut être étudiée selon un abord psychologique, philosophique, voire même théologique. Sous des noms différents, on retrouve toujours l'idée de se sentir soit, vivant, uni et en contact avec l'environnement extérieur. Il serait évidemment trop complexe d'étudier toutes ces dimensions au sein de ce mémoire de fin d'études. Je fais donc le choix d'exposer uniquement les concepts que sont le schéma corporel et l'image du corps qui sont généralement les deux composantes admises au sein de la théorie psychomotrice comme constitutive de la conscience de soi.

---

#### 3.2.1.1 SCHÉMA CORPOREL

Les théories développées autour du schéma corporel sont nombreuses. Et bien que souvent considérées comme similaires, elles ont des caractéristiques propres qui rendent leur liaison difficile. Je choisis de ne présenter ici que deux de ces points de vue, celui de Julian de Ajuriaguerra et celui de Françoise Dolto.

##### 3.2.1.1.1 Selon F. Dolto

---

<sup>1</sup> Laplanche J., & Pontalis J.-B., (1967\_1997), *Vocabulaire de la psychanalyse*, P.452

*« Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce quels que soient le lieu, l'époque où les conditions dans lequel il vie, c'est lui, ce schéma corporel qui sera l'interprète passif et actif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une intersubjectivité d'une relation libidinale langagière avec les autres »<sup>2</sup>.*

Le schéma corporel est en fin de compte la base des possibilités d'action et d'attitudes du corps sur et dans l'environnement. Chez le sujet sain, il est semblable à toute l'espèce humaine, car il intègre les composantes générales du corps (deux bras, deux jambes, un tronc, une tête). Ainsi cela serait un schéma inscrit très précocement dans le développement. Il constituerai le squelette nécessaire pour supporter l'image du corps. Pour elle, il se constitue très précocement dans l'enfance et n'évolue pas en dehors d'atteinte neurologique spécifique. Il ne se trouve d'ailleurs perturbé dans sa constitution que par des atteintes majeures de la motricité du sujet (elle prend pour exemple la poliomyélite ou la paraplégie). Mais un trouble du schéma corporel n'inclut ou n'exclut pas un trouble de l'image du corps. Les aspects pathologiques de ces deux structures sont différenciés. Ainsi un schéma corporel infirme peut coexister avec une image du corps saine, et réciproquement, un schéma corporel sain peut s'associer à une image du corps troublé. Pour F. Dolto, le schéma corporel n'est que l'intégration psychique de la réalité fonctionnelle du corps, il ne sert qu'à supporter l'image du corps qui est pour elle l'unité fondatrice de la perception du corps par le sujet.

#### 3.2.1.1.2 Selon J. de Ajuriaguerra

Il donne cette définition du schéma corporel.

*« Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos*

---

<sup>2</sup> Dolto F., (1984), *L'image inconsciente du corps*, P22

*perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »<sup>3</sup>*

Le schéma corporel serait l'instance qui effectue le travail d'intégration des informations sensorielles, proprioceptives et vestibulaires dans une modalité dynamique. Il est évolutif, car il intègre les modifications que notre corps et notre motricité subissent en fonction des aléas de la vie. C'est la base du mouvement et de l'action du soi vers l'espace. Ainsi pour Ajuriaguerra, le schéma corporel est plus lié à l'état corporel du moment que pour F. Dolto, il est aussi plus personnalisé, car en lien direct avec les informations sensorielles. Ainsi, une modification de la sensorialité et des possibilités de mouvement peut entraîner une modification rapide du schéma corporel. On peut le voir sur les personnes se trouvant en fauteuil qui le prennent parfaitement en compte dans leur mouvement et leur façon de se déplacer dans l'espace, mais qui continueront à se dessiner sans ce fauteuil. Cela signe l'intégration du fauteuil au schéma corporel, mais pas à l'image du corps, car dans ce cas, le fauteuil apparaîtrait dans le dessin. Le schéma corporel n'est pour autant pas uniquement instantané, il inclut l'histoire corporelle du sujet. Ainsi toute modification qui s'inclut dans le schéma corporel y sera inscrite durablement. Dans le cas de la pathologie neurologique, le celui-ci ne sera pas intégralement lié à l'actualité du corps. Cela s'associera aux caractéristiques qu'il présentait avant le trouble neurologique.

### 3.2.1.1.3 Selon E. Pireyre

Cet auteur présente une version prenant en compte les aspects proprioceptifs qui viendrait faire exister le corps de l'intérieur par les sensations dû non seulement au mouvement mais aussi au fonctionnement interne tel que la digestion et la respiration. E. Pireyre en dit ceci :

*La sensibilité somato-viscérale n'est pas totalement mature à la naissance. Le bébé doit à la fois se développer et s'approprier son corps, apprendre à l'utiliser, à le mouvoir, à traverser les étapes génétiques : il lui faut le reconnaître comme sien et le « maîtriser »,*

---

<sup>3</sup> Ajuriaguerra J. D., (1980), *Manuel de psychiatrie de l'enfant, 2e édition, 3e tirage,*



*par exemple en développant sa motricité. C'est ce qui s'approche le plus de ce qu'on appelle classiquement le schéma corporel.*<sup>4</sup>

On a ici une vision plus en lien avec le développement que de celle de F. Dolto et qui en prend en compte des aspects que J. de Ajuriaguerra laisse de côté. Pour ce dernier, cela sera surtout les aspects liés à la sensibilité externe qui contribueront au développement du schéma corporel. Pour E. Pyreire, il se construit aussi par la sensibilité interne en intégrant l'idée que les sensations qu'amène le fonctionnement physiologique, associés aux éléments proprioceptifs liés aux mouvements, permet à l'enfant de sentir son corps exister de l'intérieur, lui assurant ainsi la permanence de son existence.

L'association de ces trois concepts me paraît donnée une vision assez complète du schéma corporel. Ainsi, il serait constitué par tous les aspects sensoriels, interne et externe, liés non seulement aux mouvements mais aussi au simple fonctionnement corporelle, et permettra la stabilité du vécu d'un corps unifié, tout en assurant la base qui permettra que la capacité représentative se développe, en lien avec l'image du corps.

---

### 3.2.1.2 L'IMAGE DU CORPS

La deuxième instance généralement admise comme constitutive de l'unité corporelle est l'image du corps. Elle est fondamentalement inconsciente. C'est la représentation du corps qui en définit les limites. Elle est fortement influencée par les aspects affectifs que nous portons sur notre propre corps.

#### 3.2.1.2.1 Dans la psychanalyse

Ainsi, pour F. Dolto, qui l'a théorisé la première :

*« L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives archaïques ou actuelles. Elle peut être*

---

<sup>4</sup> PIREYRE E., (2008), L'image du corps: monolithique ou composite?., P8

*considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant, et ce, avant même que l'individu en question soit capable de se désigner par le pronom personnel "Je" »<sup>5</sup>.*

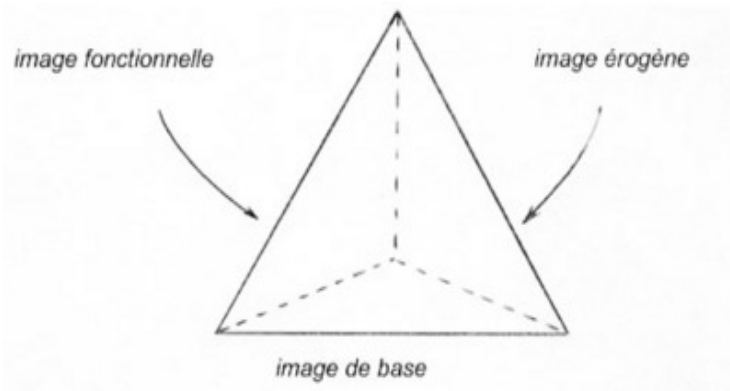
Dans ce cadre, l'image du corps est le concentré du vécu narcissique de toutes les expériences relationnelles réalisées au cours de la vie. Elle est propre à chacun. Son évolution est possible, mais plus lentement que pour le schéma corporelle, car la construction de l'image du corps est liée à l'histoire du sujet, donc à son passé plutôt qu'à son présent. Elle s'exprimera dans le présent via les métaphores, les dessins et les rêves. Pour F. Dolto, elle permet, soutenu par le schéma corporel, qui permet d'entrer en relation avec autrui. La psychanalyste distingue quatre niveaux internes à l'image du corps.

- L'image de base (ou de sécurité) est celle qui permet au sujet de sentir sa continuité narcissique. C'est-à-dire de se sentir toujours soi.
- L'image fonctionnelle porte vers l'action et la satisfaction du besoin donc vers la mise en jeu du corps. C'est la subjectivation des pulsions et du schéma corporel puis leur objectivation dans la relation à autrui qui permet cela.
- L'image érogène agrège le plaisir et le déplaisir perçu dans la relation à l'autre. C'est ce qui amène vers les représentations et les mots.

On pourrait représenter ainsi ces trois premières images. La face visible serait le schéma corporel qui vient servir de support à l'image du corps

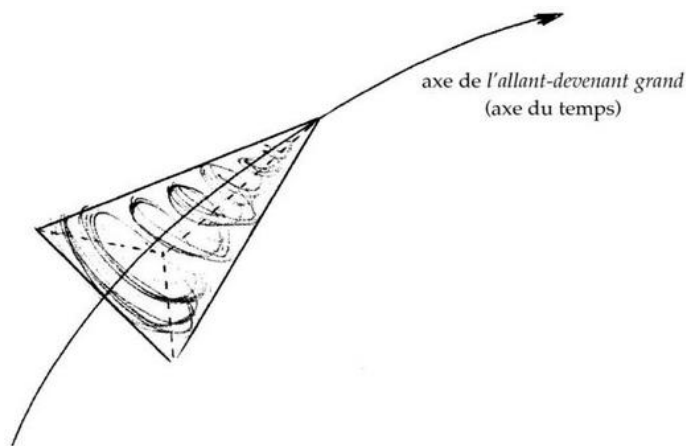
---

<sup>5</sup>Dolto F., (1984), *L'image inconsciente du corps*, p.22-23



6

- L'image dynamique assure la cohésion entre les trois précédentes en étant porté par les pulsions de vie et qui permet le maintien de l'image du corps dans le temps et le développement du sujet.



7

Même si l'image du corps est la structure qui permet d'entrer en contact avec l'environnement. F. Dolto n'a pas théorisé sur l'organe principal qui assure cette fonction : la peau. Il est nécessaire de prendre en compte le « moi-peau » tel que l'explique D. Anzieu pour avoir une vision plus complète. La peau représente l'interface entre le dedans et le dehors. Le moi-peau est alors, de façon complémentaire à l'image du corps, le contenant de

---

<sup>6</sup> Schauder C., (2002), Image inconsciente du corps, castrations symboligènes et perversions dans l'œuvre de Françoise Dolto, P62

<sup>7</sup> Ibid. P63

la pensée et le moyen d'entrer en contact avec le monde extérieur et autrui. Anzieu en dit ceci :

*Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique [...], la peau, première fonction, c'est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés. La peau, seconde fonction, c'est l'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, être ou objets. La peau enfin, troisième fonction, en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, st un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significantes.<sup>8</sup>*

On peut alors imaginer que la représentation de l'image du corps sous forme de pyramide que nous avons vu précédemment pourrait être mise dans un « sac », comme le dit D. Anzieu, qui la contiendrait et la cacherait au regard extérieur.

#### 3.2.1.2.2 Dans la neuropsychologie

Toutefois, quand on se penche vers la vision neuropsychologique de l'image du corps, on trouve des définitions différentes. Ainsi J. Lhermitte parle de l'image du corps en ces termes :

*« Si l'on réfléchit aux conditions de notre activité motrice, l'on se persuade rapidement de la nécessité qu'il y'a pour agir, de posséder, à chaque moment où se développe notre action, une image de notre corps [...], comment pourrions-nous agir sur les choses qui nous entourent si le schéma de notre activité physique nous demeurait absent. À la base de notre activité motrice, nous saisissons donc la réalité d'une image de soi, d'une image du moi corporelle. »<sup>9</sup>*

---

<sup>8</sup>Anzieu D., (1995), *Le Moi-peau*, p61

<sup>9</sup> Lhermitte J. in Jeannerod, M., (2010), *De l'image du corps à l'image de soi*, p. 187

On voit ici une vision légèrement décalée dans laquelle l'image du corps prend une utilité plus fonctionnelle. La vision de J. Lhermitte, bien qu'antérieure à celle de F. Dolto présente une association fondamentale de l'image du corps et du schéma corporel qui donne au sujet le moyen d'agir sur l'extérieur grâce à l'intégration des possibilités inhérente au corps associé à la représentation que la psyché a du corps. Pour lui, cette instance quasiment unique est la base nécessaire à l'acte. La vision du neuropsychologue ne semble pas dissocier les deux concepts. On remarquera d'ailleurs que la psychomotricité s'approche aussi de cette vision par l'association récurrente de ces deux structures dans l'énumération des sept grands items psychomoteurs. Bien que la lecture en soit dissociée, cela est révélateur de leur proximité psychique et fonctionnelle.

C'est la construction satisfaisante de ces deux instances qui, par leur fonctionnement synchrone, permet la perception de l'unité corporelle : le corps est alors un élément stable, sûr, dans lequel le sujet se sent suffisamment à l'aise pour se permettre d'aller à la rencontre du monde extérieur.

---

### 3.2.2 LE DÉVELOPPEMENT DE L'UNITÉ CORPORELLE

L'association théorique de ces deux instances est parfois complexe dans le cadre clinique. Et d'autant plus chez des patients dont les capacités se sont développées de façon satisfaisante, mais se trouvent atteintes si fondamentalement et brutalement. Pour remédier à cette difficulté, il m'a fallu étudier des modèles théoriques, qui bien qu'ayant la même base en font une lecture différente. C'est ainsi que la vision d'A. Bullinger m'a permis de mieux comprendre la façon dont se jouent les modifications psychomotrices pour ces patients. Initialement, le modèle théorique d'A. Bullinger s'applique dans une perspective développementale. Toutefois, il permet aussi de comprendre ce qu'implique une perte de la motricité et des éléments sensoriels internes. Je reprendrai dans ce chapitre, de façon succincte la question du développement psychomoteur afin de mettre en lumière les conséquences d'une régression de la conscience de soi et de son corps dans les chapitres ultérieurs.

Comme mentionné plus haut, l'unité corporelle se construit lors du développement de l'enfant. Le nourrisson naît sans perception de son corps et de lui-même unifiée. Le vécu qu'il a de son corps est totalement morcelé. Il construit sa représentation de lui au cours des

expériences motrices qu'il réalise à longueur de journée. Ce vécu est générateur d'angoisse archaïque massive qui n'est régulable que grâce au

*« holding : la manière dont l'enfant est portée ;  
handling : la manière dont il est traité, manipulé ; »<sup>10</sup>*

Tel que le définit D. W. Winnicott. Ces angoisses évolueront au fur et à mesure que les différentes parties du corps seront investies. Les premières angoisses rencontrées seront celles que Winnicott qualifie d'inimaginables. Ce sont des angoisses d'anéantissement. Son absence de structuration est telle que la moindre modification de son état lui donne l'impression de disparaître.

Puis ce seront les angoisses de morcellement qui prédomine jusqu'à ce qu'il intègre tous ses membres. Cela se réalise de manière céphalo-caudale et proximo-distale par la prise de conscience progressive des invariants moteurs et sensoriels du corps. C'est la répétition des expérimentations qui va lui permettre la prise de conscience que toutes les parties de son corps sont reliées autour de son axe.

*« Ces postures déterminent des espaces gauches et droit qui sont disjoint. Avant que la rotation du buste soit installée, la bouche va servir de relais pour passer un objet d'une main à l'autre et d'un espace à l'autre. [...]*

*L'unification de ces différents espaces crée l'espace de préhension où les mains peuvent jouer des rôles instrumentaux complémentaires. Leurs mouvements ne sont plus dépendants des synergies globales propres aux postures de bases, elles peuvent s'asservir aux propriétés des objets et des tâches dans lesquelles le bébé est engagé. C'est le moment où la permanence de l'objet commence à s'installer (Piaget, 1936) A cette permanence de l'objet font écho la permanence des moyens instrumentaux sollicité et la permanence de l'espace qui les contient. »<sup>11</sup>*

---

<sup>10</sup> Winnicott D. W., (2002), *Jeu et réalité*, P204

<sup>11</sup> Bullinger A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*, p141

Cet axe qu'il doit aussi intégrer dans son corps et qui lui permettra l'agencement de ses segments corporels par rapport à lui-même dans une utilisation fonctionnelle. Par rapport à ce processus, ce seront plutôt les angoisses d'effondrement qui seront prédominantes. C'est la structure qui permet de tenir le corps, de maintenir sa permanence même lorsque les stimulations se font plus faibles. Une mauvaise constitution de celle-ci amène au bébé la sensation que son corps disparaît dès que le mouvement s'arrête. Les mouvements de retournement l'amèneront à sentir que son axe le tient tout au long du mouvement. La perception de l'axe sera la composante primordiale à une unité corporelle stable.

Une fois, les membres et l'axe intégrés à son unité corporelle, l'enfant peut être sous le coup d'angoisses de liquéfaction qui se résorberont via la maîtrise sphinctérienne. Ainsi l'enfant sent qu'il peut contrôler ce qui entre ou sort de lui et qu'il ne risque pas de se vider.

De façon concomitante, la marche se développera signant alors la possibilité pour l'enfant de s'éloigner de la mère. Cela inclut d'avoir la certitude d'exister en tant que sujet qui peut se séparer de la mère sans que ni elle ni le sujet disparaissent. L'enfant peut désormais se vivre comme un tout unifié et fermé.

Je me suis concentré ici sur les composantes du développement qui permettent à l'enfant de se sentir exister sans se perdre dans des angoisses corporelles majeures. J'ai volontairement laissé de côté les questions du développement psychologique et relationnel qui ne m'ont pas servi comme ressource directe pour ce mémoire. L'enfant se développe bien entendu en appui sur son environnement humain et physique qui créeront les stimulations initiant le processus ci-dessus.

### 3.3 CONSÉQUENCES D'UNE LÉSION CÉRÉBRALE SUR LE SCHÉMA CORPOREL, L'IMAGE DU CORPS ET LE SENTIMENT DE SOI.

Chez l'adulte, lorsque la construction de l'unité corporelle s'est passée de manière satisfaisante, les troubles peuvent apparaître dans deux cadres principaux.

➤ Tout d'abord, dans la clinique psychiatrique, de nombreux auteurs ont théorisé autour des angoisses que ressentent les patients en décompensation psychotiques ou névrotiques. L'étiologie et les méthodologies de soins peuvent faire débat, mais il semble que les auteurs soient en accord concernant la présence de troubles massifs dans la perception qu'ont ses patients de leur unité corporelle. Au niveau psychomoteur, ses troubles vont

apparaître par un décalage de l'utilisation et de la façon de vivre son corps. Le plaisir sensorimoteur ne sera plus présent, remplacé par une des activités stéréotypées ou absentes. L'attention portée au corps reproduira en de nombreux points ce mode de fonctionnement du rien ou du trop-plein stérile. Le patient ne pourra plus jouer avec son corps comme une entité vivante. Il se sclérose dans des fonctionnements qui ne peuvent plus pallier les angoisses qu'il ressent. On observe facilement dans les pathologies psychiatriques à quel point ce vécu de non-unité corporelle va modifier la psychomotricité d'un patient.

Certains auteurs supposent que cette organisation psychique s'installe précocement dans le développement. Ce que l'on observe dans la clinique psychomotrice, c'est une modification au moment de la décompensation. On peut donc supposer que l'unité corporelle est lésée au moment où le trop-plein d'angoisse fait effraction dans la psyché du sujet. Dans ce cadre, l'unité corporelle est atteinte de façon générale sans que la symptomatologie se concentre sur une zone corporelle spécifique.

➤ Dans le cadre neurologique, le processus est différent, mais les conséquences sont similaires, avec une différence majeure : la symptomatologie sera souvent ciblée sur un membre ou un hémicorps du patient défini par la localisation des zones cérébrales lésées. Le cerveau est organisé en zones corticales. Chaque zone gère une fonction cognitive ou motrice particulière. Elles sont connectées les unes entre les autres et peuvent dans une certaine mesure se compenser. En fonction de celles qui seront touchées, les troubles seront cognitifs, moteurs et/ou sensitifs.

Le patient perd, souvent d'un jour à l'autre, l'utilisation d'une fonction qui avait toujours été satisfaisante chez lui. Il vit alors une restructuration fondamentale et inopinée de la façon de vivre son corps. Le schéma corporel et l'image du corps seront nécessairement remaniés. Le but du travail en psychomotricité sera alors d'accompagner ce processus afin que les nouvelles caractéristiques des parties du corps lésées puissent être réintégrées de la manière la plus satisfaisante possible, évitant ainsi un désinvestissement complet et facilitant le retour à une unité corporelle de qualité.

On observe aussi des pathologies typiquement neurologiques en rapport avec le schéma corporel : hémignégligence, asomatognosie, akinésie, apraxie, asynergie, ataxie, dystonie, paratonie, paresthésie, etc. Ces atteintes, qualifiées généralement de troubles du schéma corporel, sont très rapidement relevées par le corps médical. Il peut être intéressant de faire apparaître un autre niveau que seraient les perturbations du schéma corporel suite à



une cérébrolésion. Ces perturbations, qui ne sont pas reliées directement à l'atteinte neurologique, sont plus discrètes, mais viennent mettre à mal l'autonomie et les capacités du patient. Ainsi M. Barrou (psychomotricienne en centre de rééducation) et T. Sarraf (médecin du même service que cette dernière) nous disent :

*De par son mode de construction, le schéma corporel est profondément remanié par toute atteinte sensorielle, kinesthésique, labyrinthique, visuelle et cognitive. Une longue période d'alitement, une atteinte sensorielle, tonique, motrice, des phénomènes douloureux (douleurs chroniques ou paresthésies) génèrent une désafférentation sensorielle, source majeure de désorganisation du schéma corporel (perte de schèmes moteurs, posturaux, asomatognosie...). Dans cet appauvrissement sensori-moteur associé ou non à une désorganisation des repères de base, s'ancre souvent un désinvestissement du corps en mouvement dans l'espace ou d'une partie du corps. Nous parlons bien là du lien avec le corps, de l'investissement basé sur le schéma corporel du moment, donc de l'image du corps. Nous voyons, dès lors, la rapidité du passage de l'un à l'autre, quelle que soit l'intensité des troubles ».<sup>12</sup>*

Cette remise en cause du schéma corporel et de l'image du corps, ainsi que des liens qu'ils entretiennent, vient mettre à mal la perception même d'être soi, d'être humain. Les répercussions sur la sécurité interne du patient seront majeures :

*« Les patients cérébro-lésés sont atteints de diverses déficiences physiques et cognitives marquant une rupture traumatisante avec l'état antérieur. Le vécu corporel et psychique est singulier, unique, inconnu, parfois étrange et souvent effrayant. Les repères personnels antérieurs ne correspondent plus exactement pour certains, ou sont parfois très fortement perturbés. Les limites motrices, sensorielles, les*

---

<sup>12</sup> Barrou M., & Sarraf T., (2014), Quels sont les impacts des déficiences motrices et psychomotrices après une lésion cérébrale ?, P62.

*gestes habituels sont modifiés (certains sont impossibles à réaliser). Cette rupture des repères antérieurs (s'associant ou non à des déficiences motrices ou cognitives majeures secondaires à une lésion cérébrale) cause souvent une désorganisation du schéma corporel puisque la personne ne peut plus se baser sur sa gestualité, sa pensée, ses informations corporelles pour être actif sur son environnement. Cette perte de repères perturbe l'identité pouvant parfois aller jusqu'à la perte de sentiment d'appartenance à l'espèce humaine puisqu'il n'est pas rare d'entendre une personne en fauteuil ne plus se considérer comme un être humain, seul être vivant à se tenir et se mouvoir sur ses deux jambes. »<sup>13</sup>*

Cette rupture, cette perte de repère global, vient mettre en doute, pour le sujet, la stabilité de son sentiment d'unité corporel. On peut voir dans la situation de l'éveil de coma post-traumatique une analogie de la naissance. Le sujet se trouve dans un corps qui n'est plus parfaitement le sien, dans une temporalité inconnue, totalement dépendant de l'environnement que cela soit pour l'hygiène, l'élimination, ou la gestion des éléments extérieurs.

*« Le coma, puis les défaillances stratégique, dans l'exploration du regard et dans l'analyse perspective, les troubles mnésiques et les autres dysfonctionnements neuro-psychologiques abolissent les notions de temps et d'espaces. Et Même si nous ne pouvons pas parler d'un no m'ans land où règne l'intemporalité, le coma, en privant le sujet de toute vie de relation, ne lui permet plus la gestion du temps et de l'espace. Il vit à ses rythmes propres, anarchiques, et sans accord avec le rythme d'autrui. Son espace de référence constitué par le corps propre est, en phase d'éveil tellement morcelé, qu'il ne lui*

---

<sup>13</sup> Ibid. P62.

*donne pas la possibilité de structurer l'espace environnant qui lui est inconnu et étrange. »<sup>14</sup>*

Il faut qu'il réapprenne au fur et à mesure à être en lien avec son corps, ses capacités et son environnement. Comme le bébé, le sujet ne peut plus agir sur l'environnement. Pourtant c'est cette capacité même qui selon A. Bullinger fait passer de *l'organisme au corps*. C'est ce qu'il appelle l'instrumentation. En perdant cette capacité, le corps redevient un organisme. De là, vient découler la mise en doute du sentiment de moi et donc le vécu même d'existence du sujet. D. Toubert-Duffort nous en dit ceci :

*« Le "sentiment du moi" touche à la question du Moi-corps. Freud remarque que "normalement, rien ne nous est plus assuré que le sentiment de notre soi, de notre moi propre" (Freud, 1929). C'est quand "vacille" l'évidence de cette réalité, que se révèle sa précarité, avec l'ébranlement du sentiment de soi, la vacillation de la frontière entre le moi et l'objet, entre le moi et le monde extérieur. Ce sont, en effet, les sensations d'étrangeté et de dépersonnalisation qui attestent de la fragilité et des vicissitudes de ce sentiment du moi. »<sup>15</sup>*

Ainsi, dans ce cadre particulier que cause la fragilité du moi, on peut retrouver les angoisses propres à la très petite enfance : Les sphincters n'étant plus maîtrisés, cela peut réveiller des angoisses de liquéfaction ; les opérations récurrentes et les soins viennent faire malmener dans le corps sans possibilité de contrôle par le sujet réveillant alors des angoisses d'intrusion. En fin de compte, le corps perd son unité propre et sa capacité à contenir les angoisses corporelles primitives. Ce qui malmène d'autant plus la stabilité du moi. On voit donc à quel point la perte d'une unité corporelle stable vient malmener les limites du corps et par conséquent le rapport qu'il entretient avec l'environnement. L'ampleur de ces changements qui surviennent souvent dans une temporalité très rapide et entourée de flou

---

<sup>14</sup> VILLION J.-P., (2010), Éveil de sens : La stimulation psychomotrice auprès d'enfants en phase d'éveil de coma, P156

<sup>15</sup> Toubert-Duffort D., (2011), Écouter les corps en quête de sens : un travail groupal avec des adolescents atteints de lésions cérébrales,, P107

quant aux circonstances (souvent les patients ne savent que ce qu'il leur en a été raconté) les rendent difficiles à intégrer que cela soit cognitivement, psychiquement ou physiquement. C'est à cette place que le psychomotricien pourra avoir une action afin d'aider le sujet à retrouver une place dans un corps qu'il peut accepter comme le sien, avec la sécurité que cela implique.

### 3.4 CONCLUSION

Les conséquences d'une lésion cérébrale sur le corps, dans toutes ses composantes, sont majeures. Le travail de rééducation sera de longue haleine afin de reconstruire au mieux les fonctions atteintes. Le psychisme n'est pas en reste de cette atteinte qui, même lorsqu'elle ne touche pas les fonctions cognitives, modifie profondément la façon d'être du patient et son rapport à son corps.

Je me suis concentré ici sur la construction psychique du corps, de ses représentations et de son unité. Une dimension supplémentaire à commencer à transparaître au fur et à mesure de ma pratique clinique. C'est la question de la dimension spatiale. Il n'est pas envisageable de concevoir le corps hors de l'espace. Le mouvement du corps y est réalisé et s'y traduit. A. Bullinger parle de *l'effet spatial du geste*. De plus cette question apparaît de façon spécifique dans la clinique des patients cérébrolésés, car il arrive, parfois, qu'un hémichamps ne soit plus pris en compte entraînant des conséquences délétères dans le processus de rééducation. Je développe ce lien entre corps et espace dans la troisième partie car c'est la clinique qui m'a fait apparaître la place particulière que cela prend dans le travail du lien entre corps et esprit.

### 4.1 PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

Au cours de cette 3<sup>e</sup> année, j'ai été en stage au sein d'une structure qualifiée de centre médical. C'est un centre de rééducation qui dispose de plusieurs services dans lesquels sont reparties les patients en fonctions de leur pathologie

- Brûlologie,
- Neurologie
- Orthopédie-traumatologie-rhumatologie.
- SSR polyvalent

L'équipe de rééducation est importante et composée de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de neuropsychologues, de psychologues et de 2 psychomotriciennes. Ce centre est situé en pleine campagne, loin des centres urbains et des grandes voies de circulation. Cela a une influence nette sur les possibilités de visite de la part de la famille ou des amis. Les suivis médicaux importants sont réalisés à l'extérieur, à plus d'une heure de route de la structure, rendant parfois les prises en charge incertaines en fonction des retards des centres hospitaliers. J'étais présent au sein de cette structure une fois par semaine, tous les lundis, d'octobre 2014 à juin 2015.

### 4.2 PRÉSENTATION DE MR G.

Je rencontre Mr G. pour la première fois lors de ma première semaine de stage. Il a quarante-quatre ans, des cheveux bruns. Il porte parfois des lunettes. C'est une personne affable qui apprécie de venir en psychomotricité. Mr G. est aussi quelqu'un de soigné, bien habillé et propre. Il est à noter que ce n'est pas une habitude pour les patients de ce service pour qui les repas entraînent un degré de salissure importante. Il fait très attention à son apparence, tenant à ce que ces habits et accessoires soient positionnés de la manière qui lui convient et le fait comprendre.

Il a un sens relationnel développé et montre des capacités sociales tout à fait conservées. L'interaction relationnelle est pour lui un vrai moteur dont il se saisit dès qu'il

le peut. Mr G. rit beaucoup, d'un rire véritable, communicatif. Il est toujours très motivé pour les rééducations et est exigeant avec lui-même.

Mr G. est pacsé et a une fille de 18 ans. Il a aussi une sœur. Sa compagne habite dans une agglomération voisine, mais qui nécessite de un trajet de plus d'une heure de route pour venir jusqu'au centre médical. Malgré cela, elle est très présente pour Mr G. et se renseigne sur ses activités et ses progrès. Elle a, de plus, des horaires de travail qui l'obligé à décaler ses week-ends, entraînant ainsi l'absence de Mr G. certains lundis car il est en permission à son domicile. Certaines séances ont été annulées suite à cette contrainte matérielle. Je rencontre donc Mr G. le plus régulièrement possible à divers moments de la journée en fonction de nos emplois du temps respectifs.

La question de la rupture causée par l'accident est présente dès la lecture du dossier de Mr G. En effet, s'il est facile de trouver les informations médicales, il est très dur d'obtenir des informations qui dépassent l'état civil de base. Aucun élément de sa vie d'avant l'accident n'apparaît.

J'ai choisi de parler de Mr G. pour plusieurs raisons. La première provient du fait qu'il est le patient que j'ai le plus suivi dans ce stage, je me suis donc régulièrement demandé ce que je pouvais lui apporter par le soin en psychomotricité. Deuxièmement, c'est un patient sympathique et attachant qui mobilise fortement l'institution. Entendre parler de lui régulièrement et dans de nombreuses situations a dû influencer mon choix. Enfin, je n'ai cessé de m'interroger sur les particularités de sa pathologie et il me paraît être un bon exemple des difficultés que l'on peut rencontrer avec les patients cérébrolésés.

### 4.3 ANAMNÈSE

Mr G. a été victime d'une explosion dans le cadre de son travail. Il était réparateur de distributeur de billets. C'est dans le cadre de son emploi qu'un distributeur piégé a explosé. Le traumatisme a eu lieu dix mois avant ma première rencontre avec lui. Il souffre d'un trauma crânien. Mr G. présente une hémiplégie droite, une hémianopsie droite ainsi qu'une énucléation oculaire gauche. Il a aussi une aphasie importante qui ne lui permet de produire qu'un seul type de son. Elle est causée par une apraxie bucco-facial. Il peut moduler ce son, affinant la compréhension que nous pouvons avoir de lui. Mr G. se déplace en fauteuil roulant qu'il utilise en tirant sur le sol avec son pied gauche. Malgré son aphasie, il est possible d'avoir une discussion avec lui sans que celle-ci soit à sens unique. Il est juste

nécessaire d'adapter les questions pour qu'il puisse répondre via des signes de tête ou de main. Cet exercice devient de plus en plus facile au fur et à mesure qu'on le côtoie

À sa prise en charge par le SAMU, Mr G a un score de Glasgow de trois sur quinze qui correspond à un coma profond. Il a dû subir une prise en charge chirurgicale crânienne pour retirer un corps métallique étranger. Il présente deux hématomes : un fronto-pariétale gauche et un tétra-ventriculaire, tous les deux importants qui ont nécessité la pose d'une voie de dérivation. Il ouvre les yeux à la douleur une semaine après le traumatisme, quatre jours après l'arrêt de la sédation. Trois semaines plus tard, Mr G. est décrit comme éveillé bien que présentant une dépendance totale. À ce moment, son score de Glasgow est monté à neuf sur quinze. Il a été trachéotomisé pendant sept mois et a porté une sonde de gastrostomie pendant neuf mois.

La première prise en charge en psychomotricité a été effectuée dans un service de soins de rééducation post-réanimation dans lequel il est entré trois mois après son accident. La psychomotricienne a réalisé une grille d'observation neurologique (cf. Annexe I) afin de servir de référence pour évaluer les progrès de Mr G. Cette grille est la Wessex Head Injury Matrix (WHIM). Elle est prévue pour évaluer l'évolution des capacités motrices et cognitives suite à l'éveil de coma. Au premier test réalisé cinq mois après l'accident, Mr G. atteint le score de 20 sur 62. Cela signifie que Mr G. a une bonne motricité réflexe, des capacités sociales présentes, mais que ses capacités cognitives sont réduites. Toutefois, on voit que s'il répond aux ordres simples, il semble apathique et ne présente que peu de manifestations émotionnelles spontanées. Les réponses motrices sont signalées comme possibles.

À la lecture d'une grille d'observation psychomotrice (Cf. annexe II) spécifique au centre qui accueille Mr G., il apparaît comme étant une personne avec une motricité spontanée très faible, mais qui peut augmenter dans la relation. Son visage semble inexpressif. Il a toutefois une bonne utilisation du regard qui est réactif et peut rester accrocher à celui de la psychomotricienne ou se fixer sur un objet. La motricité gauche est bonne. Il est noté une hypertonie de la ceinture scapulaire et du bras gauche. La rotation de l'axe est possible. Sa posture de repos est marquée par la tête tournée vers la droite 4 mois après la lésion. Cette posture semble s'être amenuisé 2 mois plus tard, la tête étant moins sur la droite et pouvant tourner à gauche en cas de besoin.

Un compte rendu de la prise en charge en psychomotricité a été effectué lors du départ de Mr G. de cette institution. Il est noté qu'il présente lors de la première séance une motricité fine orientée à gauche associée à une hémiparésie et une spasticité importante à droite. Sa posture spontanée est marquée par le fait que sa tête penche à droite ainsi que sa jambe droite qui reste en extension et son bras droit en flexion. Tout son hémicorps droit est très spastique. Le début de ce suivi psychomoteur s'est orienté autour d'une sollicitation relationnelle pour enrichir la motricité et favoriser la reconstruction d'un schéma corporel. Au départ du service, Mr G. est plus réactif et acteur dans la relation. Il persiste toutefois une difficulté à effectuer plusieurs tâches simultanément ainsi qu'une difficulté au passage de l'axe lors des mouvements.

À présent, Mr G. est autonome et peut parfois rentrer chez lui. Il présente toutefois une certaine incontinence qui a aussi trait aux difficultés à se faire comprendre et à réaliser les transferts. À l'heure actuelle, il a pu passer deux jours de suite chez lui, mais la plupart du temps, il rentre à la journée. Au cours des fêtes de fin d'année, il a pu rentrer deux fois, dont une période de quatre jours consécutifs. Cela lui a fait beaucoup de bien et lui a remonté le moral durablement. Sa compagne et sa sœur sont signalées comme présentes pour lui.

Au centre de rééducation, aucun bilan n'a été effectué, la psychomotricienne s'appuyant sur les éléments reçus auparavant. J'ai toutefois rempli à nouveau la grille WHIM treize mois après l'accident. Il atteint à présent un score de 49 sur 62. Les items non validés sont ceux qui nécessitent une réponse verbale. On voit à présent que les éléments de communication non verbale se sont mis en place et qu'il peut s'en servir volontairement pour communiquer. De plus, les items d'évaluation cognitifs sont maintenant aisément réalisables. Les comparaisons des résultats de ces deux grilles sont édifiantes pour repérer les progrès réalisés par Mr G. au cours de ces sept mois. Actuellement, Mr G. a de nouveau une expressivité faciale riche qui est une base solide pour le comprendre en lui demandant confirmation de ce qu'on lit sur son visage. Sa motricité spontanée est normale à gauche, mais inexistante à droite. Il fait toutefois attention à ce bras droit qui est généralement posé sur l'accoudoir de son fauteuil ou mis en écharpe quand c'est nécessaire. Il peut maintenant effectuer des transferts avec une aide minimale et marcher avec une canne tripode dans sa chambre. Son tonus d'attitude s'est normalisé sauf dans son bras droit qui est spastique.

L'objectif de la prise en charge est un travail de prise de conscience corporelle ainsi que de la structuration spatiale et temporelle pour permettre une amélioration des aspects de



communication et de relation. Pour cela, le travail en psychomotricité s'oriente sur deux aspects. Un premier concernant la question de la structuration spatiale avec des exercices incitant Mr G. à élargir son champ de perception et d'action ainsi que ses capacités de discrimination. Le second aspect vise à accompagner Mr G. à retrouver une meilleure perception de son unité corporelle.

## 4.4 LA FONCTIONNALITÉ COMME VOIE D'ACCÈS

### 4.4.1 UNE SIDÉRATION INITIALE...

Je rencontre Mr G. pour la première fois lors de mon premier jour de stage. La psychomotricienne m'avait prévenu que Mr G. avait subi une explosion et que son aspect pouvait être déroutant au premier abord. Elle a modéré cela en ajoutant que c'était un monsieur très sympathique.

La séance a commencé par un travail sur la structuration spatiale, au bureau. Je me suis installé de trois-quarts par rapport à Mr G. et à la psychomotricienne. La manière dont la salle est installée a fait que je me suis trouvé face au côté non lésé de Mr G. Ainsi, j'ai déjà eu du temps pour m'habituer à sa façon de communiquer avant d'avoir à gérer l'aspect particulier de son visage. Toutefois, cette absence de confrontation a augmenté mon appréhension. C'est donc avec soulagement que j'ai vu que son visage n'était finalement pas extrêmement marqué. Il présente un enfoncement du côté gauche du visage ainsi qu'une cicatrice importante en haut et en bas de l'orbite du même côté, mais l'aspect global conserve une relative harmonie avec la partie non lésée. Avant de voir son visage, je craignais de me trouver face à un quelqu'un de profondément défiguré. Cela a donc été réellement rassurant de voir que son visage pouvait être regardé sans difficulté. Je crois que je redoutais d'ailleurs plus ce que je pouvais lui renvoyer plutôt que la façon dont cela aurait pu m'atteindre.

La psychomotricienne propose à Mr G. un exercice visant à travailler la structuration spatiale qui consiste à utiliser des pièces pour reproduire une sorte de paysage. Je suis rapidement marqué par sa difficulté à repérer les pièces, à les placer dans le bon sens et au bon endroit. En effet lorsqu'il les cherche, il va récupérer celles le plus à gauche possible, ignorant les éléments correspondant qui sont juste devant lui. Le plus étonnant est qu'il ignore les pièces qu'il a posées devant lui après s'être rendu compte qu'elles ne

correspondaient pas même lorsque le moment est venu de les utiliser. Il retourne alors en chercher des nouvelles.

Il est souvent difficile de deviner ce que Mr G. peut voir ou non. Ses problèmes de langage ont rendu les tests ophtalmiques impossibles. La plupart du temps, il faut donc tâtonner et utiliser un maximum d'indications pour qu'il ne se trouve pas en échec sur une simple impossibilité de voir les éléments. Cela est d'ailleurs compliqué par des performances très variables en fonction de sa fatigue ou de son moral.

Mr G. est complètement imprévisible. Il est impossible de dire à l'avance ce qu'il va pouvoir faire ou non. Il m'amène parfois dans une position difficile, car sur certains exercices que je pense simples, il se trouve complètement incapable de les réaliser, malgré toute l'aide que j'essaye de lui apporter. Sur ce jeu, il a aussi montré une difficulté à percevoir la notion de différence de relief. En effet lorsqu'il prend la bonne pièce, il la pose souvent à plat, là où il faudrait la mettre debout. Il semble toutefois signifier que quelque chose ne lui convient pas sans réussir à trouver la solution. Malgré cela, en prenant son temps il finit par atteindre un résultat qu'il trouve satisfaisant, seule manière pour lui d'arrêter l'exercice.

Il persiste dans ses activités jusqu'à trouver une résolution. Cette attitude, souvent bénéfique, complexifie parfois les choses. Lorsqu'il cherche à nous faire comprendre quelque chose ou quand il est en difficulté sur un jeu, il ne peut s'arrêter. Ainsi, il faut parfois lui attraper les mains et lui dire de se calmer, de prendre un peu de temps pour qu'il cesse de s'agiter dans tous les sens. Les gestes sont son dernier recours de communication, mais il se piège alors dans des persévérations qui ont sûrement une part neurologique, mais qui semble aussi liée à son énervement quand il n'est pas compris. Lorsqu'on lui propose de prendre un peu de temps, il paraît alors très ambivalent, d'un côté il semble désespéré de ne pas avoir réussi, mais il semble aussi reconnaissant de cette possibilité de se calmer. D'autant plus que lorsque cela arrive, nous verbalisons aussi la difficulté dans laquelle cet état le met et que nous comprenons bien que les mots ne sortent pas, mais qu'il les a dans la tête. Ce qu'il confirme allégrement en hochant la tête. Dans ces moments, il a aussi parfois un sourire étrange, sans joie, comme s'il s'était résigné à cet état, mais que notre compassion lui fait du bien. Il est assez dur de s'imaginer à sa place, dans cette impossibilité totale à communiquer oralement malgré une compréhension de sa part qui semble tout à fait conservé. Pour revenir sur l'exercice de structuration spatiale, Mr G. montre une capacité à s'habituer à un exercice car, au fur et à mesure, il semble de plus en plus rapide et à l'aise.

La suite de la séance consiste en un temps de relaxation au lavabo dans un but d'extension de la main plégique de Mr G. La psychomotricienne me raconte que la première fois qu'elle lui a proposée, il semble avoir particulièrement apprécié la possibilité de voir sa main se déplier et en été fasciné. Comme s'il la redécouvrait comme élément avec une mobilité possible. La modalité du lavabo a été proposée en plein été et permet de faciliter la décontraction digitale. Ce temps a déjà été réalisé plusieurs fois, pourtant Mr G. semble éprouver toujours le même plaisir teinté de fascination. Il ne quitte pas sa main du regard, ses vocalisations s'apaisent, créant un moment de silence.

À ce moment, la psychomotricienne me propose de prendre son relais dans ce travail. Je suis alors installé à la gauche de Mr G., rendant ma position particulièrement instable, car sa main se dirige vers la droite et un pilier réduit ma mobilité. Je m'installe donc de travers sans pour autant oser signaler mon inconfort, de crainte de briser ce moment qui me semblait déjà fragilisé par mon intrusion. C'est alors la psychomotricienne qui m'incite à aller de l'autre côté pour être mieux installer. J'y vais donc et me place debout à la droite du lavabo. J'ai ainsi un meilleur accès à la main de Mr G. Je peux essayer de mieux comprendre les mécanismes pour l'aider à se relâcher.

À ce moment, je suis dans une modalité très fonctionnelle, cherchant juste à atteindre un degré de laxité le plus important possible. Je suis tellement concentré sur cela que je ne sens même pas la douleur qui s'installe lentement dans mon dos du fait de ma mauvaise position. J'essaie toutefois d'être le plus accompagnant possible en demandant souvent à Mr G. si je ne lui fais pas mal, tout en ne sachant même pas s'il sent toujours la douleur. Dans ces moments, Mr G. vocalise peu, il m'indique qu'il n'a pas mal en levant sa main valide, comme pour saluer. Ce geste revient assez souvent, et pour moi il prend comme sens : « ça va, on continue ». Le fait est que ce temps lui a semblé agréable, d'autant plus que nous avons la possibilité de lui réinstaller les doigts ouverts au bout de l'accoudoir de son fauteuil, nous permettant de maintenir ce plaisir d'ouverture un peu plus longtemps une fois la séance finie. Pour moi, cette séance a été éprouvante que cela soit physiquement ou psychiquement. Bien que je sois peu impliqué, je me suis senti en pleine empathie avec ce patient, j'ai eu un tonus extrêmement élevé pendant tout le temps au bureau comme si je souhaitais pouvoir faire le mouvement à sa place tout en ne le pouvant pas. Même si je n'étais que rarement impliqué dans la conversation, je me démenais pour essayer de comprendre ce que Mr G. voulait signifier. Lors du temps au lavabo, je me suis trouvé dans une position qui m'a usé. De plus, la chaleur de l'eau m'a fait transpirer, me mettant dans des conditions désagréables.

Pourtant, ce patient m'est resté à l'esprit durablement. Ce ne fut que lors d'un cours d'étude de cas, en pleine réflexion sur le patient que je pourrai évoquer que je me suis rendu compte que c'était lui qui me venait systématiquement à l'esprit et non un autre. D'ailleurs, comme souvent, la réflexion en groupe m'a apporté plus de questions qu'elle n'en a résolues, renforçant encore cet intérêt que je portais à Mr G.

---

#### 4.4.2 ...RÉSOLUE PAR L'ÉCOUTE

La séance suivante a été très semblable à celle que je viens de relater. Il m'est toutefois apparu de nouveaux éléments de la façon d'être de Mr G. J'ai réalisé qu'il modulait assez bien ses bruits et qu'il pouvait mettre une forme d'intonation qui vient grandement faciliter la compréhension que nous pouvons avoir de lui. La psychomotricienne a choisi de lui faire réaliser le même exercice que la fois précédente. Il s'est montré plus efficace dans la discrimination des pièces. Il avait moins besoin de comparer les éléments les uns aux autres et pouvait les placer dans un sens plus adéquat. Il a aussi pu différencier des pièces plus petites représentant des animaux. Il a pu les mettre en position verticale. Il a ainsi été beaucoup plus satisfait de lui-même dans la réalisation de l'exercice.

Nous avons ensuite repris le temps au lavabo, mais cette fois, je l'ai réalisé du début à la fin avec le soutien de la psychomotricienne. Cette fois-ci, j'ai pensé à m'installer correctement sur un tabouret au niveau du lavabo, cette position plus confortable m'a permis d'être plus ouvert à Mr G. et à ses ressentis. Ainsi, j'ai pu me détacher d'une technique uniquement fonctionnelle, lui demandant si cela était agréable et essayant d'obtenir plutôt une sensation de bien-être pour lui.

À ce moment, j'étais plus dans un objectif de découverte et d'écoute, comme si je pouvais plus m'ouvrir à lui au fur et à mesure que je découvre son humanité. Toutefois, ce bien-être semble lié pour lui à un potentiel d'ouverture de ses doigts. À tel point, qu'il m'a paru que la question de la douleur pouvait devenir secondaire par rapport au progrès possible. En effet, lui demandant parfois si je lui fais mal, j'ai alors l'impression qu'il me signifie que ce n'est qu'un détail et qu'il ne faut pas que j'hésite à forcer pour qu'il puisse avoir une amplitude plus grande.

Pour pouvoir approfondir cela, il me semblait alors que je devais couper le temps de relaxation et cela me paraissait dommageable. Et pourtant, il m'est apparu plus tard que ce temps d'échange est souvent aussi important que l'activité en elle-même. Je me suis souvent

demandé si ce n'était pas le seul temps d'échange qu'il avait avec les soignants. Les infirmiers et aides-soignants sont souvent victimes du peu de temps qu'ils ont à consacrer à chaque patient et je crains que proposer à Mr G. un temps d'expression réel ne puisse entrer dans les taches qu'ils peuvent réaliser. Cette séance s'est déroulée pour moi beaucoup plus sereinement que la précédente. La possibilité de prendre un peu plus de temps pour comprendre Mr G. dans une relation plus duelle m'a été très bénéfique. À partir de là, Mr G. s'est humanisé dans la représentation que j'avais de lui.

## 4.5 LE DÉVELOPPEMENT D'UNE COMPRÉHENSION INTERPERSONNELLE

### 4.5.1 L'OUVERTURE DES POSSIBLES

La semaine suivante s'est déroulée selon la même structure avec un exercice sur la structuration spatiale au bureau ainsi qu'un temps consacré à la main de Mr G. L'exercice consistait là encore à reproduire un modèle, mais cette fois les éléments comme le modèle étaient des formes abstraites. De plus, la réalisation devait être verticale. Les premières fois, il a exécuté les reproductions à l'horizontale, mais il a pu passer en vertical montrant une aisance et une précision importante dans la motricité fine de sa main qui n'est pourtant pas sa main dominante. On retrouve là encore la capacité impressionnante de Mr G. à avoir une augmentation de ses capacités au cours de l'exercice qui semble n'être plus qu'une formalité. Il trouve les pièces de plus en plus vite et les place correctement pour que les structures tiennent en équilibre et ressemble au modèle. Il nous montre aussi sa satisfaction de réussir l'exercice en émettant des vocalisations qui ne laissent pas de doute sur leur sens. Un petit sourire est apparu sur son visage malgré la concentration qu'il met sur l'exercice.

Il avait été décidé la semaine précédente que je réaliserai le temps autour de sa main. Pour ma part, la médiation aquatique ne m'est pas familière. Je n'étais donc pas sûr que l'eau apporte un réel intérêt en dehors de la relaxation musculaire. Je souhaitais travailler avec Mr G. sur un élément de sensibilité qu'il pouvait aussi contrôler et comprendre par son aspect visuel afin que ses différents canaux sensoriels se complètent. Je lui ai donc proposé d'utiliser une balle à reliefs.

Au vu de ses difficultés de mobilité et de jonction de ses deux hémicorps, j'ai réalisé les manipulations et la stimulation sensorielle. Mr G. s'est vite saisi de ce nouvel élément

qu'était cette balle. Pour moi, il était intéressant de pouvoir partir de son poignet et d'atteindre le bout des doigts en passant par la paume. L'idée était qu'il puisse à nouveau sentir sa main dans son entier et stimuler à nouveau sa paume qui est toujours enfermée par ses doigts. En associant ce mouvement d'aller-retour sur la main à une flexion du poignet, sa main peut retrouver un mouvement d'ouverture. Lors de l'extension, ses doigts se referment. J'ai profité de cela pour lui faire attraper la balle, redonnant ainsi à sa main : sa capacité de préhension. Malgré tout, la prise reste palmaire, son pouce demeurant contracté malgré nos efforts.

Ce retour à une capacité de préhension a semblé réjouir Mr G. qui souriait largement. Le ton de ses vocalisations était empreint d'un plaisir très communicatif, car je me suis trouvé moi-même à sourire. Je lui ai signifié que l'on pouvait observer le retour progressif de ses capacités. Ainsi, il a pu entamer le processus de retrouver cette main qui lui appartient toujours même si elle ne lui obéit plus. À la fin de ce temps, ses doigts sont restés suffisamment souples pour que nous puissions installer sa main au bout de l'accoudoir en lui faisant attraper le bout. Elle se trouve dans une position qui paraît plus normale que sa main roulée en boule posée sur l'accoudoir. De plus, cela a le mérite de faire trace une fois la séance terminée et de continuer à maintenir l'extension de ses doigts ainsi qu'une existence sensitive de la paume.

---

#### 4.5.2 DIMENSION SENSORIEL ET COORDINATION

À la séance suivante, j'ai proposé les exercices avec une présence en retrait de la psychomotricienne. J'ai souhaité travailler autour de la coordination oculo-manuelle et sortir Mr G. d'un travail au bureau qui manquait parfois de vitalité. Je lui ai donc proposé de faire des jeux de balle. Nous avons commencé avec un ballon de baudruche afin de ne pas le mettre trop en difficulté. Ce type de ballon ayant l'intérêt d'être lent et de laisser un temps d'adaptation pour pouvoir le renvoyer facilement.

Ce type d'exercice ne lui pose pas de difficulté, il peut attraper la balle à de nombreux emplacements de sa kinésphère et la renvoyer avec une force adéquate. Ses troubles visuelles l'obligent à une mobilité oculaire importante, mais il s'y adapte bien, ne perdant pas le ballon de vue. Nous sommes par la suite passés à un ballon en mousse. Il peut l'attraper correctement en le plaquant contre lui et peut le relancer à une main en l'attrapant avec toute sa main gauche.

À ce moment, un aspect très important de sa personnalité m'est apparu : Mr G. a un caractère maniaque. En effet, le ballon se désagrège, laissant des poussières de mousse jaune un peu partout. Il ne s'en est rendu compte qu'à la fin de l'exercice, mais s'est mis à les nettoyer avec attention sans en laisser une. Il paraissait alors très agité, voire énervé. Il ne se calma que lorsque les poussières furent enlevées. Cet aspect de sa personnalité revient en fait dans de nombreuses activités où il ne se contente pas d'un résultat mitigées. Pour que cela soit satisfaisant pour lui, les jeux et exercices doivent être réalisés à la perfection. Sinon cela ne lui convient pas et l'énerve. Il s'avère que cet élément revient souvent et est la source de ses communications les plus véhémentes. À cette époque, je ne l'avais rarement vu aussi vivant que lorsque ses manches étaient remontées et qu'il ne pouvait pas les redescendre seul. Malheureusement, il paraît tout à fait anxieux dans ces moments-là, ne s'apaisant que lorsque le problème est résolu. S'il communique beaucoup, il devient beaucoup moins compréhensible qu'à l'accoutumée. Nous avons su par sa femme que ce trait de caractère était présent avant son accident. Je l'imagine faire attention au moindre détail dans sa vie quotidienne. Lors des séances, il m'aide à ranger les différents jeux et m'appelle même lorsque je vais chercher quelque chose dans le placard pour que je range bien ce qui est resté sur le bureau. Ceci peut avoir plusieurs significations, soit il est tellement minutieux qu'il ne peut pas laisser de désordre sur le bureau, soit il tient à ce que nos séances restent entre nous et que les traces disparaissent. Dans tous les cas, il n'est pas naturel pour lui de laisser en l'état des éléments que nous avons utilisés. Je remarque toutefois que cette rigidité s'amenuise au fur et à mesure du temps.

Nous avons continué la séance par un jeu de lancer de balle dans une cible qui est un cerceau emboîté dans un cône. Ce jeu prend sa valeur dans la proposition de plusieurs types de balles ayant des caractéristiques de poids, de tailles et de matières différentes. L'idée étant d'inciter Mr G. à se concentrer sur les qualités sensorielles de la balle plutôt que sur le résultat du tir. Ainsi Mr G. peut prendre ce temps de sensation dans un but qui lui paraît utile : ajuster son lancer. Pour ma part, mon objectif est atteint. En effet, il associe la sensation qu'il a sur sa main valide à ce qu'il voit. Cela lui permet, lorsque j'utilise ces balles dans le temps de relaxation, de transposer cette sensation sur son autre main

En parallèle, nous avons aussi travaillé son adresse de la main gauche qu'il devra s'habituer à utiliser dans sa vie de tous les jours. Malgré un temps d'adaptation nécessaire, Mr G. se montre efficace et s'adapte bien aux différences entre les balles que je lui impose tout au long de l'exercice. Il me montre encore une fois à quel point il souhaite réussir en ne

considérant l'exercice comme fini que lorsque toutes les balles sont passées dans le cerceau. J'observe toutefois une difficulté d'adaptation par rapport à son fauteuil roulant dont le frein et l'accoudeur le gênent dans son mouvement. Je lui ai proposé de lancer la balle autrement, car il me paraissait être mis en difficulté dans la qualité de son tir, mais bien qu'il semble acquiescer à mes propositions, il ne s'en saisit pas.

Il est difficile de savoir, si cela provient d'un mécanisme neurologique de persévération dont il est parfois victime ou si cela vient d'une difficulté psychogène à intégrer le changement. Cette question se pose afin de faciliter l'accompagnement des variations motrices. En effet, si je considère que le trouble est neurologique, j'aurais tendance à aller frontalement contre cela, en lui faisant vivre un autre mouvement par l'exemple et des mobilisations passives afin de favoriser les processus de la plasticité cérébrale. Si la difficulté est plus psychogène, il est nécessaire à mon sens de prendre plus de temps et de proposer des évolutions légères qu'il puisse intégrer à son rythme au fur et à mesure des séances.

Lors du temps de relaxation qui a suivi, j'ai proposé à Mr G. un temps où il était lui-même acteur en lui faisant tenir la balle et en l'accompagnant dans la stimulation de sa main droite. Il m'est apparu que cette proposition était peut-être un peu précoce pour Mr G. En effet, celui-ci, bien que d'accord me paraissait encore très hésitant dans ce contact l'incitant à relier ses deux hémicorps. Ce contact reste possible, mais nécessite d'être accompagné tout en laissant libre la durée de ce temps. Cela marque toutefois une bonne indication pour la suite du travail qui paraît intéressant pour l'aider à relier ses hémicorps afin qu'il retrouve un corps investi dans son entier. Pour le moment, Mr G. paraît coupé en deux au niveau de son axe. Il me donne parfois l'impression d'avoir fait le deuil de son hémicorps lésé, alors que certains patients s'acharnent à retrouver toutes leurs capacités d'origine. Il est intéressant de voir que cela lui permet d'avancer dans un processus de relatéralisation. Mais, même s'il ne peut plus se servir de son hémicorps, celui-ci est toujours présent. Mr G., afin de continuer à progresser, doit le réintégrer dans son schéma corporel et son image du corps.

---

#### 4.5.3 VÉCU CORPOREL

Lors de cette nouvelle séance, la psychomotricienne m'a laissé seul avec Mr G. Je lui ai proposé un travail autour de la structuration spatiale. Pour cela, je lui ai proposé d'utiliser un jeu qui nécessite la reproduction de formes géométrique complexe. La réalisation est



effectuée par des cubes dont les faces sont peintes en deux couleurs qui sont séparées dans la diagonale. Chaque face présente des couleurs différentes, mais tous les cubes sont identiques. Ce jeu nécessite donc une représentation en trois dimensions des cubes pour pouvoir les tourner de manière à trouver la face qui correspond.

En y réfléchissant à rebours, il s'avère que cet exercice était une mauvaise idée, mais lorsque je l'ai vu dans le placard je ne m'attendais pas à une si grande complexité. Mr G. a montré toute sa volonté de réussir, mais cela n'a pas suffi. Il a eu de nombreuses difficultés. Tout d'abord, la vision monoculaire devait gêner sa perception de la face supérieure qu'il pouvait confondre avec celle qui se trouvait devant lui. Ses troubles visuels ont dû aussi le gêner dans la perception des différences de couleurs. Il fut aussi impossible pour lui de réaliser une planification efficace en projetant ce que pouvaient donner plusieurs de ces cubes posés côte à côte.

Il fut tant en difficulté que je me suis demandé si sa vision des couleurs était conservée, et par conséquent s'il pouvait réaliser l'exercice. En lui demandant s'il voyait les couleurs, il n'a pas été clair dans sa réponse. Comme si ce n'était pas évident pour lui de savoir s'il les voit ou pas. J'ai voulu vérifier cela en lui donnant plusieurs feutres et en lui demandant de me montrer celui de la couleur que je lui cite. Il alterne entre bonnes et mauvaises réponses qui ne semblent pas dues au hasard. C'est en écrivant ces lignes que je réalise qu'il voit peut-être certaines couleurs et pas d'autres, ce qui expliquerait l'absence de fermeté dans sa réponse.

Lorsque je lui ai proposé d'arrêter l'exercice, il a absolument tenu à continuer. Face au temps qui passait et la difficulté dans laquelle Mr G. était, je lui ai proposé de réaliser une partie de la forme pour qu'il complète ensuite, ce qu'il a accepté. À partir de là, il a pu placer les cubes dans le bon sens, mais les couleurs n'étaient pas les bonnes. Il m'apparaît que si cet exercice a réellement mis en difficulté Mr G. il lui a été aussi profitable. En effet, il a pu expérimenter de nombreuses dimensions lors de la manipulation des cubes.

J'ai par la suite proposé à Mr G un temps avec des balles de reliefs. Nous avons commencé en effectuant un travail spécifique sur sa main pour favoriser cette détente dont il est tant demandeur. Après avoir obtenu une détente suffisante, j'ai choisi d'élargir l'axe de travail en prenant une balle à reliefs d'un diamètre plus importants que celle utilisée jusque-là. Cela permet d'avoir une surface de stimulation plus grande qui s'étend à l'intégralité du bras. À ce moment, Mr G. est très curieux de ces nouvelles sensations. Il

regarde la balle qui remonte le long de son bras. Je réalise plusieurs aller-retour sur son bras puis décide de monter jusqu'à sa nuque. Il émet alors un son faisant penser à de la surprise, alors qu'il est habituellement très silencieux lors de ce temps. Je redescends sur l'autre bras et réalise plusieurs fois ce trajet. Il émet encore un son à chaque passage sur sa colonne vertébrale, mais celui-ci se transforme lentement de la surprise vers la satisfaction. Nous continuons ainsi pendant un certain temps. Mes paroles accompagnent le trajet de la balle pour qu'il puisse la situer encore plus facilement sur son bras. À la fin de ce temps, je lui explique que je cherche à rappeler à son corps que son bras est toujours là, mais qu'il est aussi intéressant de s'occuper de son autre bras qui, comme il est valide, n'est pas du tout intégré dans les préoccupations soignantes. Il acquiesce alors avec véhémence, montrant l'intérêt qu'il porte à l'idée de ressentir une meilleure unité corporelle.

---

#### 4.5.4 UNE COMPRÉHENSION À PRÉSENT POSSIBLE

Lors de cette séance, je lui propose tout d'abord un travail, au bureau, de construction spatiale par l'utilisation de pièces qu'il faut associer afin de construire une figure. Cet exercice nécessite de retourner les pièces afin de le faire s'emboîter correctement. Cet exercice aurait été difficile deux mois auparavant, car Mr G n'arrivait pas à intégrer la notion de réversibilité et qu'il fallait retourner une pièce pour qu'elle corresponde à la forme voulue. Maintenant, cet exercice est plus facile pour lui. Il nécessite de passer par un mode essai/erreur, mais qui au fur et à mesure lui permet de trouver la solution correcte. Il se montre de plus en plus rapide au cours de la séance, montrant une intégration de la possibilité de jouer avec ces pièces dans l'espace. Il peut même réussir certaines figures qui nécessitent de placer certains éléments les uns sur les autres alors qu'ils sont représentés en 2D. Cela marque un progrès considérable dans sa façon d'utiliser l'espace qu'il peut maintenant visualiser sur plusieurs plans et superposer dans sa représentation mentale.

Puis nous sommes passés à la réalisation de modèles où les pièces ne sont pas détaillées. Ici, Mr G. sait quelles pièces il doit utiliser, mais il doit complètement inventer la façon de les agencer. Il y arrive de nouveau, en utilisant de moins en moins le mode essai/erreur. À présent, il est capable de tourner les pièces et de ne pas être dans l'obligation de les placer pour vérifier la justesse de leurs positions. On voit dans toute cette séquence les progrès réalisés par Mr G. dans sa représentation de l'espace. Aux premières séances, celui-ci a pu passer d'une représentation en deux dimensions (largeur-longueur, qui avait sûrement chez lui une forte composante égocentrée) à une représentation en trois dimensions

simple (l'accès à la verticalité). À présent, Mr G. peut jouer avec ces dimensions en les superposant, les retournant, les assemblant dans son fonctionnement cognitif. On peut supposer qu'il peut à présent commencer à se vivre à nouveau en trois dimensions, conditions nécessaires pour retrouver une perception de son corps la plus proche de la réalité.

Nous passons ensuite au temps habituel autour de sa main. Celle-ci se détend en quelques courtes minutes à la grande satisfaction de Mr G. Je lui demande combien de temps elle reste détendue après la séance, il m'indique entre deux et trois heures avec un grand sourire. Nous passons alors à l'utilisation de la plus grosse balle pour passer sur son bras droit puis sa nuque et redescendre sur le bras gauche. À partir de là, soit j'effectue le chemin en sens inverse soit je passe directement d'une main à l'autre afin de lui faire ressentir la continuité et la liaison qu'elles peuvent avoir. Il regarde beaucoup la balle, comme pour renforcer ses sensations tactiles. Lorsque je le questionne à ce propos, il m'indique sentir à peu près, mais pas précisément sur son bras droit.

Cette séance est assez difficile à relater, car nous avons beaucoup échangé dans ce mode de communication si particulier qu'il est nécessaire d'adopter avec Mr G. C'est un subtil mélange de questions fermées ou attendant des réponses précises, associé à une attention fine de son expression faciale et de tous les éléments de communication non verbale de plus en plus présents chez lui au fur et à mesure de ses progrès. Nous sommes à ce moment dans une compréhension facile sur les questions que j'amène. Mais nous sommes encore en difficultés lorsqu'il souhaite exprimer ses propres préoccupations, surtout lorsqu'elles n'ont pas de rapport avec la situation immédiate.

Il me semble à présent qu'au cours de cette séance, nous nous sommes réellement rencontrés dans un rapport interpersonnel, et non plus dans un simple rapport soignant-soigné. Cette différence est subtile, la rendant difficile à expliciter. Je pense qu'à mon niveau, j'étais arrivé à un moment de la prise en charge où je pouvais abaisser mes défenses sans me sentir trop intrusé par la sidération que Mr G. pouvait me faire ressentir. J'ai ainsi pu m'ouvrir davantage à ce que je perçois de lui, me permettant alors de mieux le comprendre. Je suppose qu'il a dû sentir ce changement en moi et que mes propres progrès lui permettent aussi de redevenir doucement une personnalité incarnée qui peut s'ouvrir à l'autre sans se sentir trop en difficulté. Dans tous les cas, cette séance est un tournant dans la prise en charge, qui par la suite m'a paru plus évidente et dans laquelle je me suis senti plus légitime.

## 4.6 UN DÉPLOIEMENT DU CORPS DANS L'ESPACE

À cette époque de nombreuses séances ont été raccourcies pour des raisons de contraintes matérielles (Mr G. ayant des rendez-vous médicaux en extérieur, le retour est souvent plus tardif que prévu, incluant des retards parfois importants pour les séances). Cela explique que plusieurs de ces séances ne soient généralement composées que d'une seule activité contrairement aux précédentes.

---

### 4.6.1 TENTATIVE

Cette séance se déroule après les vacances de Noël, nous ne sommes donc pas rencontrés depuis deux semaines. Avant les vacances, nous nous comprenions de mieux en mieux. Je cherche alors à lui donner une possibilité supplémentaire d'exprimer ses idées de façon autonome, car pour le moment il est encore limité au thème que je lui apporte. Je lui propose donc de prendre un temps avec un alphabet afin de voir s'il peut se saisir de cet outil qui ne lui a pas encore été proposé dans un autre cadre. Son utilisation s'avère extrêmement compliquée. En effet, la saccade visuelle de Mr G. n'est pas de bonne qualité et son hémianopsie apparaît franchement.

Pour me montrer les lettres, je lui propose d'utiliser un stylo. Il peut aller seul jusqu'au milieu de la ligne, puis s'arrête, hésitant, ne sachant pas s'il doit continuer sur la ligne ou passer à celle du dessous. Je lui propose alors de continuer un peu plus loin sur la ligne, il peut aller deux lettres plus loin, et ainsi de suite jusqu'au bout de la ligne marqué d'un point coloré. Il avait pour but de lui indiquer la fin de son exploration visuelle mais cela ne semble pas être utile.

De plus, Mr G. est en grande difficulté pour reconnaître une lettre. Il ne semble en voir que le côté gauche, ainsi beaucoup de reconnaissances sont fausses. En effet de nombreuses lettres se ressemblent lorsqu'elles ne sont vues qu'à moitié, par exemple C, G, Q, O. qui, vus du côté gauche ressemble à : « (» ce qui ne permet pas une reconnaissance efficace. De la même manière F, H, P, I, L, U, B ressemble finalement pour Mr G. à ceci « | ». C'est en traçant moi-même la lettre que je lui ai demandé de chercher qu'il peut la reconnaître et venir la chercher quasiment sans erreur sur le modèle. Il est toutefois paradoxal de dessiner la lettre qu'il cherche alors que je souhaite favoriser ses possibilités d'expression personnelle.

Je lui ai proposé cette activité lors d'une autre séance avec le même résultat. J'ai par la suite décidé d'abandonner cette tentative pour revenir à un travail plus psychomoteur qui nous occupe déjà grandement. En effet, il se trouve dans une difficulté pour réaliser cet exercice. Je ne remarque aucun indice montrant qu'il pourrait rapidement se saisir de cet outil. J'ai aussi l'impression d'effectuer la prise en charge dévolu à un ergothérapeute ou un orthophoniste qui ne m'incite pas à continuer le travail sur cet outil. Toutefois, ces situations ont eu pour valeur de venir confirmer l'impression que j'avais de la présence d'une hémianopsie droite importante, mais bien compensée. Cela m'a conforté dans la façon que j'avais de m'approcher de Mr G. quand je souhaitais entrer en contact avec lui ou lui proposer des modèles du côté gauche, tout en venant le stimuler sur ses deux côtés.

---

#### 4.6.2 UNE DEMANDE

Cette fois-ci, Mr G. ne me laisse pas le temps de lui proposer une activité. Après les salutations d'usage, il se dirige de lui-même vers le lavabo. Il me fait comprendre qu'il trouve sa main à nouveau trop raide au retour des vacances de Noël. Les séances de kinésithérapie sont surtout concentrées autour de la marche qui progresse de façon importante, délaissant le bras de Mr G. qui retrouve alors sa spasticité. Nous prenons un temps important pour détendre sa main. Il semble plus en capacité qu'auparavant de signifier lorsqu'il ressent de la douleur. Notre lien dans le soin et notre capacité grandissante à nous comprendre me permettent d'induire une dimension plus affective, sur le plaisir de voir cette main s'ouvrir à nouveau. Nous remarquons ensemble que malgré une régression de la capacité d'extension, il la retrouve rapidement. Je verbalise aussi les différences que je ressens, lui indiquant que je mets moins de force pour faciliter la détente. Ce temps se réalise dans un lien plus fort que lors des séances d'avant les vacances. Il me semble alors que nous avons la possibilité de passer ce temps ensemble, dans une globalité plus propice qu'une simple détente des doigts qui se ferait sans lien spécifique. Il présente aussi un rapport différent à son corps. Il ne paraît plus autant fasciné par sa main, ses yeux sont plus mobiles, remontant vers son coude que nous avons aussi détendu auparavant pour pouvoir approcher la main de l'eau. Il peut à présent se satisfaire du bien-être qu'apporte l'ouverture en tant que telle sans nécessiter d'atteindre une extension maximale ou un degré de douleur important. J'ai à présent l'impression que Mr G. peut être en contact d'une manière plus apaisée avec son corps, qu'il commence à accepter l'hémicorps non fonctionnel comme une partie de lui à laquelle il peut porter une attention bienveillante.

---

### 4.6.3 VERTICALITÉ

Cette semaine-là, j'ai vu Mr G. deux fois. En effet, j'ai eu l'occasion d'aller le voir lors d'une de ses séances de kinésithérapie. Lorsqu'il m'a vu entrer dans la salle, son visage s'est illuminé. Nous lui avons alors expliqué, avec la kinésithérapeute, que j'étais venu pour observer ses progrès par rapport à la marche ainsi que les possibilités de transfert en salle de psychomotricité. Lorsque nous lui demandons son accord, il acquiesce avec véhémence et avec un grand sourire. Il a réalisé beaucoup de progrès depuis les vacances de Noël, la marche est à présent possible à l'aide d'une canne tripode et d'une attelle de cheville afin de lutter contre la rétraction en équin. Il ne présente que peu de déséquilibres, qui sont d'ailleurs bien rattrapés. Il est à présent tout à fait capable de réaliser des transferts sans difficulté particulière. J'apprends à cette occasion qu'une opération chirurgicale est prévue pour rallonger son tendon d'Achille et ainsi offrir la possibilité de se passer de l'attelle. Cette opération est prévue dans les quinze jours qui suivent.

L'après-midi, nous nous voyons pour la séance hebdomadaire de psychomotricité. Fort de mes observations de la matinée, je propose à Mr G. de sortir du fauteuil pour aller s'installer sur le podium (c'est une simple table à hauteur de l'assise d'une chaise sur laquelle est posé un tapis, il est qualifié ainsi par ma maître de stage). Nous réalisons un temps de stimulation sensorielle. Nous profitons d'avoir accès à son axe sur toute sa longueur. Il est toutefois compliqué pour moi de gérer ce changement d'habitude, car je ne parviens pas à m'installer correctement. Toutefois, cette recherche incite à une stimulation de l'axe, car la liberté supplémentaire du tronc permet plus de mouvement. Au bout d'un moment, Mr G. semble fatigué de cette position particulière sans appuie-dos, je lui propose alors de retourner au fauteuil et venir s'installer au bureau pour une autre activité.

Cette autre activité est « l'arbre logique ». C'est un jeu qui consiste à placer des pièces en fonction d'éléments préindiqués. Ainsi, on part d'une branche qui se divise en deux, indiquant par exemple la forme de l'élément. Elle se divise à nouveau en deux indiquant alors la couleur. Il y a plusieurs niveaux de difficulté avec plus d'éléments à prendre en compte ou des éléments à repérer par leurs absences. Nous avons déjà tenté ce jeu auparavant sans grande réussite. L'idée de la proposer à nouveau s'appuie sur les progrès importants de Mr G. qui me font penser qu'il est capable d'atteindre cet objectif. Il se montre plus efficace, meilleur dans la discrimination des indices et de l'application de la logique. Il est aussi à présent capable de placer les éléments alternativement à droite et à gauche, alors

qu'avant il ne pouvait utiliser que les éléments sur sa gauche sauf indication de ma part. La réalisation de ce jeu me paraît hautement symbolique, car cet arbre présente une verticalité qu'il n'avait pas acquise jusqu'alors.

---

#### 4.6.4 AXIALITÉ

Cela sera la dernière séance que je relaterai ici. Après cela, Mr G. a dû porter un plâtre suite à son opération du talon d'Achille, nous limitant dans les propositions que je lui fais. Il m'est, de plus, nécessaire d'avoir du recul sur les séances décrites. Ce qui confirme le choix de ne pas raconter les séances qui se sont déroulées au cours de la rédaction de ce mémoire. Cette séance s'est déroulée en mars.

Cette fois-ci, Mr G. arrive alors que je suis dans un autre bureau. Il rentre seul dans la salle et s'installe tranquillement au bureau. Cela paraît anodin, mais l'ambiance globale était plutôt joyeuse. Je rentre dans le bureau en plaisantant sur le fait que Mr G. compte réaliser sa séance tout seul, il répond par un rire franc et massif qui fait plaisir à entendre. Tant que nous sommes au bureau, je lui propose un jeu de reconnaissance de forme en aveugle. Il est efficace dans ce jeu montrant une bonne capacité au niveau de l'espace représenté (les formes sont présentées en deux dimensions sur une carte et doivent être associées à un volume).

Par la suite, je lui propose de quitter le fauteuil roulant pour aller s'installer sur le podium, mais je rajoute la contrainte de s'asseoir sur un disque épais rempli d'air (autrement appelé coussin de proprioception ou coussin d'équilibre). Cet accessoire est généralement utilisé en kinésithérapie pour la marche, mais il a aussi beaucoup d'intérêt pour s'asseoir dessus, car il induit et amplifie les mouvements du bassin. Mr G. rit beaucoup quand il est installé sur cet objet. Cela semble réveiller des sensations qu'il n'a pas éprouvées depuis longtemps. Il reste ainsi sur le coussin quelque temps pour tenter de s'équilibrer. Ma présence à côté de lui est toutefois nécessaire, car le risque de déséquilibre vers le côté droit est grand.

Après ce temps, je lui propose d'enlever le coussin puis de prendre un bâton d'une cinquantaine de centimètres de long et à l'aide de celui-ci nous avons réalisé un échange de balles avec un ballon de baudruche. Ainsi, il était fortement stimulé au niveau axial, car le fait de se pencher pour venir rattraper la balle nécessite l'implication de tout le torse et de la jambe fonctionnelle. Il se montre efficace, pouvant se pencher vers la droite, vers la gauche,

en avant, il peut croiser l'axe sans difficulté. Il a juste une gêne pour évaluer la distance de la balle. En effet, à cause de l'énucléation, il n'a plus une vue en trois dimensions. Il doit donc effectuer un travail cognitif important pour recevoir au mieux la balle. Tout au long de cette séance, Mr G. s'est montré enthousiaste, volontaire, riant, encore plus qu'à l'accoutumée. À tel point, qu'une des orthophonistes présentes dans le même couloir s'est montrée impressionnée par cette capacité à rire aux éclats.

#### 4.7 CONCLUSION

Actuellement, les séances avec Mr G. continuent toujours. L'opération du tendon d'Achille s'est déroulée sans difficulté, mais le port du plâtre pendant quatre semaines nécessite une adaptation de toutes les prises en charge. De plus la position que cela implique au fauteuil (la jambe plâtrée est placée à l'horizontale afin d'éviter une phlébite) le gêne dans sa mobilité de tous les jours et dans ce qui est réalisable en séance. Ainsi, ces derniers temps, les séances se sont plutôt déroulées au bureau par la réalisation de jeux sur l'espace et de motricité fine. Pour dynamiser les séances, j'ai proposé à plusieurs reprises des jeux de balles, mais ils s'avèrent complexes à mettre à place, car Mr G. se montre vraiment gêné dans sa motricité globale par cette position. Nous passons aussi un temps important des séances à échanger sur ses progrès et la façon dont il vit à présent son corps. Il se montre très impatient du retrait de son plâtre afin de retrouver une mobilité de meilleure qualité dans son fauteuil, mais aussi de pouvoir remarcher à nouveau.

Au niveau du langage, il ne lui est toujours pas possible de dire des mots, mais il module de façon très impressionnante le son qu'il émet. Ainsi, il devient courant de reconnaître un mot de façon claire sans qu'il ne l'ait dit. Cela laisse envisager la possibilité du retour de la parole, au moins dans une certaine mesure.

Comme les permissions à son domicile se déroulent bien, il est actuellement prévu que Mr G. quitte définitivement le centre médical en août 2015. Ce qui laisse du temps pour continuer la rééducation tout en préparant le départ dans des conditions tout à fait sereines. Le processus dans lequel est engagé Mr G. est rassurant et laisse présager de progrès qui s'annoncent encore importants.



Les patients cérébrolésés vivent une rupture de la stabilité de l'unité corporelle qu'ils ont mise en place. Afin d'éviter des conséquences délétères au cours du processus de rééducation, il importe d'accompagner les patients que l'on rencontre en psychomotricité à réinvestir ce corps différent, moins fonctionnel, mais qui est toujours le leur. Je m'interroge sur l'aide que peut apporter un travail en psychomotricité pour réinstaurer une conscience corporelle globalisée et aider Mr G. à faire le lien avec ce qu'il est et à reprendre une place dans sa propre vie :

*Suite à cette désorganisation corporelle, identitaire et narcissique, la personne a besoin de reconstruire de nouveaux repères corporels afin de se réapproprier son corps, d'être à son écoute, ce qui sous-entend le regarder, en admettre le changement, accepter ces nouveaux repères, sans cesse en mouvement. Elle pourra ensuite retrouver sa façon propre de se mouvoir, de s'adapter à l'espace environnant pour pouvoir y être actif et par là même redevenir acteur de sa vie et de son avenir.<sup>16</sup>*

Accompagner Mr G. à retrouver une meilleure perception de son unité corporelle a été l'objectif que je me suis donné lors des prises en charge. Cet objectif s'est développé autour de trois axes de travail spécifiques :

- Un travail sur l'intersensorialité pour reprendre contact avec son corps.
- Un travail sur l'espace qui a pour but de renforcer le travail intersensoriel et d'ouvrir le champ d'action et d'exploration de Mr G. enfin,
- Un travail sur l'instrumentation du corps pour Mr G. afin de retrouver au mieux la capacité d'agir de façon volontaire sur l'environnement.

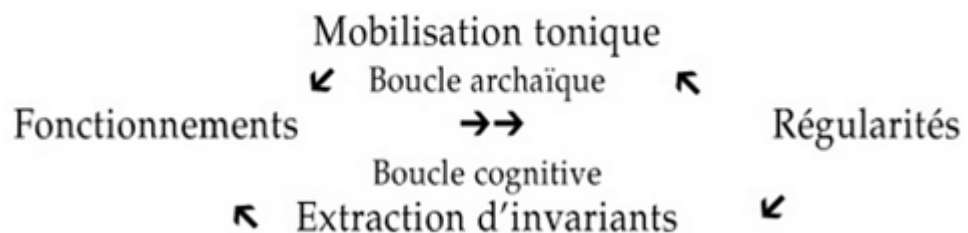
---

<sup>16</sup> Barrou M., Sarraf T., (2014) « Quels sont les impacts des déficiences motrices et psychomotrices après une lésion cérébrale ? », P64

## 5.1 UN TRAVAIL DE STIMULATION SENSORIELLE

Le travail autour de la sensorialité a été une part importante du soin avec Mr G. Il m'apparaît que c'est via ce média du tactile que nous nous sommes rencontrés dès la première séance. Dès lors, il m'avait semblé important de pouvoir lui proposer un moment où il pouvait se concentrer sur ses ressentis dans un moment de calme afin de laisser de côté, pour un temps, la vision fonctionnelle de son corps. Bien que cette demande fût au départ très ciblée sur la nécessité de détendre sa main droite, cela a pu nous donner une modalité d'accès vers un autre regard : la simple possibilité de se sentir toujours exister dans son entier. En effet, dans ce type de structure, la demande est souvent concentrée sur une nécessité de réparation, de remettre les choses comme avant au détriment du plaisir du corps. La modalité que les patients s'auto-appliquent régulièrement est : « il faut souffrir pour progresser ». Apporter un autre mode en insistant sur la possibilité de vivre son corps sans être dans la douleur paraît parfois inutile à ces derniers. Pourtant, il y sont aussi très réceptif lorsque l'on construit une alliance thérapeutique de qualité.

Cette idée d'un travail intersensoriel s'appuie ici sur la conception « bullingérienne » du développement du psychisme chez l'enfant. Pour l'auteur, le lien que le bébé réalise entre les sensations qu'apportent ses différents sens de manière simultanée permet à ce dernier de percevoir les invariants de son corps qui vont être les premiers éléments fondateurs de la constitution d'une unité corporelle. Il le résume dans le schéma ci-dessous :



17

---

<sup>17</sup> Bullinger A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*, P37

On voit ici la représentation d'une boucle cognitive. Par définition, cette boucle s'autorenforce par l'expérience. On remarque que les fonctionnements entraînent la perception de régularités dans les sensations perçues. Cette régularité est perçue par deux systèmes :

- la boucle archaïque qui concerne la réaction tonique face au mouvement qui est toujours similaire pour une même mobilisation. (Par exemple, le niveau tonique du bras augmente pour monter la main.) Cette réaction est un élément indiquant ainsi à l'enfant qu'il a réalisé le même mouvement que peu de temps auparavant.
- L'autre système, la boucle cognitive, permet que le mouvement, et ses régularités s'installent durablement dans la psyché de l'enfant par l'extraction d'invariants qui seront réveillés lorsque le mouvement sera réalisé à nouveau. Ce fonctionnement en boucle permet d'assurer régulièrement à l'enfant qu'il est toujours « lui » et que son corps fonctionne toujours de la même manière.

Dans le cadre de la prise en charge, le processus est différent, mais s'appuie sur ces deux boucles. En effet, les invariants sont toujours présents au niveau psychique pour le patient ayant subi une lésion cérébrale. Toutefois, le corps qui ne leur répond plus tout à fait, vient mettre en doute la stabilité du vécu que le sujet a de lui-même. Il paraît alors intéressant de réadapter ces invariants afin qu'ils conviennent mieux à ce que le corps fait vivre au patient. Mais l'absence, ou la diminution, des sensations tactiles et proprioceptives vient gêner ce processus lorsqu'il est réalisé indépendamment du reste des sensations. C'est en insistant sur les aspects intersensoriels que les invariants seront stimulés à nouveau, car ils sont construits sur cette modalité spécifique. Le travail intersensoriel agit sur deux plans :

- Dans l'immédiat en permettant au patient de sentir et de voir son corps
- Plus durablement en favorisant une évolution des invariants plus proche de la réalité corporelle actuelle.

---

### 5.1.1 MEMBRES SUPÉRIEURS

En plus de cette ouverture à une prise de conscience de soi un peu différente de ce qu'il peut connaître habituellement, le travail sensoriel permet une réintégration progressive du membre non fonctionnel. Il me paraît intéressant de préciser ce que j'entends par travail sensoriel avec ce patient.

Au cours de mes discussions avec lui, j'ai pu identifier les modalités sensorielles qui sont préservées sur son hémicorps lésé. Ainsi, il s'avère qu'il peut encore sentir les stimulations tactiles, mais celles-ci sont imprécises et nécessitent d'être marquées. Les sensations douloureuses et proprioceptives sont toujours présentes. La réalisation d'un travail sensoriel dans ces conditions nécessite d'utiliser au maximum l'intersensorialité. Mr G. utilise de lui-même son regard pour renforcer les faibles stimulations tactiles qu'il ressent. J'accompagne aussi ces temps par des verbalisations, toujours dans l'idée de renforcer les sensations par différentes modalités sensorielles. De façon générale, lorsque les temps de stimulation ne sont pas effectués au lavabo, j'utilise des balles à reliefs. Je choisis des balles assez piquantes afin de stimuler le système tactile archaïque qui semble assez bien préservé. Il est défini ainsi par A. Bullinger :

*On distingue deux voies de transmission des signaux tactiles au système nerveux central. Un premier système dit archaïque ou spinothalamique dispose de fibres de petits diamètres à transmission lente. La projection est sous-corticale et n'est pas organisée de manière somato-topique. Ce sont les aspects qualitatifs qui sont traités par ce système : les aspects agréables/désagréables, chaud/froid. Ces stimulations entraînent des réponses toniques pouvant mobiliser tout l'organisme. Le deuxième système, plus récent phylogénétiquement (le système lemniscal), transmet les signaux par des fibres de gros diamètres à transmissions rapides. Ces fibres se projettent au niveau cortical de manière contralatérale dans une organisation somato-topique où la place occupée par chaque segment corporel reflète non seulement la densité des capteurs sur la surface du corps, mais aussi le degré de mobilisation et d'instrumentation de ces zones qui, bien sûr, varie avec le développement et les tâches dans lesquels l'individu est engagé.<sup>18</sup>*

Dans ce cadre, il m'apparaît intéressant de venir stimuler ce système qui projette sur des aires cérébrales différentes de celle du système phylogénétiquement plus

---

<sup>18</sup> Bullinger A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*, P27

récent, afin d'amener des sensations qualitativement claires et dont la localisation est facilitée par la vision. De plus Mr G semble beaucoup plus sensible à ces balles. On trouve dans ces temps répétés une réelle composante régressive, non pas au niveau psychique, mais au niveau corporel. On vise ici à faire revivre à Mr G. des sensations qu'il a déjà vécues lors de son développement précoce où seul le système archaïque est fonctionnel :

*« Dans le développement, le poids relatif de ces deux composantes – archaïque et récente – se modifie. [...], Le système archaïque domine. Il assure une fonction fondamentale chez le nouveau-né : le dialogue tonique. <sup>19</sup> »*

Ainsi, on vient stimuler les mécanismes qui lui ont permis une première fois dans sa vie de constituer son unité corporelle. On offre alors à Mr G. la possibilité de vivre à nouveau ce moment, bien que d'une manière très différente. Dans les premiers temps de sa vie, il devait apprivoiser ce corps qu'il ne connaissait pas et n'avait pas investi. Maintenant, le but est de réapprivoiser ce corps qui a changé, mais qu'il serait tellement tentant de laisser de côté. Ainsi, par les stimulations sensorielles, on lui permet de constater que la partie de son corps qu'il ne peut plus faire bouger et toujours présente, qu'elle est toujours une part de lui-même.

Cet aspect est renforcé par les attentes de Mr G. envers sa main qui sont satisfaites. Le travail réalisé en psychomotricité en parallèle de celui des kinésithérapeutes a permis d'atteindre un état de relâchement musculaire qui permet au patient de détendre régulièrement sa main sans aide extérieure. Il peut ainsi reprendre ce lien avec lui-même et retrouver un contact entre ses mains autour de son axe. Cette partie de son corps lui apparaît alors comme plus conforme à ce qu'il connaissait auparavant : c'est-à-dire qu'il a de nouveau la possibilité d'ouvrir sa main.

---

### 5.1.2 AXE

Au fur et à mesure des séances j'ai pu trouver, en accord avec Mr G., la possibilité d'augmenter l'espace de stimulation sensorielle. De la main et du bras droit, nous

---

<sup>19</sup> Bullinger A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*, P27

avons pu monter vers l'axe puis redescendre sur l'autre bras. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, il a été particulièrement surpris la première fois que la balle est passée de son bras droit à sa colonne vertébrale. Il m'a semblé qu'il redécouvrait à ce moment que son bras était encore réellement accroché à son corps. J'ai pris le parti de redescendre sur son bras valide pour insister sur la symétrie toujours présente de son corps et ainsi réunifier ces deux espaces présents de chaque côté de son axe. Là aussi, j'ai été fortement inspiré par les apports développementaux d'A. Bullinger. Il conçoit que « *les premières mises en forme du corps déterminent des espaces disjoints* »<sup>20</sup>. Ainsi dans le développement précoce, l'enfant aurait un espace gauche, un espace droit ainsi qu'un espace oral qui ne sont pas reliés les uns avec les autres. On peut supposer que dans la situation de Mr G., l'espace droit, se serait séparé des espaces gauche et oral, mettant ainsi à mal la constitution de son unité corporelle. Dans ce cadre, favoriser une réunification de ces espaces permet d'amener à une prise de conscience pour Mr G. de l'intégrité de son corps. C'est en lien avec ceci qu'il paraît important de travailler non seulement au plus proche du corps par des stimulations sensorielles, mais aussi de façon plus éloignée par un travail de la structuration spatiale, que je développe dans le chapitre suivant.

---

<sup>20</sup> Ibid. P88

## 5.2 REDECOUVRIR L'ESPACE

Mes questionnements sur le travail de l'espace sont apparus lors des prises en charge que je réalisais ou observais. Je me suis aperçu que l'espace était un des items psychomoteurs les plus travaillés, même avec des patients qui ne semblaient pas éprouver de difficultés majeures à ce niveau. Je me suis alors demandé quel pouvait être l'intérêt de travailler sur la structuration spatiale avec les patients cérébrolésés ?

Il m'est alors apparu que l'espace et le corps sont fondamentalement liés. Par exemple, A. Bullinger nous dit « *quand l'œil parle à la main, leur langage est l'espace* »<sup>21</sup> en évoquant les jeux sensori-moteurs du bébé qui découvre que ses sensations interagissent entre elles. Dans le cas des lésions cérébrales, cette liaison s'exprime parfois par une hémignégligence, que certains auteurs décrivent comme une extension d'une asomatognosie à tout l'hémichamps gauche. On voit aussi que le désinvestissement d'un hémicorps peut entraîner la perte de la conscience d'une partie de l'espace. B. Lesage nous dit que « *pour le patient, c'est comme si la place qu'occupait la partie atteinte de son corps avait disparu* »<sup>22</sup>. Pour I. Rosenfield :

*« Le sentiment qu'ont les patients atteints d'une lésion cérébrale que la place (portion d'espace) occupée par un de leurs membres à  
a disparu indique d'ailleurs que c'est en référence à l'image du corps que le cerveau crée la notion d'espace : le sens de soi qui donne à la jambe sa signification confère également sa signification à l'espace occupé par la jambe. L'image du corps est donc essentielle à la notion d'espace. »<sup>23</sup>*

Cette situation illustre le lien entre corps et espace. Le corps est la base de la structuration spatiale. Il semble que c'est à partir du corps que se déploie les possibilités de

---

<sup>21</sup> Ibid, p 147-164

<sup>22</sup> Lesage B., (2006), Naître à l'espace,, P115

<sup>23</sup> ROSENFELD, I. in Lesage B., (2006), Naître à l'espace,, P115

prendre conscience de l'espace ainsi que la possibilité d'y agir. Une fois ce constat effectué, on peut imaginer qu'un travail sur le corps permet d'aider au réinvestissement de l'espace, mais aussi que la réciproque est vraie, et donc qu'un travail sur l'espace peut aider à une prise de conscience du corps. Des neuropsychologues, J. Lopez et O. Blanke ont aussi envisagées cette possibilité :

*In this last section, we review evidence suggesting that body position also influences conscious experiences regarding the body as a whole Embodiment, and the related first-person perspective, have been proposed to constitute crucial aspects of bodily self-consciousness. Embodiment refers to the unity we experience between the self (or the center of conscious awareness) and the own body [21]. Another crucial aspect, the first-person perspective, has been defined as the origin and “centeredness of one’s own multimodal experiential space upon one’s own body” [22]. Because both embodiment and first-person perspective depend on multisensory integration [23], manipulating body position and bodily sensory signals may be a procedure of interfering with bodily self-consciousness.*

*(Dans cette dernière section , nous passons en revue des preuves suggérant que la position du corps influe également sur la façon consciente de percevoir son corps incarné, et peuvent être des composantes importantes de la conscience de soi corporelle . Le corps incarnée réfère à l'unité que nous éprouvons entre le soi (ou le centre de la conscience) et le corps propre [21]. Un autre aspect crucial, la perspective à la première personne, a été défini comme l'origine et la « centralité de son propre espace expérientiel multimodal sur son propre corps » [22]. Du fait que la conscience de soi et du corps, dépend de l'intégration intersensoriel [23], la manipulation de la*



*position du corps et des signaux sensoriels peuvent être une manière d'interférer avec la conscience corporelle de soi.) »<sup>24</sup>*

Ces auteurs mettent en avant l'importance du lien entre espace, position corporelle, intersensorialité et conscience de soi. Cela montre l'importance du lien entre toutes ses composantes ainsi que la pertinence du travail sur l'espace entre psychomotricité.

Chez Mr G. ce travail prend tout son sens, car sa perception de l'espace est entravée par l'hémianopsie droite et son énucléation gauche. Ainsi sa perception de l'espace visuel est réduite à sa plus simple expression. Il peut paraître utile de l'aider à élargir son champ de perception afin qu'il puisse mieux se voir en mouvement et compenser la perte de sensation somesthésique qui ne provient plus de son hémicorps droit. On voit qu'au début de la prise en charge les possibilités de manipulation spatiale augmentent. On peut imaginer que l'accès à la verticalité symbolique dans le jeu de topologie de la deuxième séance est un pas vers un retour à la possibilité d'une verticalité physique.

Pour ce patient souffrant d'une hémiplégie droite, il est nécessaire de pouvoir croiser l'axe avec son bras gauche afin d'atteindre l'hémichamp droit. Il est dit dans les notes de la première psychomotricienne l'ayant rencontré qu'il lui est difficile de croiser l'axe. Lors de nos premières rencontres, je n'ai pas été frappé par une impossibilité à passer l'axe, mais plutôt une difficulté à venir effectuer des actions dans l'hémichamp droit. Bien qu'il ne souffre pas d'une hémignégligence : il peut se tourner facilement sur sa droite lorsque l'on appelle, son espace personnel est majoritairement tourné vers sa gauche. Ainsi même des pièces qu'il a lui-même posées devant lui ne sont pas réutilisées dans certains jeux, car il va toujours en chercher le plus à gauche possible. On voit ici la difficulté à tourner son attention vers la droite. On peut faire exister le côté droit en l'incitant à se concentrer vers la droite en plaçant parfois les modèles ou les pièces à sa droite et, dans les jeux de balles, envoyer volontairement sur sa droite. Cela présente une action complémentaire au temps de stimulation sensorielle

---

<sup>24</sup> Lopez C., & Blanke O., (2010), Influence de la position corporelle sur la perception des espaces corporel et extrapersonnel et sur la conscience de soi, P198

De cette simple stimulation spatiale découlent de nombreux effets. Par exemple, pour regarder vers la droite, Mr G. doit effectuer une rotation importante afin que son champ visuel puisse atteindre sa cible. Au début de la prise en charge, ce mouvement était limité à la tête. Au fur et à mesure, il a retrouvé une mobilité de l'axe plus importante qui lui a permis d'augmenter le périmètre dans lequel ses mouvements sont possibles. Cela lui permet une exploration visuelle plus grande, lui permettant d'être acteur de son environnement. La stimulation et le réinvestissement de l'axe sont aussi un préalable à la position verticale. Ainsi, j'ai vu Mr G. être installé de plus en plus droit dans son fauteuil, comme s'il était plus à même de faire face aux événements. La possibilité de sortir du fauteuil roulant durablement sur les dernières séances semble la suite de ce processus de verticalisation et de réinvestissement de l'espace. Hors du fauteuil, il retrouve la possibilité d'une mobilité axiale importante et il semble maintenant avoir la possibilité de s'en saisir. Cela est particulièrement important dans le processus de rééducation, car comme le dit A. Bullinger :

*« L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité. »<sup>25</sup>*

On voit d'ailleurs dans les rires qui surviennent quand Mr G. est sur le coussin de proprioception à quel point cette sensation est forte et paraît comme nouvelle pour lui. Il prend d'ailleurs beaucoup de temps à jouer avec son bassin pour trouver une position d'équilibre. Ce faisant, il prolonge et fait se rejoindre le travail sur la marche réalisée en kinésithérapie ainsi que le travail intersensoriel que nous avons réalisé ensemble.

### 5.3 RETROUVER LES CAPACITÉS INSTRUMENTALES DU CORPS

L'instrumentation est un concept spécifique à A. Bullinger, déjà évoqué plus haut. C'est la capacité pour le sujet d'avoir une action volontaire et contrôlée sur l'environnement. Pour A. Bullinger c'est l'acquisition de l'instrumentation qui permet de passer « de l'organisme au corps ». C'est-à-dire le passage d'une entité somatique qui n'est vécue que dans ses aspects matériels et qui n'induit pas une image du corps stable ; à un soma habité,

---

<sup>25</sup> Bullinger A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*, P143

vécu comme le sien et qui, grâce à la stabilité de la représentation de son image peut être la base des éléments représentatifs et de la pensée. A Bullinger en parle en ces termes :

*Pour réaliser une action orientée, il est nécessaire de disposer d'une image relativement stable de son organisme, qui constitue le point d'appui pour l'action projetée. [...] Les difficultés de coordinations relatives à la stabilisation de l'image corporelle se reportent également sur l'action elle-même : la dimension spatiale, difficile à maîtriser amène souvent des perturbations dans la réalisation d'une séquence de mouvements. Le geste est difficilement orienté par les relations spatiales.*<sup>26</sup>

On voit ici le lien entre espace, coordination, et instrumentation. L'intégration des dimensions spatiales, donc une structuration spatiale de bonne qualité, est la base qui permet de développer le geste du corps vers l'espace dans un but précis et non dans une simple exploration ou une stimulation sensori-motrice. Avec Mr G. cela a été travaillé à travers les nombreux jeux et activités qui ont impliqué les coordinations générales et oculo-manuels : que cela soit par les jeux de balles, avec raquettes ou non, ou les jeux au bureau qui ont nécessité une motricité plus fine et largement sous le contrôle visuel. La motricité induite dans ses jeux avait pour but de permettre à Mr G. d'explorer ses potentialités conservées et de montrer qu'il était encore capable d'agir sur l'environnement. Cette capacité permet de stabiliser les éléments de globalité et d'unité corporelle travaillées auparavant. A. Bullinger évoque en ces termes la nécessaire stabilité des moyens sensori-moteurs pour constituer les représentations :

*[...] des coordinations indépendantes de l'action permettent que se constituent des représentations stables, relatives à l'organisme, aux objets et à l'espace qui les contient. La constitution de ces représentations est simultanée : il est difficile de concevoir la permanence de l'objet sans la permanence des moyens sensori-*

---

<sup>26</sup> Ibid. P150

*moteurs qui atteignent cet objet et sans que cela soit représenté. À ce niveau, c'est l'effet spatial du geste, la trace, qui est objet de connaissance. Avec ce support externe au geste, la représentation se détache de l'action en cours et peut-être évoquée en l'absence de mouvements.*<sup>27</sup>

Bien que Mr G. ait acquis cette permanence de l'objet et donc la capacité d'accès à des représentations, la modification profonde de ses moyens sensori-moteurs peut venir remettre en doute la capacité représentative. Stimuler les tous types de coordination assure à nouveau de cette capacité dans un cadre contenant et stimulant. On peut imaginer que dans les premiers temps, suite à l'éveil de coma, le corps soit si différent de ce qui été connu avant qu'il redevienne, pour le sujet, un simple organisme, dans lequel il ne reconnaît plus sa place. Ces périodes sont aussi de grand moment de passivité et de régression de l'autonomie : le geste, la parole, l'hygiène sont assujettis à la présence de l'autre. On voit ici à quel point le patient en éveil de coma suite au trauma peut être amené à reconsidérer les processus qui régissent le lien qu'il a construit avec son corps dans ses premiers temps de vie. L'intellect, l'habitude et la connaissance préalable de son propre état psychique sont toujours présents, ce qui facilite sa restauration. Chercher à faire revivre de nombreuses expériences est une des manières de stimuler à nouveau la perception des invariants corporels pour réinstaurer une sécurité interne. A.Bullinger évoque une situation proche quand il parle du soin avec les personnes gravement handicapées :

*« Le progrès stable suppose qu'il existe des structures représentatives qui relaient l'assistance externe. Dans bien des cas, ces structures ne sont pas disponibles. Il reste à maintenir présents les acquis par la répétition. Ces personnes ont besoin du milieu humain pour se maintenir. »*<sup>28</sup>

Bien sûr l'analogie a ses limites. Les patients cérébrolésés ont une capacité de progression qui n'est pas présente dans la déficience grave. Toutefois, le processus de rééducation implique de redévelopper des capacités qui ont été perdues. Cela nécessite de

---

<sup>27</sup> Ibid. P146

<sup>28</sup> Ibid. P159

développer les structures stables de représentation par l'étayage humain pour que le patient puisse retrouver son autonomie et maintenir ces capacités quand il est seul.

## 5.4 LA VALEUR DE LA DIMENSION RELATIONNELLE DU SOIN

Les aspects relationnels sont primordiaux dans le soin. Bien que cela prenne une place plus ou moins grande en fonction du caractère de chacun et parfois du type d'atteinte. Pour Mr G., malgré ses difficultés majeures d'expression, la relation est un des éléments qui le porte le plus. Il est nécessaire de prendre un temps important afin de comprendre au mieux ce qu'il cherche à signifier. Cela est souvent plus profitable que de nombreux exercices. Il est toujours frappant de voir l'investissement de Mr G. dans la relation. Quand certains ne nous reconnaissent que difficilement une fois hors du bureau, Mr G. salue tous les soignants qu'il connaît dès qu'il les croise dans le couloir. J'ai d'ailleurs entendu des médecins s'étonner de cela lorsqu'il a tenu à leur serrer la main en les rencontrant un matin. Il est toujours adapté et sourit systématiquement lorsqu'il m'aperçoit, m'interpellant d'un grand signe de la main.

Malgré ses difficultés de langage, il est étonnamment facile de rire et de plaisanter avec lui, et cela, augmente au fur et à mesure que ses capacités progressent. Son expressivité faciale ne laisse que rarement place au doute. J'ai d'ailleurs été frappé par la modulation dont il peut faire preuve dans ses vocalisations : elles sont différentes en fonction de la personne à qui il s'adresse. Je l'ai ainsi entendu s'adresser à sa compagne avec une extrême douceur alors qu'il est dans une modalité plus franche lorsqu'il s'adresse à moi.

Pour Mr G. il semble que sa source principale d'énergie et de motivation pour la rééducation est le fait de rentrer chez lui le week-end. Ainsi, il est courant de constater une augmentation importante de ses progrès les semaines qui suivent ses séjours à domicile. Le moment « bascule » fut pour lui les trois jours qu'il a pu passer chez lui au cours des vacances de Noël. Il est revenu plus confiant, plus motivé, plus optimiste que jamais.

La valeur de la relation est tout à fait reconnue dans le soin en psychomotricité. Cette dimension apparaît de façon tout à fait prégnante avec Mr G. ce qui peut paraître paradoxal au vu de ses troubles du langage. C'est finalement face à ces difficultés que la relation prend toute sa valeur. Il faut en effet être attentif à tous les éléments des communications non verbales et au dialogue tonico-émotionnel :

*« La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tout le développement ultérieur du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude du dialogue »*

*verbal ultérieur et que nous avons appelé le "dialogue tonique". Ce dialogue tonique, qui jette le sujet tout entier dans la communion affective, ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps. »<sup>29</sup>*

Quand le langage verbal n'est plus là, il reste disponible cette autre modalité de communication, développée plus précocement, mais souvent toujours présente. Bien qu'il ne soit pas question de retrouver la fusion évoquée ici par Julian de Ajuriaguerra, les informations contenues dans le dialogue tonico-émotionnel permettent de se comprendre malgré l'absence de langage verbal.

Pour Bullinger, « le milieu humain » est aussi un des organisateurs de la psyché et de l'unité corporelle des patients :

*Le milieu humain constitue une source externe de régulation des états tonique du bébé (Ajuriaguerra, 1962). Le dialogue sensori-moteur avec le porteur permet de métaboliser la tension accumulée et de donner du sens aux états toniques. Le rythme de ces échanges, les petits décalages temporels, les défauts de synchronisation créent un recrutement tonique transitoire qui, s'il est le support d'un échange avec le porteur, est aussi ressenti de manière interne : la modulation tonique réifie l'organisme et le rassemble. On retrouve ici les faces externes et internes d'une frontière qui permettent que, progressivement se dégage une subjectivité.<sup>30</sup>*

On remarque à quel point la relation est nécessaire à l'instauration de la perception d'un corps différencié. Elle permet de ressentir la différence entre le soi et l'autre. Bien sûr,

---

<sup>29</sup> Ajuriaguerra J. de, Angelergues R., in Auzias M., (1993), Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon,, P96

<sup>30</sup> Op. cit. P79

Bullinger évoque, lui aussi, cela dans le cadre du développement et de la très jeune enfance. Mais une fois encore, ce vécu déjà intégré par le patient au cours de sa vie sera un des outils du travail en psychomotricité.

## 5.5 CONCLUSION

Retrouver une place dans ce corps abimé est un processus lent qui met en jeu de nombreux éléments différents et complémentaires. Il semble toutefois que l'accompagnement de ce processus en psychomotricité est tout à fait indiqué et n'empêche pas, en parallèle, un travail plus fonctionnel dont les patients sont demandeurs. L'analyse du cas de Mr G. sous cet éclairage particulier montre que l'émergence d'une unité corporelle plus stable permet le retour d'un lien corps-esprit de meilleure qualité. Le travail simultané des éléments qui constitue le rapport du corps à l'environnement permet de s'installer durablement dans des conditions propices pour mettre à l'écart les angoisses corporelles et pouvoir avoir une vie quotidienne la plus aisée possible.



Notre rencontre avec Mr G. ne s'est pas déroulée de manière classique. Ma sidération initiale à limiter ma capacité à penser ce soin dans un premier temps. Il a fallu que j'accepte d'abaisser mes propres défenses pour entrer réellement en relation avec lui. Cela a été particulièrement prégnant dans cette prise en charge. La mise en contact rapide incité par mon maître de stage ayant dû faire émerger cela de façon majeure. De son côté, ses difficultés de communication l'incitaient aussi à se mettre en retrait, à prendre du temps pour investir la relation. Cela donne une valeur forte à celle-ci.

Le travail avec les patients cérébrolésés nécessite le recours simultané à de nombreux éléments afin de favoriser le retour d'un maximum de capacités, mais aussi d'un mieux-être durable. Il faut aussi pouvoir être en mesure d'agir sur ces dimensions quantitative et qualitative afin d'être le plus complet et d'obtenir des résultats le plus rapidement possible. À mon sens, la difficulté majeure du travail dans ce type de structure, mais aussi sa richesse, est la nécessaire adaptation aux différentes pathologies de chaque patient, qui bien que tous réunis sous l'étiquette « cérébrolésés », montrent des capacités bien différentes. Il faut être particulièrement à l'écoute des besoins et nécessités de chacun sans se perdre dans les demandes de réparation impossibles à satisfaire.

Une fois sortie de la sidération, il a fallu que je veille à ne pas tomber dans l'excès inverse d'un surinvestissement qui n'est pas propice à la relation soignant-soigné et dans lequel je me serai laissé entraîner dans des vécues de compassion et non plus d'empathie. Il a fallu que je réfléchisse à la position que j'adoptais par rapport à lui : une composante chaleureuse nécessaire, car il ne me paraissait pas envisageable de m'instaurer en tout-puissant soigneur, tout en conservant la distance nécessaire au soin. J'ai ainsi trouvé une sorte d'équilibre qui consiste à me montrer chaleureux, à l'écoute et bienveillant, tout en gardant en tête les objectifs du soin et la direction dans laquelle je souhaite que nous allions.

De façon générale, tous les items psychomoteurs sont à travailler, car les séquelles sont souvent majeures et généralisées, mais c'est aussi en cela que l'on observe que tout est lié dans le fonctionnement psychomoteur du sujet, car un seul exercice permettra de mettre en jeu de plusieurs capacités différentes simultanément. Il faut toutefois être vigilant à la difficulté que présente chaque activité et savoir se montrer accompagnant dans une juste mesure lorsque le patient est en échec. En effet, le laisser dans sa difficulté n'apportera rien

de plus, car c'est souvent au niveau neurologique que les connexions synaptiques n'ont pas eu le temps de se réaménager. À l'inverse, donner la solution n'apporte rien d'autre que la mise en évidence de l'échec du patient. Tout se joue dans la façon de donner des indices qui permettra au patient de trouver la voie nouvelle pour résoudre le problème ou la difficulté à laquelle il est exposé. Il est donc nécessaire de se montrer curieux des processus cognitifs qui sont encore fonctionnels chez le patient afin de les utiliser pour compenser ceux qui sont troublés.

La question de l'écoute est majeure, au vu de ses problèmes d'élocution, je devais me rendre totalement disponible à de nombreux niveaux de communication. L'attention flottante n'est pas ici de mise. Je me trouvais dans un niveau d'attention physiquement éprouvant, mettant mon tonus en jeu de façon importante, en écho au sien qui augmente lorsqu'il ne peut se faire comprendre. Je devais aussi veiller à tout ce qu'il n'émet pas, mais qui était nécessaire à la qualité du soin et de l'alliance thérapeutique : la fatigue, la lassitude, la volonté de réussir, la surprise, et cætera... furent autant d'éléments qui me permirent de m'adapter à Mr G. et à ses besoins.

Le travail en service de rééducation est d'une richesse toujours renouvelée et nécessite une adaptation constante entre chaque patients, mais aussi pour un même patient, à ses capacités actuelles afin de se montrer le plus ajusté et le plus accompagnant possible.

On a vu à quel point les structures psychiques développées au cours de l'enfance sont mis à mal par la rupture que représente la lésion cérébrale. En ce sens, la psychomotricité qui, par nature, travaille sur l'archaïsme présent en chacun est une voie d'accès privilégiée afin d'aider le patient à les adapter face à ce brusque changement. La question de l'unité corporelle est très présente car le corps est très souvent atteint dans ce qu'il donne à sentir du tactile ou du mouvement, venant ainsi modifier la perception que le sujet a de lui-même ainsi que la façon de vivre son corps. Permettre au patient de découvrir les nouvelles modalités de son corps dans un cadre contenant et soutenant permet d'apaiser les vécus difficiles que cela pourrait provoquer. Ainsi, on ouvre la voie à la réactualisation du lien psyché-soma et au retour à une unité corporelle stable qui peut contenir efficacement les angoisses corporelles et servir de support à des progrès fonctionnel de qualité.

Avec Mr G. nous nous sommes trouvés sur le mode du partage d'un temps ouvert où l'humour et le rire sont devenus une des meilleures façons de nous comprendre. Les situations inédites proposées et mon attitude sont propices à l'exploration de ses capacités

sans se prendre trop au sérieux et qui me semble être la meilleure base du moins, car il peut ainsi se permettre d'être en difficulté, mais aussi de pouvoir prendre le temps de s'en sortir et percevoir alors ses possibilités et ses progrès.

## 7 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 7.1 OUVRAGES

Ajuriaguerra J. D. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant, 2e édition, 3e tirage* (2e éd.). Paris: Editions Masson.

Anzieu D. (1995). *Le Moi-peau* (2e éd.). Paris: Dunod.

Bullinger A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne: Erès.

Dolto F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Points.

Laplanche J., & Pontalis J.-B. (1967\_1997). *Vocabulaire de la psychanalyse* (12e éd.). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.

Winnicott D. W. (2002). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.

### 7.2 ARTICLES DE REVUE

Auzias M. (1993). Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon. *Enfance*, 46(1), 93–99.

Barrou M., & Sarraf T. (2014). Quels sont les impacts des déficiences motrices et psychomotrices après une lésion cérébrale ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 118(3), 59–68.

Jeannerod M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185.

Lesage B. (2006). Naître à l'espace. *Enfances & Psy*, n° 33(4), 113–123.

- Lopez C., & Blanke O. (2010). Influence de la position corporelle sur la perception des espaces corporel et extrapersonnel et sur la conscience de soi. *Revue de Neuropsychologie, Volume 2(3)*, 195–202.
- PIREYRE E. (2008). L'image du corps: monolithique ou composite? *Evolutions Psychomotrices, (20-82)*, p.198–211.
- Schauder C. (2002). Image inconsciente du corps, castrations symboligènes et perversions dans l'œuvre de Françoise Dolto. *Le Coq-héron, n° 168(1)*, 57–68.
- Toubert-Duffort D. (2011). Écouter les corps en quête de sens : un travail groupal avec des adolescents atteints de lésions cérébrales. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 57(2)*, 105–119.

### 7.3 CHAPITRE DE LIVRE COLLECTIF

- VILLION J.-P. (2010). Eveil de sens : La stimulation psychomotrice auprès d'enfants en phase d'éveil de coma. In C. POTEL, *Psychomotricité : entre théorie et pratique* (p. 312). Paris: In Press.

Étiquettes du patient	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Service :	
Hôpital/Centre MPR :	
Examineur :	
Date du jour :	
Né(e) le IPP Séjour	

## Éveil, sortie de coma, évolutions prolongées

Wessex Head Injury Matrix (WHIM), 62 Items

Il s'agit d'une échelle comportant 62 items selon l'ordre d'apparition pendant l'éveil.

- 1 à 15 : évaluent les comportements de base, les activités réflexes et se terminent quand apparaît la réponse aux ordres simples.
- 16 à 29 : évaluation des interactions sociales et communautaires ; se termine lors de l'apparition du langage verbal.
- 30 à 46 : évaluent les aptitudes cognitives.
- 47 à 62 : évaluent l'émergence de l'amnésie post-traumatique (orientation, fixation).

Tient compte de l'environnement et de la réponse du patient, elle comble la lacune existant entre l'échelle de Glasgow et les tests neuro-psychologiques et / ou les bilans de dépendances.

Elle présente une bonne fidélité test-retest et une bonne concordance inter-observateurs, si ceux-ci sont formés.

Commencez à l'item 1. Mettez une barre pour tout item observé et une croix pour tout comportement non observé. Arrêtez la cotation après 10 croix consécutives. Le rang du comportement le plus avancé constitue le score.

SCORE WHIM	DATE	RANG DU COMPORTEMENT LE PLUS AVANCÉ
<b>Comportements observés</b>		<b>Définition opérationnelles</b>
1 Ouverture brève des yeux	+	Moins de 30 secondes.
2 Ouverture prolongée des yeux	+	Plus de 30 secondes.
3 Les yeux sont ouverts et bougent mais ne se fixent pas sur une personne ou un objet	+	Les yeux bougent de manière aléatoire, sans signe de poursuite et ils ne s'arrêtent pas sur un objet ou une personne.
4 Attention momentanément captée par un stimulus dominant	+	Momentanément = 2 secondes ou plus ; stimulus dominant = bruyant/grand/vivement coloré/douloureux entraînant un changement identifiable du comportement bien que momentanée, par exemple : agité>calme, yeux fermés > ouverts ; immobile>mouvements ; etc.
5 Regarde brièvement une personne	+	Le regard se déplace sans but à travers la chambre... lorsqu'un objet ou une personne est remarqué, les yeux se fixent sur celui-ci. Brièvement = momentanément.
6 Vocalisation volontaire, pour exprimer ses sensations	+	Impression qu'il regarde quelque'un ou quelque chose. Gémissement comme pour exprimer un malaise, soit spontanément soit lors de manipulations passives des membres contractés, d'injections ou de prise de sang.
7 Grince ou serre les dents	-	Les dents grincement spontanément ou se serrent lorsqu'un tampon de mousse est introduit dans la bouche.
8 Contact visuel	+	Le patient réagit à l'appel de son nom par une personne située en dehors de son champ visuel, en dirigeant son regard sur cette personne et en le maintenant pendant au moins 3 secondes.
9 Le patient regarde la personne qui lui parle	+	Il déplace son regard vers la personne qui lui parle et continue à la regarder pendant 3 secondes.
10 Exclamation de jurons (vas-t-en, etc.)	-	Vas-t-en, etc.
11 Éveil marqué et agitation avant les mictions ou les selles	-	Le patient devient extrêmement nerveux et agité avant d'uriner ou de déféquer. Il se calme immédiatement après.
12 Les yeux suivent une personne se déplaçant dans son champ visuel	+	Les yeux du patient suivent une personne qui se déplace du milieu à la droite ou du milieu à la gauche. Le patient n'a pas besoin de suivre dans son champ visuel entier.
13 Regarde une personne qui s'occupe de lui	+	Son regard s'arrête pendant au moins 3 secondes sur une personne qui s'occupe de lui, par exemple : en rangeant le lit ou en mobilisant les membres du patient.
14 Vocalisation mécanique (au cours d'un soupir ou d'un bâillement, etc.)	-	Un son doit être produit, les bâillements silencieux ne compte pas. Il doit être capable de produire un son normal
15 Exécute un mouvement physique sur requête verbale	+	Obéit à une commande verbale, comprend un seul élément... (par exemple : Levez le bras !)

27.05.14  
08/22/10

Annexe I : Grille Wessex Head Injury Matrix (WHIM)

SCORE WHIM	DATE	RANG DU COMPORTEMENT LE PLUS AVANCÉ
<b>Comportements observés</b>		
16	+	Definición operacionales Son regard est initialement dirigé ailleurs. Il bouge les yeux ou tourne la tête pour regarder la personne qui parle. La personne ne lui parle pas nécessairement. La personne se déplace d'un côté à l'autre du lit, en le contournant. Le patient la suit des yeux du bout du lit vers la gauche ou la droite ou les deux.
17	+	Attirez l'attention du patient avec un grand objet vivement coloré et le bouger dans son champ visuel. Coter lorsque le patient peut suivre l'objet sur un angle de 90° au moins.
18	+	Le patient vocalise en chuchotant. Vocalise comme pour exprimer un affect ou un besoin, soit spontanément, soit pendant l'exécution de soins désagréables, comme par exemple : une prise de sang, des injections ou au cours d'une séance de kinésithérapie. Le patient pleure, avec ou sans larmes. Cloche, sifflet, buzzer, etc. Le patient tourne la tête ou les yeux vers la source sonore.
19	-	S'observe avec la famille lorsque l'examineur est présent.
20	-	Obéit aux ordres de parents, ou de proches, mais pas à ceux du personnel. Il devient plus calme détendu ou plus bruyant lorsqu'un parent est présent.
21	+	Apparaît plus détendu ou plus coopératif avec certains membres du personnel
22	+	Regarde une personne pendant 5 secondes ou plus.
23	+	Articule des mots avec la bouche comme par exemple : "Bonjour". Les mouvements de machonnements ne sont pas inclus.
24	+	Observés lors des prises de sang, aspirations (kinésithérapie), mobilisations passives des membres, mise au fauteuil ou verbalisation. Lorsque le patient fixe son attention, par exemple en regardant quelqu'un par exemple quelqu'un qui entre dans la chambre.
25	-	Maintient le contact visuel pendant plus de 5 secondes
26	-	Articulation silencieuse
27	+	Frontements de sourcils, grimaces, etc. Pour montrer sa contrariété.
28	+	Est capable d'ignorer un stimulus distracteur
29	-	Regarde un objet sur demande verbale Choisit un objet sur demande verbale

3 / 6



SCORE WHIM	DATE	RANG DU COMPORTEMENT LE PLUS AVANCÉ
<b>Comportements observés</b>		
30 Rires	+ -	<b>Définition opérationnelles</b> Le patient produit des sons ou des mouvements pour exprimer son amusement, de façon appropriée ou inappropriée. On demande au patient d'imiter le geste exécuté par l'examinateur, accompagné d'instructions verbales. Il doit le faire clairement, suite à la demande (en cas de doute, confirmer en répétant la procédure). Le patient peut répondre oui / non de façon fiable à une liste de 10 questions. Il doit avoir 9 réponses correctes sur les 10. Bouge la tête ou les yeux afin d'établir un contact visuel. Celui-ci est maintenu pendant au moins 3 secondes. Syllabes ou mots isolés... Oui, non, etc.
31 Imité un geste (fermeture et ouverture des yeux rapidement, deux fois, montrer un pouce, etc.)	+ -	Image = par exemple des photos de famille. En regarde une, la dépose, en regarde une autre. Tourne les pages d'un magazine ; regarde la télévision pendant une durée appropriée... Le temps d'un programme... la durée d'une publicité ou d'un clip vidéo, etc. Deux personnes sont dans la chambre de telle façon que le patient doit bouger les yeux ou la tête pour passer de l'une à l'autre. Passe spontanément de l'une à l'autre. Le patient passe d'un sujet à un autre ou donne des détails excessifs, ne répond pas aux questions ou ne se tient pas au thème de la conversation.
32 Indique qu'il comprend par un hochement de la tête, ou un geste	+ -	Un grand objet très voyant et significatif pour le patient lui est présenté pendant quelques secondes. L'objet est alors enlevé et caché par exemple sous les draps du lit à portée de mains du patient. Le patient peut utiliser tout moyen pour indiquer l'endroit de l'objet (geste, parole, yeux, etc.).
33 Recherche de contact visuel	+ -	Participe à une tâche pendant 1 minute en l'absence de distracteur. Tout distracteur affecte immédiatement son attention, sans retour à la tâche initiale. "Fatigué", "Faim", "Soif", "Douleur", etc., mots utilisés de façon isolée sans faire de phrases. Momentanément = pas plus de 10 secondes.
34 Répond à des questions sur un mode monosyllabique ou par un seul mot	+ -	4 cartes de jeu sont présentées : 2 noires, 2 rouges, 2 chiffres, 2 figures. On demande au patient d'en sélectionner une. 10 essais.
35 Regarde, et apparemment explore des images, un magazine, la télévision	+ -	
36 Le regard passe d'une personne à l'autre spontanément	+ -	
37 Langage fluent mais incohérent. De nombreux mots mais le sens est à peine compréhensible	+ -	
38 Cherche un objet qu'on lui a montré, puis enlevé de son champ visuel	+ -	
39 Peut participer à une tâche, (télévision, etc.) mais son attention est labile. Tout stimulus externe le distrait	+ -	
40 Usage de mots monosyllabiques ou de mots simples pour exprimer son humeur ou ses besoins	+ -	
41 Est momentanément distrait par un stimulus extérieur mais peu reprendre sa tâche	+ -	
42 Peut retrouver une certaine carte de jeu dans une sélection de quatre cartes	+ -	

Annexe I : Grille Wessex Head Injury Matrix (WHIM)

SCORE WHIM	DATE	RANG DU COMPORTEMENT LE PLUS AVANCÉ
<b>Comportements observés</b>		
43 Sourit	-	<b>Définition opérationnelles</b>
44 Utilise l'écriture, un clavier ou un autre moyen de communication, mais n'est guère compréhensible	+	Sourire spontané pour n'importe quelle raison.
45 Peut indiquer le moment de la journée	+	Essai d'écriture son nom ou un mot. Écrit plus qu'il ne signe de son nom. Quelques lettres sont reconnaissables.
46 Séquences courtes de mots	+	Donner 3 options : matin, après-midi, ou soir ; ou encore, utiliser les heures de repas, si cela est plus parlant, par exemple le petit-déjeuner et après le repas de midi.
47 Pointe avec les yeux	+	Séquences = pas de phrases complètes ou des phrases mal structurées.
48 Initie la communication	+	Choix entre 2 images ou 2 objets ou 2 cartes (Oui/Non). Les yeux doivent pointer correctement 9 essais sur 10.
49 Vocalise pour attirer l'attention	+	Attire l'attention d'une autre personne par un bruit ou un geste. (Remarque : le langage n'est pas nécessaire).
50 Le langage est établi, mais avec un manque du mot ou des difficultés de compréhension	-	Les personnes dans la chambre ne lui prêtent pas attention..., par exemple elles parlent entre elles...
51 Il utilise un langage conventionnel mais avec très peu de mots	+	Le patient produit n'importe quel son pour attirer leur attention.
52 Utilise 1 ou 2 gestes	+	Le patient peut effectuer 2 ordres simples en même temps mais pas plus, c'est à dire "Levez votre bras et serrez la main !"
53 Donne 1 ou 2 items d'orientation corrects (jour, mois, année, âge, endroit)	+	Il garde des difficultés à s'exprimer ou à dénommer des objets. Les phrases sont écourtées. Énonce seulement les faits, ne donnant que peu ou pas de description.
54 Connaît le prix de trois objets communs (pain, bière, lait, etc.) à quelques centimes d'euro près	+	Lève où baisse le pouce. Hoche où tourne la tête. Spontanément ou à la demande.
55 Reconnaît des pièces de monnaie (pointe les yeux ou touche la pièce évoquée)	?	Demandez : Quel jour et quel mois sommes-nous ? Quel âge, avez-vous ? Où êtes-vous maintenant (hôpital, ville) ? Donnez les informations correctes lorsque le patient ne sait pas. Objets : Cassette audio, barre de Murs, canette de Coca-Cola. Le prix correct doit être donné pour les trois objets à un même moment. 3 pièces sont présentées, 50 centimes, 1 Euro, 2 Euro, ensuite dans l'ordre suivant : 1 Euro, 50 centimes et 2 Euro. Le patient doit les désigner dans cet ordre.
56 Connaît le prénom d'un des membres de l'équipe	?	Appelle un des membres de l'équipe spontanément par son prénom ou se souvient du prénom quand on le lui demande. (Vérifier que le patient ne lit pas le prénom sur le badge).

SCORE WHIM	DATE	RANG DU COMPORTEMENT LE PLUS AVANCÉ
<b>Comportements observés</b>		
57		Exécute les instructions par exemple : "levez votre main gauche" ; "levez votre main droite" ; "tournez la tête à droite" ; "tournez la tête à gauche" ou l'équivalent. Ses messages sont facilement compréhensibles par n'importe qui.
58	+	Procédure et items d'orientation comme ci-dessus.
59	1	Montrez l'objet. Mettez-le dans votre poche et dites au patient que le jour suivant vous lui demanderez ce qui se trouve dans votre poche.
60	+	Le jour suivant, demandez au patient s'il s'en souvient. S'il ne peut pas, proposez un choix de trois réponses comme par exemple : "était-ce une montre, une pièce de 2 euro ou une clef ?" Notez si le patient reconnaît l'objet.
61	+	Vérifier ce qui s'est passé ce jour-là. Choisir un événement qui n'arrive pas invariablement le matin ou l'après-midi. Poser des questions ouvertes, par exemple "qu'avez-vous fait ce matin ?" Si pas de réponse, continuer par une question plus orientée, par exemple "qu'avez-vous fait en kiné ce matin ?" Est sorti d'amnésie post-traumatique.
62		Est sorti d'amnésie post-traumatique.

## GRILLE D'OBSERVATION PSYCHOMOTRICE SRPR

Nom :  
Prénom :

(431/07) 08  
IPP  
Séjour

Dates des observations : 18.03.14    25.03.14  
27.05.14

### INSTALLATION

Veillée

Au lit (après repose du volet)

### CAPACITES MOTRICES, NEURO-ORTHOPEDIQUES ET SENSORIELLES (CF BILAN KINESITHERAPEUTIQUE)

Bonne motricité à G, flexion, orientée  
limité de rota° tête à G.

1/2 plg. D.

### COMMUNICATION

∅ de com° orale  
∅ code de com°.

## LA RELATION A L'AUTRE

### REACTION A L'APPROCHE DU PSYCHOMOTRICIEN

#### Au niveau corporel

- orientation de la tête Recherche spontanée à l'entrée de chambre côté G
- orientation du regard
- fixation du regard
- suivi du regard de 1/2 à visual D. De toute amplitude possible de l'œil
- fuite/comportement évoquant l'évitement du regard
- accrochage visuel
- regard engagé dans l'échange ??  
↳ pas réellement d'échange
- crispation     détente  
les deux possibles
- absence de réaction

#### Au niveau émotionnel

- indifférence = ∅ de réaction notoire
- retrait
- sourires
- pleurs aucun observés. Mais fixité +++ exp° visage.

- paroles
- signes neurovégétatifs

**A LA SOLLICITATION**

Bran+H →

Regard/vue :

- orientation de la tête
- orientation du regard
- fixation du regard
- suivi du regard

- fuite/comportement évoquant l'évitement du regard
- accrochage visuel

*gd ou se met ds chp visuel*  
*une peu. limita° / aispatun @R,*  
*sollicita° qui semble favoriser. s relâche + rigue et s orienta° tête*  
*s redresse° tête et mise ds l'axe*  
*chp visuel / expla° de tte en amplitude*

Toucher : *rien d'obscure*

Ouïe : /

Odorat :

Goût :

LA RELATION AU CORPS

**EN SPONTANE**

Posture

*tête rota° D et en avant* | *tête en avant, D / D mais la touce*  
*bras G souvent s peu en flexion.* | *à G*

Motricité *unique + à G . à G*

- globale
- finalisée
- orientée
- dissociée

Tonus

Général : *hypertoniq ceinture scapule, bras G (jambes ?) Idem*

- Emotionnel :  carapace tonique       agitation

## △ 1/2 $\phi$ mobile du côté-œil dros

### SUR SOLLICITATIONS

Posture Redresse<sup>t</sup> tête ds l'axe médian avec aide  
Rotation tête au G

### Motricité

Changements : difficile d'avoir ALD : à évaluer !!

?  à la demande  $\phi$  = tble compréhension ?  
 en dissociation automatico-volontaire  
 sur imitation = avance, semble comprendre 1 peu mais ressemble à per  
catégorisés, apraxies ???

### Axe corporel

Franchissement de l'axe : avec regard et sollicita<sup>o</sup> rela<sup>o</sup> nelle !!

Mobilité de l'axe : ? Probable<sup>t</sup> très faible car rigidité ceintures  
élu, rota<sup>o</sup>  $\phi$  antial avec dgt d'appui pr regarder opt à G.

Mobilité des ceintures : bassin un peu.

Si présence d'une motricité bimanuelle :  $\phi$

- coordination manuelle
- coordination visuo-manuelle ?

### EXPLORATION CORPORELLE

- Visuelle
  - par le toucher
  - accentuée au fauteuil
- $\phi$  d'explora<sup>o</sup>  $\phi$  si au sollicita<sup>o</sup> et notamment  
au visage  
Y avait au début d'explora<sup>o</sup> spontanée

### INVESTISSEMENT CORPOREL

(HEMINEGLIGENCE, SOUS-UTILISATION, ...)

### FACE AU MIROIR

## LA RELATION A L'ESPACE ET A L'OBJET

### EXPLORATION DE L'ESPACE EXOCENTRE

/ regard -

### REACTION FACE A UN OBJET PRESENTE

(regard, préhension, indifférence, agrippement, utilisation, objet d'échange, ...)

Plutôt indifférence - attiré / images -

## LA RELATION AU TEMPS

Facteurs péjorants :  gastrostomie

- troubles du sommeil
- vue sur l'extérieur

Vu par le Maitre de Mémoire, Marie-Pierre Jacquier,

A Lyon, le 6mai 2015

Annexe II : Grille d'observation psychomotrice spécifique à l'éveil de coma