



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

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



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

**UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1**  
**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

**En corps et en appui**  
**vers un remaniement des représentations corporelles**

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

**Par : Maïlys PINAT**

Mai 2025 (Session 1)

N°1926

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

**UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1**  
**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

**En corps et en appui**  
**vers un remaniement des représentations corporelles**

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

**Par : Maïlys PINAT**

Mai 2025 (Session 1)

N°1926

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

# **Université Claude Bernard Lyon 1**

Président  
**Pr. Bruno LINA**

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

## **Secteur Santé**

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

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

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

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

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

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

## **Secteur Sciences et Technologies**



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

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

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

Département Informatique  
Directrice **Mme Saida BOUAKAZ  
BRONDEL**

Département Mécanique  
Directeur **Mr Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON  
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

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

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1  
(IUT)  
Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

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

Observatoire de Lyon  
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

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

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

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

**DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ**

Directrice du département  
**Mme Tiphaine VONSENSEY**  
*Psychomotricienne, cadre de santé*

Coordinateurs pédagogiques

**M. Bastien MORIN**  
*Psychomotricien*

**M. Raphaël VONSENSEY**  
*Psychomotricien*

**Mme Aurore JUILLARD**  
*Psychomotricienne*

Gestion de scolarité  
**Mme Léonore GALANTE**

Coordinatrices des stages

**Mme Marion MOUNIB**  
*Psychomotricienne*

**Mme Charlène DUNOD**  
*Psychomotricienne*

Coordinatrice Recherche

**Mme Jeanne-Laure EECKHOUT**  
*Psychomotricienne*

## REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement ma maîtresse de mémoire Fleur, qui s'est toujours montrée bienveillante, à l'écoute et disponible tout au long de l'écriture de ce mémoire. Son accompagnement m'a beaucoup apporté dans la réflexion théorique et personnelle.

Mes remerciements s'adressent également à mes tuteurs de stage de troisième année, dont l'accompagnement attentif a joué un rôle essentiel dans mon processus de professionnalisation. Elles m'ont permis de développer mon autonomie, de renforcer ma confiance en moi et en mes capacités. Merci à tous les autres professionnels et tous les patients que j'ai rencontrés durant ma formation.

Merci à l'ensemble de ma promotion pour ces trois années partagées. Une pensée toute particulière à Adèle, Noémie, Romane, Anaïs et Amélie, qui ont été des amies précieuses, présentes aussi bien dans les moments de joie et de rire que dans les périodes de difficultés et de doutes. Leur bienveillance et leur écoute ont été des soutiens essentiels tout au long de mon parcours. Je tiens également à remercier Armand, mon parrain psychomotricien, pour sa motivation constante, ses relectures attentives et ses encouragements, qui m'ont été d'une grande aide.

Je remercie de tout cœur mes parents, ma sœur, le reste de ma famille ainsi que tous mes proches, pour leur soutien constant, leur confiance en moi et leur présence. Leur réconfort et les moments partagés en dehors de la formation m'ont permis de garder un certain équilibre.

Pour finir, j'aimerais remercier l'équipe pédagogique et tous les professeurs.

# SOMMAIRE

Lexique .....	
Glossaire .....	
Introduction .....	1
<b>PARTIE CLINIQUE</b> .....	
1. Cadre, organisation et dynamique de la structure .....	3
2. La place de la psychomotricité dans la structure .....	4
3. Ma place en tant que stagiaire .....	4
4. Présentation de Mme. P .....	5
4.1 Parcours de vie .....	5
4.2 Parcours de soin .....	5
4.3 Projet thérapeutique .....	6
4.4 Prise en charge pluridisciplinaire .....	6
5. Observations psychomotrices et évolution du suivi .....	7
5.1 Première rencontre .....	7
5.2 Observations psychomotrices .....	9
5.3 Projet de soin en psychomotricité .....	10
5.4 Expériences corporelles sur le plan Bobath .....	11
5.4.1 Sensation et perception des différents appuis sur le plan Bobath .....	11
5.4.2 Exploration des mouvements sur le plan Bobath .....	12
5.5 De la verticalisation à la marche : dynamique posturale, ancrage et réappropriation du mouvement corporel .....	13
5.5.1 La verticalisation : un passage vers l'ouverture et l'engagement .....	13
5.5.2 Mouvement du bassin et conscience corporelle .....	14
5.5.3 La marche et l'ancrage corporel .....	15
5.6 Dessiner son corps : les représentations corporelles de Mme. P .....	16
5.6.1 Représentations corporelles fragilisées, à travers un dessin du corps contrasté .....	16
5.6.2 Quand les représentations corporelles se remanient .....	18
6. Questionnements et réflexion .....	18
<b>PARTIE THÉORIE</b> .....	
1. Polytraumatisme .....	20
1.1 Traumatisme physique .....	20
1.2 Traumatisme psychique .....	21
2. Les appuis .....	21
2.1 Les appuis corporels .....	22
2.1.1 L'os et la charpente osseuse .....	22
2.1.2 Développement tonico-postural et des appuis chez le bébé .....	23
2.1.3 Les agrippements et « le tonus pneumatique » .....	25
2.2 Axe corporel, verticalité, dynamique de déplacement .....	26

2.2.1	Axe corporel .....	26
2.2.2	Se verticaliser et marcher.....	27
2.3	Les appuis psychiques et relationnels.....	28
2.3.1	Holding et Handling.....	28
2.3.2	Le dialogue tonico-émotionnel .....	29
3.	Les représentations corporelles.....	29
3.1	Le schéma corporel .....	30
3.2	L'image du corps.....	31
3.3	La proprioception .....	31
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....		
1.	Les impacts du traumatisme physique et psychique sur les représentations corporelles .....	33
2.	Le rôle des appuis dans la réappropriation corporelle, pour retrouver une continuité corporelle.....	36
2.1	Prendre conscience de ses appuis externes et internes .....	36
2.1.1	Les appuis externes.....	36
2.1.2	Les appuis internes.....	37
2.2	Agrippement pour compenser des appuis corporels fragiles ? .....	38
3.	Des appuis en mouvement : passage de l'horizontalité à la verticalité.....	40
3.1	S'enrouler, se retourner et se repousser.....	41
3.2	Se verticaliser et se mouvoir.....	43
4.	D'un corps traumatisé à un corps reconstruit : le soutien qui devient un appui sur soi.....	46
CONCLUSION.....		49
BIBLIOGRAPHIE.....		
TABLES DES ANNEXES.....		

## Lexique

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

HDJ : Hôpital de Jour

APA : Activités Physiques Adaptées

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

## Glossaire

1. Le plan Bobath est une table de rééducation qui se distingue des autres par sa grande surface, elle est beaucoup plus large que les tables des massage classiques. Cette table est notamment utilisée pour aider les patients victimes de troubles neuro-moteurs, à retrouver les postures et les mouvements essentiels à l'accomplissement des gestes du quotidien. Il permet à la fois que le patient et le thérapeute se positionnent dessus, favorisant ainsi une intervention proche et efficace. Il permet de s'allonger, s'asseoir, s'appuyer sur les genoux, se mettre debout et bouger en toute sécurité grâce à sa grande stabilité. Ce plan est ajustable en hauteur et il est adaptable à chaque patient pour les transferts au fauteuil ou lors de la verticalisation. Pour finir, sa surface est ferme mais reste rembourrée et confortable pour rester un certain temps dans la même position sans douleur. (ANNEXE 3)
2. L'ostéosynthèse est un traitement chirurgical utilisé pour traiter certaines fractures. Il consiste à maintenir les fragments osseux en position anatomique grâce à du matériel médical, quand un traitement non chirurgical (fonctionnel ou orthopédique) ne suffit pas. Ce traitement permet également de stabiliser le membre opéré tout en laissant les articulations proches libres, favorisant une reprise rapide du mouvement. Il fait intervenir des matériels biocompatibles, sans défaut, adaptés à la forme et à la taille de l'os.  
On distingue deux types d'ostéosynthèse :
  - Interne : avec du matériel fixé directement sur ou dans l'os (vis, broche, plaques, enclouages centromédullaire)
  - Externe : où le matériel (comme un fixateur externe) est placé à l'extérieur du corps, relié à l'os par des tiges. Cette méthode est utilisée en cas de fractures trop complexes ou lorsqu'il y a un risque important d'infection. (Bodard, 2024)
3. L'échelle de Glasgow est une échelle de coma, qui étudie les réponses verbales, visuelles et motrices à des stimulations. C'est la plus utilisée pour classer cette gravité initiale. C'est une échelle allant de 15 (état normal) à 3 (aucune réponse). Les traumatismes crâniens graves sont définis par un score inférieur à 8 (ce qui correspond au coma), les traumatismes modérés correspondent à un score entre 9 et 12 et les traumatismes légers à un score entre 13 et 15. (Picq & Pradat-Diehl, 2012)





## Introduction

Au tout début de l'écriture de ce mémoire, une citation entendue dans un podcast m'a particulièrement interpellée. Elle a résonné en moi tel un appel à la résilience, que je souhaite à mon tour vous partager :

« La vie va là où on regarde. Même dans la pire des adversités, elle nous fait comprendre que l'on peut toujours adopter des stratégies pour mener le plus sereinement possible nos combats. Et que le vrai combat se passe dans notre tête pour commencer » (Annie, s. d.).

Intéressée depuis longtemps par le corps humain, et plus encore par le cerveau avec ses facultés extraordinaires et sa plasticité, j'ai été particulièrement marquée par mon stage d'observation de deuxième année en rééducation neurologique. Ce qui m'a profondément impressionnée est la capacité qu'a l'être humain à se reconstruire après un événement de vie traumatique et bouleversant. Cette expérience m'a permis de découvrir comment réinvestir son corps comme lieu d'appartenance, de plaisir et d'appui, malgré les épreuves passées. Il m'était alors évident de m'y engager pleinement lors de ma dernière année de formation en psychomotricité.

Au cours de cette troisième année, j'ai été saisie par un lien fort et des similarités entre mes deux stages, pourtant deux univers d'apparence très différents. Au CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), j'ai découvert l'accompagnement de jeunes enfants entre 0 et 6 ans, présentant des retards de développement, en pleine construction de leur personne. Lors de mon second stage, j'ai rencontré des adultes en rééducation neurologique, cherchant à se reconstruire à la fois physiquement et psychologiquement, après un accident de vie. Dans ces deux lieux, les patients sont, dans une dynamique commune de (re)construction globale, tant corporelle que psychique, à travers différentes étapes et expérimentations sensori-motrices adaptées.

Ce mémoire marque l'aboutissement de mes trois années de formation en psychomotricité. Il constitue le fil conducteur d'une réflexion en constante évolution, qui ne cessera de s'enrichir dans ces prochaines années. Cette période de formation a été un véritable chemin d'apprentissage et de changement. Elle m'a permis de grandir, de mieux me connaître, de prendre conscience de mes capacités et de mes limites, tout en renforçant ma confiance en moi. Plus particulièrement, cette dernière année a joué un rôle essentiel dans mon développement personnel et professionnel. Elle m'a offert l'opportunité d'affiner ma lecture psychomotrice et d'envisager ma future pratique avec plus d'assurance et de justesse.

Pour illustrer ce cheminement, j'ai choisi de présenter le cas clinique de Mme. P, une patiente de 62 ans, victime d'un polytraumatisme à la suite d'un accident de moto. Cette prise en charge a été le véritable fil rouge de mon année et a nourri ma réflexion. Le corps de Mme. P m'a immédiatement interpellée. Il était marqué par une grande fragilité dans les membres inférieurs et par une importante tension tonique dans le haut du corps. Au cours du travail thérapeutique psychomoteur, je me suis interrogée :

Comment l'accompagner au mieux dans sa reconstruction et sa réappropriation corporelle et identitaire, ainsi que dans le remaniement de ses représentations corporelles ?

En ayant permis à Mme. P de retrouver une sécurité interne, indispensable pour pouvoir s'appuyer sur elle-même, se redresser, s'ériger, puis avancer, un double mouvement a vu le jour : celui de la patiente qui progressivement se réapproprie son corps, se verticalise, remarche puis reprend de l'autonomie ; et le mien qui au fil de ce suivi, a permis la construction de ma posture professionnelle.

Progressivement, ma réflexion s'est orientée vers la problématique suivante :

**En quoi le travail des appuis en psychomotricité permet-il un remaniement des représentations corporelles chez une patiente polytraumatisée ?**

Afin de tenter de répondre à cette problématique, je structurerai mon propos en trois temps.

Dans un premier temps, je présenterai le cas clinique de Mme. P : le cadre institutionnel dans lequel je l'ai rencontrée, les éléments de son parcours, son profil psychomoteur, les observations constatées ainsi que l'évolution au cours du suivi.

Dans un second temps, j'introduirai des perspectives théoriques permettant d'éclairer la situation clinique. J'aborderai les enjeux liés au polytraumatisme et ses répercussions, la question des appuis corporels et psychiques dans une dynamique développementale, ainsi que les notions autour des représentations corporelles.

Dans un dernier temps, j'engagerai une réflexion théorico-clinique, qui vise à articuler tous ces éléments. Je mettrai en avant les impacts du traumatisme sur les représentations corporelles ainsi que l'importance de (re)trouver des appuis corporels et psychiques. Pour finir, j'aborderai la reconstruction du corps et le remaniement des représentations corporelles, lors du suivi psychomoteur.

## **PARTIE CLINIQUE**

## **1. Cadre, organisation et dynamique de la structure**

J'effectue mon stage de troisième année au sein d'un service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). La structure accueille les patients en hospitalisation complète, avec 65 lits, ou en hospitalisation de jour, disposant de 15 places quotidiennes. La durée d'hospitalisation est variable et adaptée selon le projet thérapeutique de chaque patient. Ce service propose une prise en charge en rééducation et réadaptation fonctionnelles et neurologiques, en rééducation post-réanimation, ainsi qu'en hémato-cancérologie, en endocrinologie, en nutrition et métabolisme.

L'équipe est pluridisciplinaire, ce qui permet une approche globale et une expertise diversifiée. Chaque membre apporte des compétences spécifiques et complémentaires, tout en gardant son propre champ d'action. L'équipe est composée de médecins, qui posent les diagnostics et qui sont responsables et décisionnaires du projet thérapeutique de chaque patient. Ils gèrent la prescription des traitements médicamenteux et des soins paramédicaux. Les médecins assurent la coordination et la communication des membres de l'équipe. Les cadres de santé s'occupent également de la coordination de l'équipe tout en organisant les emplois du temps. Les aides-soignantes accompagnent les patients dans leur vie quotidienne et répondent à leurs besoins fondamentaux : aide à la toilette et aux soins d'hygiène, aide à l'alimentation... Les infirmières assurent le suivi quotidien des patients : distribution de médicaments, les soins infirmiers (bandages, pansements), le transfert et la mobilité, la surveillance des constantes... Les kinésithérapeutes quant à eux participent à la rééducation fonctionnelle, tout en améliorant ou maintenant la mobilité des patients. Les orthophonistes réduisent les troubles de la communication et du langage, de même que la respiration et la déglutition. Les neuropsychologues évaluent et accompagnent les troubles cognitifs. Les psychologues apportent un soutien psychologique et émotionnel. Les ergothérapeutes adaptent l'environnement des patients en assurant le maintien de l'autonomie. L'assistante sociale accompagne les aspects économiques, sociaux et administratifs tout en proposant des aides et des solutions. Les professionnels d'activités physiques et adaptées (APA) proposent un programme physique sécurisé et adapté à chaque patient. Enfin, les diététiciens assurent le suivi de l'alimentation des personnes tout en l'adaptant suivant leurs besoins. Tous ces professionnels de santé accompagnent et coordonnent leurs soins afin d'assurer une prise en charge globale du patient, en tenant compte de toutes les dimensions de sa personne.

## **2. La place de la psychomotricité dans la structure**

Dans cette structure, la psychomotricité y est envisagée non pas comme un cadre d'évaluation, mais comme un espace dédié à la reconnexion avec le corps et les ressentis après un accident. L'objectif est d'aider les patients à retrouver un corps dit « plaisir » et un mieux-être global en réinvestissant leur corps. Il s'agit d'explorer les différentes sensations, les mouvements, les émotions mais aussi les limites de son corps. Par conséquent, les patients ne bénéficient pas d'un bilan psychomoteur en début ou en cours de suivi ; les évaluations fonctionnelles et cognitives sont prioritaires.

Ma tutrice de stage, que je nommerai Camille, est présente le mardi et le jeudi. Elle prend en charge des patients cérébrolésés, en hospitalisation complète, qui ont pour la plupart eu un traumatisme crânien. Camille voit également quelques patients de l'hôpital de jour. Une seconde psychomotricienne est présente dans l'établissement et occupe un poste dans le service nutrition et métabolisme.

Ma tutrice joue un rôle clé au sein du service, elle apporte une approche thérapeutique personnalisée pour chaque patient. Elle est en étroite collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, pour permettre une prise en charge holistique. L'objectif de celle-ci vise à restaurer une harmonie corporelle, émotionnelle et cognitive tout en renforçant une certaine autonomie sur le long terme. Elle utilise des médiations telles que la relaxation, la stimulation sensorielle et motrice, des exercices de coordination, et d'équilibre avec la perception des appuis.

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

Lors de ma deuxième année, j'ai effectué mon stage d'observation dans cette structure, ce qui m'a permis de découvrir celle-ci, ainsi que les missions et les rôles de chaque professionnel. Ayant apprécié cette expérience, j'ai décidé de la réitérer pour mon stage clinique de troisième année. Ce qui m'a particulièrement plu dans l'accompagnement des patients à la suite d'un accident de vie, est de pouvoir leur apporter un mieux-être global et leur permettre de réinvestir leur corps pour retrouver de l'autonomie. Cette nouvelle expérience m'a offert l'opportunité d'approfondir ma connaissance de la structure et d'affiner ma compréhension du fonctionnement institutionnel. De plus, j'ai pu consolider mon observation et développer ma posture professionnelle. Mon stage clinique a débuté au mois d'octobre 2024. Il se déroule, à raison d'une journée par semaine, le mardi. Lors de ma première journée, j'ai assisté à trois suivis en individuel et à deux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Les premiers temps, j'ai pu prendre une posture d'observation active, lors des différentes prises en charge. Je participais, en accompagnant ma tutrice, aux pratiques corporelles et j'observais lors des temps d'échanges verbaux avec le patient, en début et

fin de séance. Au fur et à mesure de l'avancée de mon stage, ma tutrice m'a laissé davantage de champs d'actions dans les séances. J'ai pu proposer et mener des médiations. Nous avons pu conduire certains suivis ensemble. Puis elle m'a finalement laissé guider certaines séances en autonomie, durant lesquelles elle observait et intervenait si nécessaire.

#### **4. Présentation de Mme. P**

##### **4.1 Parcours de vie**

L'ensemble des informations que je vais relater provient du dossier médical de Mme. P, ainsi que de ses propos recueillis au cours des séances.

Mme. P, âgée de 62 ans, est secrétaire médicale à l'hôpital. Au moment de son accident, elle prévoit de prendre sa retraite en 2026. Elle vit avec son mari dans une maison dont ils sont propriétaires. Le couple a deux fils, qui résident assez loin de chez eux. Mme. P est très proche de sa sœur, qui habite à proximité. Très active, elle pratique la course à pied, en moyenne deux fois par semaine, et des raquettes en hiver. Mme. P fait également de la moto avec son mari et l'un de ses fils. À noter que ce dernier a été victime d'un accident de moto deux ans auparavant, ayant nécessité une hospitalisation dans le même service dans lequel elle se trouve actuellement.

##### **4.2 Parcours de soin**

À la fin du mois d'août 2024, Mme. P est victime d'un accident de moto alors qu'elle est passagère, son mari étant au volant. Ce dernier décède avant l'arrivée des secours. Un tiers extérieur en est responsable. À leur arrivée, les secours évaluent son état de conscience avec une échelle de Glasgow (GLOSSAIRE 3). Ils évaluent un score de 6, qui représente un état de conscience très altéré avec suspicion de dommages cérébraux sévères. Toutefois, ce score remonte rapidement à 13, correspondant à un état d'éveil avec atteinte cérébrale légère. À son admission aux urgences, les examens révèlent une hémorragie cérébrale sous-arachnoïdienne localisée au-dessus du cervelet, touchant les deux hémisphères cérébraux, notamment la citerne inter pédonculaire et la corne occipitale. Elle présente un polytraumatisme : un traumatisme crânien dit modéré, des fractures au bassin et aux deux membres inférieurs, une luxation de l'épaule gauche, ainsi que des traumatismes abdominaux et thoraciques avec fractures. Mme. P est d'abord admise quelques jours en service de réanimation (le nombre de jours exact n'étant pas précisé), au sein duquel elle se réveille en état de tétraparésie, soit une diminution légère de la capacité à contracter les muscles des quatre membres, d'origine neurologique. Elle reste ensuite quelques semaines en hospitalisation complète. Durant son séjour, un fixateur externe de bassin et une ostéosynthèse à la cheville gauche sont posés (GLOSSAIRE 2). Mme. P est transférée en service de MPR le 7 octobre 2024, six semaines après son accident. À son arrivée, le fixateur externe de bassin l'oblige à rester allongée

sur le dos. Elle ne parvient pas à regarder son bassin et ses jambes tant que le dispositif est en place, en raison d'une certaine angoisse et des difficultés de mobilité. Même après son retrait deux semaines plus tard, cette appréhension persiste. Fin octobre, soit trois semaines après son admission en MPR, elle peut recommencer à s'asseoir.

### **4.3 Projet thérapeutique**

Dès son entrée dans la structure, son projet thérapeutique est mis en place par l'équipe médicale et paramédicale, sous la coordination du médecin MPR, et en tenant compte des besoins et des attentes de Mme. P. Dans l'objectif d'un retour à domicile, il est axé sur la récupération progressive de la verticalisation, la rééducation à la marche et la reprise d'autonomie. Ce travail moteur est à associer à un accompagnement psychique et émotionnel, suite au polytraumatisme de l'accident. La prise en charge au sein de la structure est pluridisciplinaire.

Les objectifs de la rééducation ont évolué tout au long du suivi de Mme. P., pour identifier les évolutions et les progrès, et pour ajuster au mieux les prises en charge à ses besoins actuels. Un bilan en kinésithérapie est réalisé et une réévaluation de ses avancées motrices est régulièrement faite. De plus, peu de temps après son entrée, elle réalise un bilan en ergothérapie pour évaluer ses fonctions motrices et sensorielles (force musculaire, la préhension...), l'autonomie fonctionnelle (les transferts, l'habillage et le déshabillage, l'alimentation et l'hygiène) et les capacités instrumentales (utilisation des objets quotidiens) ; une réévaluation sera réalisée tout au long du suivi. Mme. P réalise un bilan neuropsychologique, quelque temps après son entrée dans la structure. En dépit du fait qu'elle ait un traumatisme crânien, elle n'a pas de difficultés sur le plan cognitif. Il n'y a donc pas de mise en place d'un suivi neuropsychologique. Pour la prise en charge en psychomotricité, la demande initiale du médecin est axée sur la réappropriation de ses membres inférieurs. Mme. P éprouve des angoisses de performances qui peuvent la placer dans un état de stress lors des différents bilans. Cela confirme le choix de ne pas réaliser de bilan en psychomotricité.

### **4.4 Prise en charge pluridisciplinaire**

Mme. P bénéficie d'une prise en charge quotidienne en kinésithérapie. Les kinésithérapeutes ont été les premiers professionnels de rééducation à intervenir auprès d'elle. Dans un premier temps, le travail a porté sur la remobilisation du corps et des membres ainsi que l'apprentissage des différents transferts. Progressivement, les séances ont évolué vers le renforcement musculaire avec la mise en charge sur chaque jambe, puis l'augmentation des amplitudes articulaires et la reprise d'appui, pour finalement aboutir à la verticalisation, et à la rééducation du schéma de marche.



Mme. P bénéficie d'un suivi orthophonique. Initialement, la prise en charge était centrée sur la déglutition et la respiration, en raison des séquelles de son intubation en réanimation. Au fil du suivi, une dysphonie a été constatée. Les causes ne semblent ni être d'origine neurologique, ni liées à une altération organique, mais cette difficulté vocale semble conjointe à un tonus musculaire diminué au niveau des cordes vocales, sans raison apparente mais probablement en lien avec le traumatisme. Le discours de Mme. P est fluent, cohérent et informatif, mais de faible intensité. Un travail autour de la voix est alors mis en place, avec des séances bihebdomadaires axées sur : la respiration, les résonances des consonnes et des voyelles, le souffle avec la technique de la paille et la production de sons d'intensités variables.

En APA, elle réalise tout au long de son suivi plusieurs activités : de la relaxation, du tennis de table, de la gym douce et de la balnéothérapie. Les objectifs sont le renforcement musculaire, l'apprentissage des techniques de relaxation et de détente, la reconnexion avec un corps plaisir et de bien-être.

Une prise en charge en psychologie est assurée, avec des séances bihebdomadaires, qui ont pour objectifs de l'accompagner dans le vécu traumatique de son accident, son processus de deuil et sur l'accompagnement pour son retour à domicile.

Elle est prise en charge en ergothérapie, pour l'installation au fauteuil et les adaptations nécessaires. Le second objectif est la récupération de la force globale et le retour à une préhension plus fine. Pour cela, il est proposé à Mme. P un atelier mosaïque. À la fin de son suivi, diverses mises en situations lui sont proposées : course, cuisine, simulateur et conduite automobile, toujours dans l'objectif d'un retour à une autonomie quotidienne.

## **5. Observations psychomotrices et évolution du suivi**

### **5.1 Première rencontre**

Je rencontre pour la première fois Mme. P, dans les couloirs de l'hôpital, avant la séance de psychomotricité. Je ressens un léger stress, accompagné d'une augmentation de ma fréquence cardiaque et de mon tonus, probablement lié à la nouveauté de la rencontre et à l'enjeu des premières observations psychomotrices. Mme. P est vêtue d'une tenue de sport avec un short et des bas de contentions. C'est une femme de petite taille, portant des lunettes de vue, assise dans un fauteuil roulant manuel. Je suis étonnée par la hauteur de ses accoudoirs, qui semblent trop élevés pour elle, ce qui entraîne une élévation visible de ses épaules. Son haut du corps paraît tonique, son dos est très droit, peu en appui sur le dossier du fauteuil, mais son axe est bien centré. Elle porte des chaussons et ses pieds reposent sur les cale-pieds du fauteuil. Elle me salue d'une voix basse et posée, accompagnée d'un large sourire. Ce dernier me rassure et atténue rapidement

mon appréhension. Je me présente à mon tour, avec ce même sourire « contagieux ». C'est la deuxième fois qu'elle participe à une séance de psychomotricité avec ma tutrice, qui l'a préalablement informée de ma présence. Elle passe devant nous en fauteuil pour rejoindre la salle. Elle effectue ce trajet sans difficulté apparente, comme si elle connaissait déjà bien le chemin. J'observe alors une bonne orientation spatiale. Ses trajectoires dévient parfois, mais elle nous précise qu'elle commence à prendre ses repères avec le fauteuil.

À son arrivée dans la salle, Mme. P me raconte les circonstances de son accident : « J'ai eu un accident de moto et mon mari est décédé ». Elle me confie également que son fils a été victime d'un accident de moto similaire deux ans plus tôt, ayant nécessité une hospitalisation dans cette même structure. Elle évoque les lésions qu'elle a subies, notamment au niveau du bassin, nécessitant la pose d'un fixateur externe durant plusieurs semaines. Lors de cette période, elle est restée allongée sur le dos en permanence, sans possibilité d'avoir des repères visuels sur son bas du corps. Son discours et son histoire me touchent, je ressens une vive sympathie avec des larmes qui me montent aux yeux. Je perçois à travers son regard et sa voix qu'elle est émue : sa voix devient plus faible et tremblante, comme si elle se serrait petit à petit. De plus, elle détourne le regard, comme pour contenir ce qu'elle ressent. Je me questionne sur cette retenue, exprime-t-elle une gêne face à une émotion trop envahissante ? Ou bien des difficultés à se laisser aller face à une personne qu'elle ne connaît pas encore bien, dans un cadre où la confiance reste à construire ?

Par la suite, Mme. P apparaît anxieuse, son corps est crispé et tendu. Elle réalise un transfert du fauteuil au plan Bobath (GLOSSAIRE 1 et ANNEXE 3), en nous demandant de rester à ses côtés pour se sentir sécuriser. Elle positionne ses mains sur le plan pour prendre appui dessus. Je remarque qu'elle ne prend que très peu appui sur ses pieds. Je me questionne alors sur cette dissociation entre le haut et le bas du corps. Est-ce en lien avec la période prolongée d'immobilisation sur le dos ? Une fois assise, elle pousse vigoureusement avec ses mains sur le plan, comme pour se maintenir en position et ne pas s'effondrer. Est-ce en lien avec une angoisse de chute ou d'effondrement ?

Camille l'invite ensuite à s'allonger sur le dos. En décubitus dorsal, Mme. P est désaxée vers la gauche, position qu'elle ne corrige que lorsque Camille lui signifie. Celle-ci lui installe un coussin sous la tête et un autre sous les genoux, afin de soulager les lombaires et détendre les muscles du bas du dos.

Mme. P nous signale des douleurs importantes au niveau des trapèzes, ainsi qu'une tension marquée, notamment dans l'épaule gauche, suite à sa luxation. Camille lui propose alors une séance de relaxation, visant à favoriser un mieux-être global et un relâchement tonique. L'environnement est calme et sécurisant : la lumière tamisée et les volets quasiment fermés. Une fois installée confortablement, Mme. P ferme les yeux. En amont, un travail de scan corporel est réalisé, en

parcourant progressivement le corps de bas en haut, des pieds à la tête, tout en soulignant les points d'appui sur le plan Bobath. C'est la première fois que Mme. P expérimente la relaxation. Au bout d'une minute, elle nous confie ne pas réussir à se relâcher. Est-ce parce que c'est la première fois pour elle ? Ou bien son anxiété l'empêche-t-elle de se détendre ? J'éprouve une appréhension à l'idée qu'elle n'adhère pas à la séance, probablement par crainte d'accentuer son anxiété, ou encore de renforcer son sentiment d'impuissance face à son corps. Nous réalisons avec ma tutrice un toucher thérapeutique pour accompagner cette détente, des pieds vers la tête. Une fois arrivées au niveau du thorax, Camille l'invite à prendre conscience de sa respiration, en l'incitant à effectuer de longues inspirations et expirations. Mme. P a une respiration courte, elle est dans un certain tonus pneumatique. Nous poursuivons par des mobilisations passives sur ses membres supérieurs, Camille se positionne à sa gauche et moi à sa droite. Nos gestes s'accordent dans un rythme propre à chacune tout en restant dans une écoute et une attention commune portée à la patiente. Cette synchronie semble créer une enveloppe contenant et rassurante pour Mme. P. Ce cadre et cette expérience de relaxation, à travers le dialogue tonique, lui apportent-ils un sentiment de soutien, en lui permettant de se reconnecter à son corps et à ses sensations ? Je perçois un relâchement tonique sur son bras droit. Je mobilise les doigts jusqu'à l'épaule, en constatant quelques blocages au niveau de l'articulation du poignet droit mais sans participation au mouvement de sa part. L'amplitude et la fluidité du mouvement me surprennent, étant donné les tensions et le recrutement tonique initialement présents. Son membre supérieur gauche, plus douloureux du fait de sa luxation, présente une amplitude plus limitée. Camille note des résistances au niveau des articulations de ce bras, mais celles-ci diminuent lorsque Mme. P se focalise dessus. La respiration consciente et les mouvements de mobilisations passives favorisent-ils un relâchement tonico-émotionnel, tout en diminuant ses tensions et douleurs musculaires ? À la fin de la séance, le retour en mouvement se fait facilement et elle nous dit se sentir « relâchée ». Lorsqu'elle se redresse en position assise, je remarque que ses épaules remontent et qu'elle pousse de nouveau fortement avec ses mains sur le plan. Ce retour rapide à un tonus élevé m'interroge. L'appui des mains sur le plan et la remontée des épaules, sont-elles des stratégies de compensations pour sécuriser sa posture assise ? Ou est-ce un recrutement tonique excessif en haut du corps pour maintenir un équilibre tonico-postural suffisamment stable, car le bas du corps ne fournit pas une base stable ?

## **5.2 Observations psychomotrices**

À l'issue de cette première rencontre, plusieurs observations psychomotrices en ressortent.

**Emotions et relation** : Mme. P investit facilement la relation et interagit aisément avec ma tutrice comme avec moi. Elle est capable de raconter son parcours et son histoire. Cependant, elle donne

parfois l'impression de contenir ses émotions : sa mâchoire est crispée, son regard détourné et son visage est tendu, l'empêchant d'exprimer librement certaines émotions.

**Tonus :** Mme. P présente un tonus globalement élevé, avec des tensions corporelles marquées. Un tonus pneumatique important est présent, accompagné d'une posture rigide. Ces tensions semblent traduire une certaine anxiété et constituer une carapace tonique, qui bloquent à la fois sa respiration et son expression émotionnelle. Une dissociation tonique est présente entre le haut et le bas du corps. En effet, Mme. P sollicite excessivement sa ceinture scapulaire, avec un agrippement tonique important vers le haut, compensant ainsi la fragilité de ses membres inférieurs.

**Motricité globale :** Mme. P mobilise peu ses membres inférieurs, évitant de prendre appui sur eux notamment lors des transferts. Ses mouvements sont hésitants et sa posture est droite. Pour compenser un déséquilibre postural, elle s'appuie fermement sur les accoudoirs de son fauteuil. Ces derniers sont vus comme un support pour stabiliser son corps.

**Représentations du corps :** Mme. P présente une image corporelle altérée, marquée par une perception fragmentée de son corps suite à son accident. Elle ne le perçoit pas globalement mais tend à se focaliser sur chaque partie individuellement. Ses membres inférieurs font l'objet d'un désinvestissement. En effet, étant en fauteuil, elle les mobilise peu et prend rarement appui sur eux. Elle éprouve alors un sentiment de fragilité, ce qui influence sa perception et limite ses mouvements, souvent hésitants. Cette dissociation entre le haut et le bas du corps engendre une désorganisation à la fois corporelle et psychique, avec des compensations posturales marquées.

**Latéralité :** Mme. P est latéralisée à droite avec une latéralisation bien installée, sans difficulté particulière au niveau de l'organisation de ses gestes.

**Organisation spatio-temporelle :** Mme. P s'oriente et se repère facilement dans la structure. Elle se déplace de manière autonome en fauteuil roulant manuel, témoignant de bonnes capacités spatio-temporelles. Cependant, une adaptation à ce mode de déplacement nécessite un ajustement dans sa perception et son investissement de l'espace, en absence d'appui sur ses jambes. Elle compense en utilisant davantage ses bras et ses mains pour se déplacer, modifiant alors son rapport à l'environnement et au sol. De plus, en position assise, elle investit l'espace en hauteur avec un recrutement tonique important de sa ceinture scapulaire, tel une lutte contre la gravité pour éviter l'effondrement.

### 5.3 Projet de soin en psychomotricité

Les objectifs du projet de soin en psychomotricité ont été progressivement ajustés redéfinis par ma tutrice et moi-même au fil du suivi de Mme. P, en fonction des RCP et de l'évolution des autres prises

en charge dont elle a bénéficié. Ces objectifs ont évolué en parallèle de ses progrès moteurs et de son état psychique. Suite à ses multiples fractures au niveau des membres inférieurs, du bassin jusqu'aux pieds, une prise en charge psychomotrice a été sollicitée par le médecin, axée sur la réappropriation de son bas du corps dans son schéma corporel, à travers les sensations et les mouvements. L'idée est de favoriser un réinvestissement de ses membres inférieurs et de renforcer l'unité corporelle de Mme. P. Cela passe notamment par une diminution de son tonus excessif dans le haut du corps, ainsi qu'une réduction de l'anxiété, grâce à des techniques de relaxation, visant à induire un certain relâchement tonico-émotionnel. L'objectif central est qu'elle puisse remanier et reconstruire ses représentations corporelles de manière stables et efficaces, en travaillant progressivement sur les appuis : d'abord sur le plan Bobath, puis au sol, en position debout, et enfin lors de la marche, afin de restaurer un sentiment de sécurité à la fois interne et corporelle.

## **5.4 Expériences corporelles sur le plan Bobath**

### **5.4.1 Sensation et perception des différents appuis sur le plan Bobath**

Au cours du suivi de Mme. P et notamment au départ de celui-ci, nous lui proposons de s'allonger, en décubitus dorsal, sur le plan Bobath. Je lui positionne un coussin sous la tête et un sous ses genoux pour corriger le creux au niveau des lombaires, pouvant être douloureux chez elle. Elle ferme les yeux instantanément. Le fait de prendre soin de sa posture et d'y être attentif, lui permet-elle de se relâcher et de se sentir en sécurité pour fermer les yeux ? Le plan Bobath apparaît-il comme un support soutenant et sécurisant ? Ses épaules, très toniques, restent enroulées et ne reposent pas sur le plan Bobath, signe d'un tonus excessif. J'exerce une pression pour favoriser la prise de conscience de ce dernier et encourager le relâchement, ainsi que le contact avec le support. Par la suite, nous introduisons un toucher thérapeutique, global ou ciblé, notamment sur ses membres inférieurs. Nous poursuivons avec des percussions osseuses sur ces derniers, à l'aide de tapotement avec notre poing ou une balle de tennis. Une vibration se diffuse dans tout son corps. J'aborde la zone sensible du bassin avec précaution, vérifiant régulièrement son ressenti, pour ajuster mon toucher si nécessaire.

Lors d'une séance, Mme. P évoque des difficultés de sommeil liées à des douleurs dans le bas du corps, et confie sa peur d'avoir des pensées négatives en pensant à son mari. Sa voix, aiguë et remplie d'émotions, s'accompagne d'une respiration saccadée et d'un tonus pneumatique. Je perçois une tension corporelle, reflet d'une charge émotionnelle contenue. Je m'interroge : est-ce un moyen de protection et un besoin de contrôle de son corps pour éviter un effondrement physique et émotionnel ? Nous poursuivons avec un temps de toucher thérapeutique et de mobilisations passives, d'abord sur les membres inférieurs puis sur les membres supérieurs. Ses

pieds apparaissent très toniques et orientés vers l'intérieur. Camille lui demande de décrire la position de ses pieds, sans les regarder, comme les aiguilles d'une horloge. Elle répond « 10h10 », en précisant que le relâchement est similaire des deux côtés. J'observe pour ma part, que son pied gauche apparaît plus tonique que le droit, les deux orientés vers « 11h15 ». L'appui visuel est-il nécessaire pour qu'elle perçoive ses pieds, leurs positions et leur tonus ? Est-ce une difficulté à intégrer les informations proprioceptives provenant de ses membres inférieurs ? Durant quelques minutes des blocages sont ressentis, avec une amplitude de mouvement limitée, notamment sur le pied gauche. Est-ce en lien avec ce qu'elle nous a dit en début de séance, augmentant son tonus ? Du côté gauche, est-ce en lien avec le matériel qu'elle a dans la cheville, qui limite ses mouvements ? Depuis son accident, Mme. P exprime une prise de conscience importante, elle se rend compte que pour son « bien-être », il faut qu'elle pose ses limites. Au moment, où elle verbalise sa capacité à dire « non », un relâchement tonique immédiat est observé dans ses pieds. Ce relâchement traduit-il cette réappropriation d'elle-même suite à ce traumatisme, en se faisant pour la première fois passer en priorité ? S'agit-il d'une étape clé dans son processus de deuil, marquée par une reconstruction d'un soi corporel et psychique ? Est-ce en lien avec un manque d'enracinement, d'affirmation de soi, de confiance en soi ainsi que de sécurité interne ? Serait-ce alors le début d'un ancrage psychocorporel plus solide dans ce monde ?

#### **5.4.2 Exploration des mouvements sur le plan Bobath**

Lors d'une séance, je propose à Mme. P d'expérimenter les retournements. Elle m'explique qu'auparavant, elle dormait sur le ventre mais qu'elle ne pouvait plus le faire maintenant, car elle ressent la présence de ses vis dans le bassin. Est-ce la présence d'une image du corps impactée, avec un sentiment d'intrusion d'un corps étranger ? Je lui propose de procéder par étape, en commençant par se tourner sur le côté et prendre conscience de ce positionnement en décubitus latéral. Elle se tourne facilement du côté droit, en un bloc. En revanche, lorsqu'elle essaie du côté gauche, elle s'arrête immédiatement, en me disant que c'est trop douloureux pour elle. Pour se retourner sur le ventre, elle effectue le mouvement d'un seul bloc, sans dissocier sa ceinture scapulaire et sa ceinture pelvienne. Une fois en décubitus ventral, elle repousse le plan avec ses avant-bras, sa tête est en extension. Son haut du corps apparaît avec un recrutement tonique élevé et une respiration saccadée, que j'associe à un tonus pneumatique. Je l'accompagne verbalement et corporellement à venir relâcher ses tensions et s'allonger complètement sur le plan. Avec Camille, nous lui plaçons un coussin sous la tête ainsi que des petits coussins sur les points d'appui douloureux. Elle fait le listing de ses appuis et nous demande de repositionner des coussins du côté gauche, vers son bassin et son ventre. Elle expérimente les retournements, cette fois-ci sous la guidance de Camille, qui l'invite à réaliser un retournement par enroulement segmentaire. Cela se

déroule de cette manière : tourner la tête vers la droite, lever et croiser le bras gauche vers le côté opposé pour amorcer progressivement la rotation de l'épaule, du tronc, du bassin puis des jambes, qui finissent le mouvement. De nouveau allongée en décubitus dorsal sur le plan Bobath, son dos repose entièrement, dans le respect des courbures de la colonne vertébrale. Je lui propose de faire un travail d'enroulement en synchronisation avec des respirations profondes. Elle ramène progressivement ses genoux vers sa poitrine, entourant ses jambes de ses bras pour les maintenir et apporter une certaine contenance. Son bassin se soulève légèrement et son dos s'arrondit peu à peu. Je l'invite alors à prendre conscience des modifications de ses appuis et à identifier ceux qui restent en contact avec la surface. Par la suite, je lui propose d'explorer différentes variations de ses appuis à travers un balancement latéral, de gauche à droite, tout en gardant une posture enroulée. Puis, elle se déroule. Son retour à la position allongée se fait de manière rapide et en bloc, malgré le travail séquencé pour se retourner et le temps passé enroulée. Au fil du suivi, elle viendra expérimenter à plusieurs reprises cet enroulement. Enfin, pour revenir en position assise, nous lui proposons de procéder par étape : se mettre en décubitus ventral, repousser le plan avec ses mains pour redresser son buste, passer en « assis plage », puis progressivement venir s'asseoir.

## **5.5 De la verticalisation à la marche : dynamique posturale, ancrage et réappropriation du mouvement corporel**

### **5.5.1 La verticalisation : un passage vers l'ouverture et l'engagement**

Lors d'une séance mi-novembre, elle arrive dans la salle toute joyeuse, le sourire aux lèvres. Elle nous raconte que le matin même, elle s'est verticalisée en séance de kiné, entre les barres de verticalisation. C'est un soulagement pour elle, ce qui lui a provoqué des pleurs et une vive émotion. Le même après-midi, elle décide d'envoyer un message à sa meilleure amie pour qu'elle vienne lui rendre visite, ce qu'elle avait refusé jusque-là. Jusqu'alors, elle n'autorisait que sa famille à venir la voir. De plus, elle contacte également sa cadre et ses collègues de travail pour leur donner de ses nouvelles.

Lors de cette séance, nous travaillons sur la verticalisation de Mme. P. Assise sur le plan Bobath, elle retire ses chaussures et prend contact avec le sol. Elle appuie sur chaque partie de ses pieds : les talons, les orteils, les bords internes et externes de ceux-ci. Camille lui positionne une chaise devant elle et nous nous plaçons chacune d'un côté. Mme. P s'avance au bord du plan Bobath, recule ses pieds, tandis que nous positionnons un pied chacune sur ses orteils pour éviter tout basculement en arrière, tout en l'aidant à se lever vers l'avant. Ses bras sont tendus à l'horizontale, agrippant le haut du dossier de la chaise. Son buste est penché vers l'avant, ses épaules et sa tête sont enroulées et son regard fixe ses pieds. Nous accompagnons Mme. P, en plaçant une main dans son dos et

l'autre au niveau de son bras. Camille lance un décompte « 1,2 et 3 », Mme. P pousse alors sur ses jambes et ses pieds pour se redresser. Je remarque qu'elle fixe ses pieds pendant un long moment. Redoute-t-elle que ses jambes lâchent et ne la soutiennent pas ? Cet appui visuel est-il un moyen de réassurance ? J'observe que son corps est en forte tension : elle s'agrippe avec le haut de son corps, son tonus est élevé au niveau de sa ceinture scapulaire et des légers tremblements sont présents. Ses expressions faciales sont marquées par des sourcils froncés, des yeux qui s'ouvrent et qui se ferment, toujours tournés vers le sol. Sa respiration est saccadée, très courte, avec des moments d'hyperventilation et d'autres d'apnée. Je ressens que ma respiration devient comme la sienne. Prenant conscience de celle-ci, je me recentre et me réajuste pour avoir une respiration plus calme, tout en lui présentant un rythme respiratoire plus posé sur lequel s'appuyer. Camille l'accompagne dans ce travail respiratoire, en lui suggérant de faire des inspirations et expirations profondes. Au fur et à mesure que Mme. P se détend, elle se redresse, son dos se déroule petit à petit, tout comme sa tête, et elle regarde droit devant elle.

### **5.5.2 Mouvement du bassin et conscience corporelle**

Pendant les vacances, Mme. P est rentrée chez elle et a passé du temps avec sa famille, notamment avec l'un de ses fils. Celui-ci affirme qu'elle a fait de gros progrès et qu'elle est une battante. Mme. P n'est pas de cet avis, elle nous dit d'un ton neutre, sans émotion apparente, « j'ai fait seulement ce qu'on me demandait, je ne me rends pas compte d'avoir avancé si vite ». Est-ce en lien avec des progrès moteurs qui ne reflètent pas son avancée psychique ? Assise face à moi sur une chaise, elle semble tourmentée. Son agitation corporelle est marquée, elle change régulièrement de position, entrelace ses doigts et croise ses jambes. Elle nous confie que « rester à la clinique la rassure », elle ne se sent « pas prête à partir et à réaliser seule les tâches quotidiennes ». Le cadre sécurisant et structurant de la clinique semble nécessaire pour Mme. P pour restaurer sa confiance en son autonomie. Elle nous signale avoir des douleurs importantes aux fessiers. Pour l'aider, je lui propose un travail de mobilité du bassin sur le gros ballon. Installée face à elle, je lui montre les mouvements à réaliser tandis que ma tutrice se place derrière elle, pour assurer la sécurité et la stabilité si nécessaire. L'objectif est de prendre conscience de son bassin, de ses appuis et de sa mobilité, en le déverrouillant et en explorant différentes directions sur le ballon, tout en retrouvant une stabilité et une sécurité dans ses appuis au sol. Dans un premier temps, je l'invite à simplement s'asseoir sur le gros ballon, dans une posture confortable et stable pour elle. Le bassin réalise des micromouvements sur cette surface pour se stabiliser. Ensuite, elle reproduit mes indications en miroir, en réalisant des mouvements d'antéversion et de rétroversion du bassin, puis des translations latérales de gauche à droite. Mme. P se précipite dans ses mouvements et se retrouve rapidement en difficulté et déséquilibrée. Sa respiration est haute et rapide, elle souffle fort, ses



maines restent crispées sur ses genoux et ses épaules sont tendues. Nous lui suggérons d'écartier ses pieds et de ralentir, en réalisant des petits mouvements qu'elle pourra amplifier progressivement, tout en les associant à une respiration calme. Elle élargit ses appuis et se sent mieux, ce qui lui permet d'enchaîner des cercles, notamment dans le sens des aiguilles d'une montre. Petit à petit, ses épaules s'abaissent, les tensions corporelles diminuent et elle s'autorise des pauses, en levant davantage le regard vers l'avant. Son mouvement devient plus fluide, tout comme sa respiration.

### **5.5.3 La marche et l'ancrage corporel**

Début janvier, Mme. P se présente en séance sans aide technique pour la marche, marquant ainsi une étape importante de son parcours. Afin d'accompagner cette progression, je lui propose une marche consciente dans la salle, tout en conservant ses bas de contention, qu'elle doit porter toute la journée. L'objectif est d'affiner la perception de ses appuis et de porter une attention particulière à son déroulé de pas. Je l'invite alors à ressentir chaque contact du pied avec le sol et à prendre conscience de son schéma de marche. Sa démarche est précautionneuse et peu assurée, elle appuie peu sur le sol, comme si elle « marchait sur des œufs ». Ses pas sont courts, son déroulé peu marqué et raide, notamment à gauche. Lorsqu'elle prend appui sur sa jambe gauche, son bassin s'effondre et bascule du côté opposé au lieu de rester stable. Je fais alors le lien avec les observations de la transmission du kinésithérapeute, qui avait signalé : « la présence d'une boiterie de type Trendelenburg, causée par un déficit musculaire des moyens fessiers, avec un chassé de la fesse gauche et/ou droite selon les moments. Bien qu'elle puisse corriger sur consigne, elle n'y parvient pas spontanément lors de la marche. » Mme. P exprime sa satisfaction au vu de son avancée et de ses progrès, tout en évoquant la présence de douleurs importantes dans ses fessiers. Elle ajoute : « je ne marche pas correctement, on dirait un robot, mes bras ne se balancent pas ». En effet, la dissociation entre sa ceinture scapulaire et sa ceinture pelvienne est peu marquée, limitant l'amplitude du ballant des bras. Son tonus est élevé au niveau de ses épaules et de ses membres supérieurs. Ses mains, légèrement écartées, restent en vigilance devant elle. Je lui propose alors de se mettre debout, immobile, et de venir exagérer le ballant des bras. J'observe que le bassin est entraîné dans ce mouvement de bras et d'épaules, signe d'une difficulté de dissociation. Camille intervient en plaçant ses mains sur le bassin de Mme. P pour le fixer, afin qu'elle puisse percevoir cette dissociation.

Durant le suivi, Mme. P nous confie : « J'adorais marcher pieds nus mais maintenant je ne peux plus. Mes pieds paraissent trop fragiles. » Pour lui redonner confiance en sa capacité à marcher pieds nus et lui permettre de retrouver des sensations qu'elle affectionnait particulièrement, nous nous installons en cercle et utilisons chacune une balle à picots pour stimuler sensoriellement nos voûtes

plantaires. Mme. P se concentre et regarde attentivement le mouvement qu'elle réalise. Elle masse minutieusement chaque partie de son pied, tout en laissant l'autre bien à plat sur le sol. J'observe que ses pieds sont rigides, ce qui complique le passage de la balle et traduit une difficulté à dissocier les différents segments du pied. De plus, l'amplitude articulaire de sa cheville est limitée, verrouillée, notamment à gauche, probablement en lien avec le matériel orthopédique dans celle-ci. Elle semble ne plus prendre conscience de sa posture. En effet, elle est assise au bord de sa chaise, le dos penché en avant, les bras tendus, ses mains repoussant ses cuisses, ce qui remonte ses épaules. Lorsque je lui signifie verbalement, elle réajuste immédiatement son tonus postural et relâche ses membres supérieurs. Par la suite, nous prenons un moment pour ressentir les différences d'appuis au sol après cette stimulation sensorielle. Elle nous fait part que son pied gauche est tendu et que sinon elle ne ressent rien. Nous poursuivons avec un exercice de repousser du sol avec les pieds pour tester les différents appuis. Mme. P a tendance à revenir spontanément sur la pointe des pieds, sans les mettre complètement à plat. Je lui propose ensuite d'effectuer un travail en position debout, avec des transferts d'appuis latéraux, avant et arrière, en gardant le contact des pieds avec le sol. Camille et moi restons à ses côtés pour la sécuriser. Mme. P se verticalise sans aide et commence l'exercice. Elle réalise les mouvements rapidement et de manière excessive provoquant des déséquilibres. Ses mains restent en avant, en vigilance. Je constate qu'elle est aussi en apnée, dans un tonus pneumatique. Je l'invite à se recentrer, à respirer doucement avant de recommencer l'exercice, tout en ralentissant le rythme. Après cet étayage verbal, Mme. P apparaît plus détendue, son tonus diminue et ses mouvements apparaissent plus lents et fluides. Pour l'accompagner, je respire plus intensément, ce qui l'amène à se caler sur la mienne naturellement. Pour terminer, je propose à Mme. P de marcher pieds nus dans la salle. Nous marchons toutes les trois, en silence, dans l'espace de la salle. Je constate que mon propre tonus est élevé, en état de vigilance face à la démarche de Mme. P. Sa boiterie est moins marquée qu'habituellement, ses pas sont précautionneux mais dans un déroulé optimal, favorisant un contact complet du pied avec le sol. La dissociation des ceintures est légère mais perceptible. Cependant, ses mains restent en vigilance vers l'avant, semblant limiter cette dissociation. Sont-elles prêtes à s'activer en urgence en cas de déséquilibre ?

## **5.6 Dessiner son corps : les représentations corporelles de Mme. P**

### **5.6.1 Représentations corporelles fragilisées, à travers un dessin du corps contrasté**

Lors du début de son suivi, je me questionne sur la perception que Mme. P a de son propre corps, la représentation qu'elle s'en fait suite à son accident et les dégâts présents notamment dans son bas du corps. Avec l'accord de ma tutrice, je propose à Mme. P d'effectuer un dessin de son corps

(ANNEXE I). N'ayant pas de table, je lui apporte un support avec une feuille blanche que je dépose sur le plan Bobath. J'ajuste celle-ci pour que Mme. P soit à la bonne hauteur et pour qu'elle ait une bonne posture. Elle semble surprise de ma proposition, avec ses yeux écarquillés, et me demande davantage de détails, en ajoutant qu'elle ne sait pas dessiner. A-t-elle peur de ne pas répondre aux attentes et d'être jugée ? Est-ce en lien avec une potentielle angoisse de performance et une faible estime d'elle-même ? Ce travail renvoie-t-il une certaine appréhension et insécurité vis-à-vis de son image corporelle et de sa perception d'elle-même ? Avec Camille, nous la rassurons en précisant qu'il ne s'agit pas d'un test, mais d'une expression personnelle de sa représentation corporelle, sans bon ni mauvais dessin, et que nous serons là pour l'accompagner. Mme. P commence à dessiner sans prendre le temps de bien se positionner. En effet, elle est relativement loin du plan Bobath, avec les bras très tendus et non posés. Camille lui précise de bien prendre le temps de s'installer avant de commencer. Elle modifie sa posture en se rapprochant, tout en se positionnant face à la feuille. Mme. P prend le feutre rouge de la main droite et le tient en prise tridigitale. Elle dépose ses coudes sur le plan et ses pieds sont posés au sol, et bien ancrés. Lorsqu'elle produit son dessin elle semble survoler la feuille, elle lève fréquemment son feutre, entraînant des interruptions et des retouches, avec un tracé peu appuyé. Elle commence sa production par le bassin en nous disant « c'est ce qu'il y a de plus fragile ». Elle réalise deux enchaînements de petites vagues en diagonales, symétriques mais non fermées. Puis elle dessine ses jambes et ses pieds avec le même motif, accrochés au bassin. Cette représentation corporelle me questionne sur cette notion de « fragilité » qu'elle mentionne, me laissant penser à la présence d'un vécu d'instabilité corporelle, de déséquilibre et d'oscillation suite à son accident, ayant laissé des séquelles. Cette représentation corporelle semble en lien avec son vécu traumatique. Par la suite, Mme. P reproduit la colonne vertébrale par un long tube, en disant qu'elle est « droite et solide ». Elle semble être bien intégrée par Mme. P et soutenir le corps. Puis elle dessine la tête accrochée à celle-ci, qu'elle ne referme pas, et sans cheveux. Est-ce en lien avec une fragilité et une vulnérabilité psychique et émotionnelle ? Ou en lien avec le traumatisme crânien ? Elle représente le nez, les yeux et la bouche sans sourire, par des petits traits, sans vouloir passer plus de temps là-dessus. Ma tutrice lui propose d'utiliser un code couleur pour distinguer les parties de son corps qu'elle perçoit comme allant bien, de celles qui lui semblent poser davantage de difficulté. Elle prend le stylo vert, refait le contour de la tête avec cette couleur, en disant que « la tête va bien », traduisant une ambivalence avec la forme et l'ouverture de celle-ci. Elle ajoute en vert les bras, les mains puis le buste en dernier, en entourant une partie de la colonne. Les bras sont représentés par deux traits écartés et bien proportionnés, contrastant avec les jambes, dessinées par un trait ondulé. Cette différence me questionne sur les séquelles qu'elle présente et l'image de fragilité associée à ses jambes, opposée à la solidité de ses

bras. Je demande à Mme. P d'inscrire un titre à son dessin. Son geste d'écriture apparaît alors rapide, peut-être en lien avec une certaine assurance et une habitude d'écriture bien ancrée. Sa posture, quant à elle, semble plus relâchée que lors de la production de son dessin. Est-ce que l'écriture lui permet une certaine confiance et une appropriation corporelle ? Mme. P m'explique le titre de son dessin qui est : « Les Brisures », représentant les « cassures », les « séquelles » de son corps après cet accident. Elle paraît concentrer son attention uniquement sur ses os, adoptant une perception centrée sur ce qui ne va pas, avec une approche ciblée et non globale de son corps.

### **5.6.2 Quand les représentations corporelles se remanient**

Lors d'une des dernières séances, j'invite Mme. P à reproduire un nouveau dessin de son corps (ANNEXE 2), représentant sa perception actuelle d'elle-même. Elle s'installe sur la chaise que j'ai placée devant le plan Bobath, les pieds bien à plat sur le sol, les épaules bien détendues et relâchées toniquement. Dans un premier temps, elle dessine son buste, ses bras et ses jambes, de manière bien proportionnée, en ajoutant que « ses parties vont bien ». Puis, elle reproduit sa tête, avec au sommet du crâne deux traits ondulés tracés au feutre rouge. Elle précise que « sa tête ne va pas très bien », qu'il y a « beaucoup de pensées et d'émotions » liées à son « travail de deuil », qui avance progressivement. Avec ce même feutre, elle dessine une bouche à la fois tournée vers le bas et vers le haut, qui semble exprimer une certaine contradiction. Des émotions tristes et difficiles qui émergent, mais qui lui permettent de se libérer. Une confusion persiste, accompagnée de questionnements. Elle ressent un besoin de savoir si son état physique va encore s'améliorer, si ses douleurs vont disparaître, ainsi que combien de temps encore elle devra garder le matériel présent dans son bassin et sa cheville gauche. Elle se sent « prête » à quitter la structure et pense que ce départ sera bénéfique pour elle, notamment dans son avancée psychologique. Elle inscrit le titre « Savoir ! », en le reliant au bassin et à la tête.

## **6. Questionnements et réflexion**

Dès la première rencontre, l'organisation psychomotrice et tonico-posturale de Mme. P m'a semblée profondément affectée par ses multiples traumatismes, notamment l'impact de ses membres inférieurs. Le désinvestissement de cette partie du corps, jusqu'à l'évitement du regard au départ, m'a interpellé quant à la place qu'occupent ses membres inférieurs dans son schéma corporel. Cette mise à distance, associée à une image marquée par la fragilité et la vulnérabilité de son bas du corps, semble témoigner d'une dissociation corporelle et d'une vision fragmentée. Par ailleurs, sa posture assise révèle un recrutement tonique important au niveau du haut de son corps : ses membres supérieurs, sa ceinture scapulaire, son axe et sa sphère pneumatique, avec un appui accentué et un repoussé de ses mains sur les divers supports. Ce tonus élevé pourrait-il correspondre à une

tentative de compensation face à l'insécurité et au défaut d'appui de ses membres inférieurs ? S'agit-il, pour elle, d'une manière pour « tenir » corporellement et psychiquement ? Je m'interroge sur un potentiel agrippement vers le haut pour apporter une stabilité corporelle, tout en témoignant d'un manque d'ancrage. Son regard insistant sur ses jambes semble renforcer cette hypothèse. Le traumatisme aurait-il provoqué une fragmentation de son unité corporelle, rendant difficile une perception globale de son corps ? Dans ce contexte, en quoi l'exploration sensori-motrice et la prise de conscience des appuis corporels sur le plan Bobath, lui permettent petit à petit de reconstruire et de soutenir des représentations corporelles plus unifiées ? En quoi notre soutien thérapeutique et psychomoteur peut-il l'accompagner dans son processus de remaniement et de consolidation de ses représentations corporelles ? Par la suite, comment peut-elle tester et retrouver ses propres appuis ? Et dans quelle mesure peut-elle s'appuyer sur des soutiens et appuis externes pour avancer dans sa reconstruction ? En quoi le changement d'appui et le passage de l'horizontalité à la verticalité engagent-ils le corps et transforment-ils le ressenti ? La reprise progressive des appuis permet-elle de restaurer une confiance en son corps et de s'appuyer sur celui-ci, en retrouvant des appuis internes sur lesquels s'ancrer ? De plus, ce travail sur les appuis favorisent-ils un remaniement de l'organisation tonico-posturale ainsi que des représentations corporelles ?

De ces observations cliniques émergent la problématique suivante, à laquelle je vais tenter de répondre, après avoir présenté quelques apports théoriques en amont : **En quoi le travail autour des appuis en psychomotricité permet-il un remaniement des représentations corporelles chez une patiente polytraumatisée ?**

## **PARTIE THÉORIE**

## **1. Polytraumatisme**

### **1.1 Traumatisme physique**

Un traumatisme sévère correspond à une blessure dont la violence ou le mécanisme peuvent entraîner des lésions mettant en jeu le pronostic vital de la victime. Le mécanisme peut être : un traumatisme à haute énergie, un patient éjecté du véhicule, un décès du conjoint lors de l'accident mais aussi une chute (défenestration), une explosion, un ensevelissement, un accident de la voie publique... « Le nombre et la gravité des lésions sont souvent liés à la quantité d'énergie cinétique lors du traumatisme » (Bodard, 2024, p. p117). Les lésions sont variées et parfois associées : fractures des membres, du bassin, de la colonne vertébrale ; contusion ou hémorragie du cerveau, des poumons, des viscères abdominaux. Des chiffres en ressortent : 70% des patients polytraumatisés présentent deux atteintes associées, 20% en présentent trois, 7% en compte quatre et, dans 1 % des cas, cinq lésions (Bodard, 2024, p. 117). Une prise en charge précoce est primordiale, tout retard est associé à une surmortalité. Les polytraumatisés doivent être pris en charge par des équipes entraînées et multidisciplinaires (médecins anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens spécialisés, radiologues, biologistes), en milieu hospitalier spécialisé (Larousse, s. d.-e) et (Bodard, 2024).

Je souhaite également définir le terme de traumatisme crânien. « Le traumatisme crânien ou craniocérébral se définit comme une altération des fonctions cérébrales, ou toute autre preuve de pathologie cérébrale, causée par une force externe ». Le parcours débute par une période traumatique, suivie d'une potentielle période de réanimation et de coma, et peut aboutir à la nécessité d'un geste neurochirurgical. (Menon et al., 2010) La gravité des traumatismes crâniens (TC) est classée selon la sévérité initiale de l'atteinte. Cette évaluation repose sur l'échelle de Glasgow, qui mesure le niveau de conscience. (GLOSSAIRE 3) Par la suite, une prise en charge en rééducation et réadaptation en médecine physique et réadaptation peut être proposée. (Larousse, s. d.-f)

Comme le souligne Efron (1990), le cerveau est divisé en deux hémisphères, aux fonctions contrastées. L'hémisphère droit est généralement associé aux capacités non verbales, visuo-spatiales et holistiques. En psychomotricité, il joue un rôle clé dans la perception du corps dans l'espace. L'hémisphère gauche, quant à lui, est lié aux fonctions verbales, linguistiques et analytiques. Une atteinte affectant l'un ou l'autre de ces hémisphères provoque des troubles spécifiques. (Faure et al., 2008)

## **1.2 Traumatisme psychique**

Il est important de distinguer le traumatisme, du stress. Le stress peut être défini comme une forme d'usure, résultant à la fois de la cause et des effets d'une contrainte exercée sur l'organisme. Le traumatisme, quant à lui, se manifeste comme un choc, marqué par la brutalité d'un événement. Il est inattendu, se caractérisant par un effet de surprise d'une intensité soudaine. L'événement traumatique provoque une effraction dans l'appareil psychique, qui rompt l'équilibre et qui laisse une trace, une cicatrice mentale. Les capacités d'élaboration du psychisme en sont dépassées. Il engendre un débordement tellement massif, imprévisible et brutal que l'appareil psychique ne peut s'adapter. Qualifier un événement de traumatique dépend autant de la nature objective de l'événement que de la manière dont la personne le traverse, le vit et y réagit psychiquement. (Clervoy, 2016)

D'après Ferenczi, le traumatisme impact le sentiment de soi, ainsi que la perte de la capacité à résister, à agir et à penser pour se protéger soi-même. Il met en lien le rapport entre le traumatisme, l'angoisse, l'autodestruction et la désorganisation psychique. Ceci pouvant se manifester à la suite d'un choc émotionnel ou physique relativement grave qui menace la vie et le bien-être d'un individu. (Ferenczi cité par Smadja, 2012)

Afin de mieux comprendre l'impact des traumatismes, il apparaît essentiel d'examiner le rôle des appuis et leur processus de construction dans le développement psychomoteur.

## **2. Les appuis**

Le terme appui désigne « tout ce qui sert à maintenir quelque chose ou quelqu'un, à en assurer la solidité ou la stabilité ; support » (Larousse, s. d.-b). Il ne s'agit pas seulement d'un point de contact corporel, mais d'une relation dynamique entre le corps et un support matériel ou humain. L'appui suppose une posture en mouvement, vacillant entre les notions de s'appuyer et de se repousser. Le sujet vient y déposer son poids, ce qui nécessite une certaine confiance dans le support, avec un sentiment de sécurité.

Le terme ancrage quant à lui renvoie à « l'action d'ancrer quelque chose, fait d'être ancré ; implantation, enracinement » (Larousse, s. d.-a). L'ancrage évoque une posture plus stable, enracinée, solide, tournée vers une certaine continuité et durée.

Le support, est défini comme une « pièce, élément qui soutient un objet posé dessus » (Larousse, s. d.-d). Il désigne un matériel, un élément plutôt physique sur lequel le corps peut venir s'appuyer. Il peut s'agir du sol, d'un objet, du mur... mais aussi d'un autre corps.



Le soutien représente « l'action de soutenir quelqu'un, de lui apporter appui » (Larousse, s. d.-c). Ce terme renvoie avant tout à une base tonique et psychique interne, permettant par la suite l'engagement dans l'appui. Il est essentiel dans le développement psychomoteur, et constitue le préalable à toute prise d'appui tant physique que psychique. Il va être nécessaire pour l'enfant de d'abord se sentir soutenu pour s'appuyer.

## **2.1 Les appuis corporels**

### **2.1.1 L'os et la charpente osseuse**

« Le squelette est composé de 206 morceaux et il s'est construit de telle façon que sous l'effet de la pesanteur les axes osseux se plient successivement en avant, puis en arrière en zig-zag » (S. B. Robert-Ouvray, 2020, p. 37)

Le squelette ostéo-fibreux, tel qu'abordé par Lesage, comprend l'os, les capsules, les ligaments, et une partie des fascias. Il constitue la structure porteuse du corps, notre charpente. Il définit la forme de base du corps, ainsi que les axes et la longueur de nos différents segments corporels. Le squelette fournit des points d'appui essentiels au mouvement, en orientant celui-ci dans un ensemble de directions précises et déterminées. Grâce au système ostéo-fibreux, une organisation des actions orientées dans l'espace se construit : les mouvements et les gestes se planifient, se projettent et deviennent ainsi intentionnels. Ce processus fondateur participe à la création d'une « matrice-corporelle » (Lesage, 1995, p. 23). Le squelette permet également l'intégration d'une solidité interne, au sein d'un processus d'intériorisation du support corporel, qui permet au sujet de se supporter lui-même. Cette solidité permet de développer les schèmes de mouvement. Chaque os du squelette, est relié aux autres par des articulations, permettant le mouvement dans l'espace. L'os, véritable « écrin vitale », constitue une structure corporelle qui offre à la fois une solidité et une cohésion. Contrairement à la peau ou aux muscles, sa rigidité ne varie pas selon les fluctuations émotionnelles. L'os conduit la vibration permettant ainsi la perception d'un soi unifié, la prise de conscience de la densité corporelle et de notre corps en profondeur, en garantissant la cohérence et la structuration de l'espace interne. (Lesage, 1995)

Il convient alors d'analyser la manière dont se développent les appuis chez le bébé, ainsi que le tonus et la posture, étroitement liés entre eux.

### **2.1.2 Développement tonico-postural et des appuis chez le bébé**

#### **Définitions de tonus et posture**

Le tonus est défini par Vulpian (1874), comme un état de tension musculaire actif, permanent et involontaire, dont l'intensité varie selon les actions réflexes ou syncinétiques susceptibles de l'augmenter ou de l'inhiber (S. Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012). Il correspond à la réaction d'un muscle face à son propre étirement, traduisant la sensibilité de celui-ci à toute sollicitation. Le tonus constitue la base de la posture et de l'ajustement tonique, nécessaires à toutes actions entreprises. (S. B. Robert-Ouvray, 2020)

Selon Lesage, la posture ne se réduit pas à une simple position statique, elle constitue un véritable programme, un gestalt tonique engrammé dans le corps, constituant un habitus. C'est-à-dire une façon de se poser, donc d'habiter son corps et l'espace. Elle relève d'une activité dynamique de réajustement permanent, reposant sur une intégration multisensorielle et sur des boucles de rétroaction sensori-motrices, impliquant plusieurs parties de notre cerveau. Dès son plus jeune âge, le bébé explore activement et acquiert progressivement un répertoire postural : passant du décubitus dorsal au latéral, puis au ventral, à la posture assise, et enfin à la posture debout. Grâce à une régulation des tensions musculaires, la posture permet l'organisation et la stabilisation du geste, tout en assurant une répartition harmonieuse du tonus dans le corps. Pour chacun, il existe une posture de référence, « un mode postural d'être soi », propre à son parcours corporel et tonico-émotionnel (Lesage, 2021, p. 84). En effet, selon Wallon, la posture est établie par l'organisation tonique du moment, qui elle, est sous-tendue par l'émotion. (S. Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012)

#### **Lois en lien avec la maturation du tonus**

Le développement du tonus et la maturation motrice du bébé vont alors se construire selon deux grandes lois : la loi céphalo-caudale, le développement tonique de l'axe s'effectue du haut vers le bas. En effet, le bébé acquiert d'abord le contrôle de sa tête, puis la tenue assise, avant d'atteindre la station debout et finalement la marche. Selon la loi proximo-distale (soit du centre vers la périphérie), les mouvements se dirigeant vers l'axe central du corps seront développés avant ceux des extrémités, cela s'observe particulièrement dans les activités de préhension. (Potel, 2019, p. 120)

Avant la naissance, le fœtus est protégé de l'influence de la gravité grâce à la présence du liquide amniotique. Ainsi, le fœtus adopte une posture en flexion, son dos étant en appui contre la paroi utérine élastique. Cette configuration favorise un schéma d'enroulement global, nommé la position

foétale. Cet enroulement est soutenu par « une poussée tonique qui se joue du bas vers le haut » (S. B. Robert-Ouvray, 2020, p. 58). L'organisation et l'équilibre tonico-postural se construisent dans un dialogue sensori-moteur entre le fœtus et l'enceinte utérine. (Bullinger, 2004)

À la naissance, la perte de cette enceinte contenant et l'entrée dans la vie aérienne confrontent brutalement le bébé à la gravité, nécessitant un remaniement de son organisation tonico-posturale. Le nouveau-né cherche alors instinctivement à retrouver des appuis, une sensation de contenance, et un enroulement rassurant, pour revivre ce qu'il a vécu dans la vie intra-utérine. (Bullinger, 2004)

Dans les premiers jours de sa vie, le bébé adopte une posture globale d'enroulement, ses bras étant fléchis contre son tronc, ses mains fermées et ses jambes repliées sur son ventre. Cette posture laisse apparaître une hypotonie du tronc, soit axiale, et une hypertonie des membres, soit périphérique. Puis, progressivement, s'installe une descente tonique, le tonus diminue du haut vers le bas, en opposition à la poussée tonique foétale. Les bras se relâchent et les mains s'ouvrent tout en gagnant de la mobilité. Un relâchement tonique s'installe progressivement vers le bas du corps. Parallèlement, la tonicité du tronc donc axiale augmente, débutant un contrôle postural central. (S. B. Robert-Ouvray, 2020)

Le développement postural du bébé s'inscrit dans une dynamique tonique essentielle, celle d'un repli sur soi vers un déploiement corporel. L'enroulement initial du bébé laisse progressivement la place à une ouverture corporelle, ce qui favorise les ajustements posturaux. D'après Ponton, dans cette progression, quatre actions motrices sont observées dans le développement : s'agripper, s'appuyer, se hisser et se repousser. (Ponton, 2012)

S'agripper : Ce réflexe archaïque visible chez le nouveau-né, lui permet de tester la force de ses extrémités et la résistance des objets qui l'entourent.

S'appuyer : Au fur et à mesure que le bébé découvre qu'il peut se poser et se reposer sur le sol, auquel il aura suffisamment confiance, il commence à s'appuyer sur le support. Cette exploration corporelle en lien avec la gravité va l'amener à tester plusieurs points d'appui : l'occiput, puis le haut du dos, les épaules, le thorax... Il découvre alors la résistance du sol. Dans un premier temps, une des premières étapes clé est le contrôle de la tête. Il va pouvoir la redresser et maintenir celle-ci. Dans cette même progression, le redressement du buste et le contrôle postural de celui-ci se fait. Le bébé élabore un équilibre entre flexion et redressement, constituant un « haubanage avant/arrière » permettant au buste de se stabiliser et de lutter contre la pesanteur. (Bullinger, 2004, p. 12)

Se hisser : Le bébé, suffisamment sécurisé par ses appuis, va commencer à s'élever. Il va apprendre à se hisser vers le haut, en utilisant ses membres, pour pouvoir se tracter.

Se repousser : Dans ce même mouvement, le bébé utilise la dynamique du repousser pour ajuster sa posture et son équilibre pour tout changement de position. Il repousse le sol pour se redresser, s'enrouler, faire des transferts de poids pour jouer avec ses appuis, se tourner sur le ventre mais aussi sur le dos. Progressivement, la mobilité et l'équilibre du tronc libèrent les bras et les mains. Les appuis coudes permettent le ramping, puis les appuis coordonnés mains/genoux permettent le quatre pattes. Avec les transitions d'un appui à l'autre, il va pouvoir se mettre progressivement seul en position assise, puis en position debout.

### **2.1.3 Les agrippements et « le tonus pneumatique »**

L'agrippement correspond à « l'action de s'agripper, d'agripper quelque chose ou quelqu'un ». Selon Pireyre « s'agripper implique l'utilisation des doigts. La démarche du sujet agrippé est donc active. Il doit fournir un effort qui lui demande une force physique concentrée sur ses doigts ou ses mains. Il doit assurer lui-même sa prise pour lutter contre la gravité » (Pireyre, 2021a, p. 166). Les agrippements correspondent à une stratégie compensatoire, des conduites adaptatives en réponse à un manque d'appui. L'objectif est la production de signaux toniques et sensoriels pour permettre de maintenir une attitude, un comportement adapté ou de favoriser une organisation posturale par défaut. Cela permet de « se donner une contenance », de se sentir exister et de se rassurer face à nos angoisses et nos insécurités toujours dans l'espoir de « se récupérer » en modifiant notre état tonique (Livoir-Petersen, 2018, p. 101). Ces agrippements, qu'ils soient physiques ou psychiques, contribuent provisoirement à la mise en place d'une régulation tonique adaptée, permettant de répondre à l'environnement qui nous entoure et de s'y engager. Mais ils peuvent s'installer durablement et devenir envahissant pour un individu, être présents dans le fonctionnement des viscères, dans l'appareil ostéo-musculaire sans finalité concrète, mais pour apaiser les angoisses. (Livoir-Petersen, 2018)

André Bullinger parle de ces « agrippements pathologiques » observables chez « l'enfant autiste » (Bullinger, 2004, p. 17). Ce sont les principaux moyens de défense face aux angoisses archaïques, notamment avec celle d'effondrement. À travers, une prolongation pathologique du grasping, présent chez le bébé, l'enfant va s'agripper avec sa bouche et ses mains à l'autre et aux objets l'entourant. Il ne peut pas suffisamment s'appuyer sur une représentation (interne) qui lui permettrait de supporter l'absence (celle de l'objet). Par ailleurs, un enfant occupé par ces agrippements peut parfois présenter un « tonus pneumatique ». Ce dernier est défini par André

Bullinger comme un « blocage de la respiration » (Bullinger, 2004, p. 16), qui elle, apparaît souvent courte ; la parole et les cris en dépendent avec une modulation faible. Le déficit tonique de l'axe est compensé par ce blocage de la respiration, qui va permettre le redressement du buste. Lorsque l'enfant va reprendre sa respiration, le buste s'effondre et le contact avec autrui se coupe. (Bullinger, 2004) De même, Livoir-Petersen souligne que, dès la naissance, le nouveau-né fait l'expérience d'un écrasement lié à la gravité, ne disposant alors que de son « ampliation thoracique » pour s'opposer aux forces de pesanteur et trouver un équilibre. S'il y a un défaut de la mise en place de cet équilibrage, le bébé pour tenir son buste, va alors conserver cette « ampliation respiratoire » (Livoir-Petersen, 2011, p. 115).

La construction de l'axe corporel et de la verticalité se met en place à la suite de l'ensemble des étapes précédemment abordées.

## **2.2 Axe corporel, verticalité, dynamique de déplacement**

### **2.2.1 Axe corporel**

L'axe du corps, d'un point de vue anatomique, est défini comme « une ligne virtuelle » traversant le sommet du crâne et le centre du périnée. Étymologiquement, le terme « aks » renvoie à l'essieu, ou l'arbre, qui désigne « une ligne de référence dans toute structure, garante de son équilibre statique et/ou dynamique » (Lesage, 2012, p. 149). L'axe du corps permet ainsi de maintenir un « équilibre musculaire optimal », qui favorise une économie d'énergie et une disponibilité de mouvement. L'axialité quant à elle, fondamentale à la structuration psychocorporelle, fait plutôt référence à la manière dont cet axe est intégré et à ce qu'il soutient comme vécu corporel et psychique. Le corps construit s'organise autour d'un axe central de symétrie, qui relie les deux hémicorps gauche et droite, tout en prenant aussi en compte les rapports avant-/arrière et haut/bas. Cette tridimensionnalité s'appuie sur six directions différentes, s'articulant autour de trois plans fondamentaux :

- Le plan frontal ou vertical distingue l'avant et l'arrière
- Le plan sagittal différencie la gauche de la droite
- Le plan horizontal le haut du bas

Il faut alors bien distinguer l'axe corporel des autres axes : l'axe haut/bas, l'axe droite/gauche et l'axe avant/arrière, qui permettent de le structurer progressivement, en se coordonnant grâce à l'intégration des différents plans de l'espace. L'axe du corps se comprend à la fois sur le plan posturo-moteur à travers l'axe vertébral, que sur le plan psychique à travers l'axe psychique (Lesage, 2012).

L'axe vertébrale désigne l'alignement central et longitudinal de la colonne vertébrale, s'étendant du sommet du crâne jusqu'au coccyx. Il ne constitue pas, à lui seul, l'axe corporel dans son intégralité (Coeman, 2012).

Au départ, le bébé est en décubitus dorsal et ses premières interactions se développent dans cette position, en lien avec la gravité qui marque la direction avant/arrière. Cette direction est perpendiculaire à ce qui deviendra l'axe vertical, structurant le rapport avant/arrière du corps et de l'espace. Ce passage s'observe dans les mouvements d'enroulements et déroulements, avec les chaînes postéro et antéro-médianes. L'axe longitudinal, correspondant à l'orientation haut/bas, est l'axe de rotation du plan horizontal, primordial à la station debout. Il permet deux types de mouvements :

- Les poussées des membres inférieurs ou supérieurs, selon les schèmes homologues.
- Les torsions, qui apparaissent lorsque le bébé commence à tourner la tête et à se retourner.

Ceux-ci mobilisent les chaînes postéro-antérieures et antéro-postérieures.

Enfin, la dimension droite/gauche, axe de rotation du plan sagittal, permet de distinguer et relier les deux hémicorps, tout en soutenant les coordinations homolatérales, via les chaînes homolatérales. Ces axes et ces plans ont également des valeurs expressives et symboliques. Pour l'axe haut-bas, nous pouvons retenir les notions de portage et d'ancrage vers la terre et d'aspiration vers le ciel. L'axe avant-arrière, représente notre histoire passée, notre engagement et nos projections. Tandis que l'axe droite-gauche est en lien avec la question du désir, du vouloir et des alternatives.

L'axe du corps est alors une construction sensible, nécessitant un ajustement tonique permanent et une régulation pour soutenir la présence à soi et au monde. (Lesage, 2012)

### **2.2.2 Se verticaliser et marcher**

Le bébé, au sol, va chercher dans son environnement des supports pour se hisser jusqu'à la position debout. L'appui de ses mains, lui permet de se mettre sur ses genoux, préparant la stabilité et les ajustements nécessaires à la verticalisation. Grâce à des supports verticaux d'équilibration, il peut se mettre et tenir seul debout. Ce passage marque une étape fondamentale, l'enfant après s'être redressé en repoussant la surface d'appui, peut désormais se maintenir debout en appui uniquement sur ses pieds, avec une réduction considérable de sa surface d'appui et dans le même temps, une augmentation de la hauteur par rapport à cette même surface. En jouant avec les expériences de déséquilibre, l'enfant va expérimenter la sécurité et la solidité de ses appuis plantaires au sol, puis développer l'ancrage de son bassin en appui sur ses jambes. Il libère ses bras et ses mains pour assurer l'équilibre, en station debout ainsi que lors de la marche. (Coeman, 2012)

De ce fait, se tenir debout suppose un travail d'ajustement tonique et d'équilibration. La verticalité implique une relation avec le sol et la gravité, que l'enfant apprend progressivement à apprivoiser. En s'appuyant sur la poussée et la force de ses appuis, il parvient à se redresser et à s'extraire de la pesanteur. La construction de la verticalité repose sur le plan corporel, comme nous avons pu le voir précédemment, mais aussi sur le plan psychique. C'est un support fondamental de la différenciation permettant l'élaboration des processus d'autonomie et d'individuation. La façon dont le portage a été proposé et reçu, la qualité de la présence de l'adulte, ainsi que la sécurité affective offerte à l'enfant, vont constituer les prémices sur lesquelles il va pouvoir s'appuyer pour se différencier et se structurer en tant que sujet. Il faut laisser de l'espace et du temps à l'enfant pour qu'il puisse expérimenter ses appuis au sol, et appréhender la relation comme support et soutien fiables. C'est à travers ses expériences que l'enfant acquiert son équilibre, construit son axe corporel et trouve une stabilité interne. Ces appuis prennent alors une valeur symbolique, qui permettent à l'enfant de se sentir en sécurité, contenu et soutenu pour pouvoir se reconnaître en tant que sujet. Cette élaboration est essentielle pour construire une confiance en son corps. (Gillan, 2012)

Selon Benoît Lesage, la marche est un acte à la fois moteur, psychique et symbolique. C'est un mode de locomotion spécifique et bipède. Elle repose sur une coordination globale de notre corps, avec l'alternance d'un pas porteur et d'un pas oscillant, ainsi qu'un transfert de poids à chaque appui. De plus, il y a la présence d'une dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne, ainsi qu'un engagement des trois masses corporelles qui sont la tête, le thorax et le bassin, dans un équilibre dynamique, fait de portance et de propulsion. Chaque pas implique une mobilisation de toutes les chaînes articulaires et musculaires. Il s'ajoute également un balancement des bras et une torsion fluide de la colonne vertébrale. La marche apparaît aussi comme un processus d'individuation. Elle marque l'autonomisation de l'enfant avec son entrée dans l'espace, le temps et la relation. Cette conquête ne peut se faire que si l'enfant est prêt à le faire, sans précipitation liée au désir de l'entourage. La marche est comparée à une chute rattrapée, soulignant la tension permanente entre déséquilibre et maîtrise, avec sans cesse des réajustements. (Lesage, 2021)

## **2.3 Les appuis psychiques et relationnels**

### **2.3.1 Holding et Handling**

Le holding, soit le maintien, est développé par Winnicott pour désigner l'ensemble des soins maternels ou parentaux, permettant au nourrisson de survivre, mais aussi de commencer à « exister » en tant que sujet. Il s'agit de porter physiquement l'enfant et d'assurer un cadre sécurisant et un environnement suffisamment bon, à la fois sur les plans sensoriel, corporel, relationnel et affectif. Selon Winnicott, l'enfant est doté d'un potentiel inné mais qui ne peut

émerger qu'à condition d'être relié à des soins parentaux adaptés. Le nourrisson, non différencié de sa mère, est encore dépendant de son environnement. Il est donc primordial que le parent par son empathie, sa capacité d'adaptation et son portage tant physique que psychique, vienne canaliser les angoisses et offrir un sentiment de sécurité et de continuité d'être. C'est ce que nous pouvons observer dans la préoccupation maternelle primaire. Par ce portage physique et psychique, suffisamment bon de la mère, l'enfant va progressivement développer un sentiment de sécurité interne, une structuration de son self, qui va l'amener progressivement à une différenciation et une indépendance. (Winnicott et al., 2011) Le terme *handling* apparaît comme un prolongement du *holding*. Il fait référence à l'usage des mains, notamment à travers les soins maternels manuels prodigués à son nourrisson. Nous pouvons l'observer dans la toilette, l'habillage, le change mais aussi dans les caresses et le contact affectif de peau à peau. La présence d'un *handling* suffisamment bon permettra à l'enfant de développer une association psychosomatique et une relation entre son corps et sa psyché. (Lehmann, 2007)

### **2.3.2 Le dialogue tonico-émotionnel**

Dans la relation thérapeutique entre le psychomotricien et son patient s'établit un « dialogue tonico-émotionnel », qui est une forme de communication non-verbale évoquée par De Ajuriaguerra en 1977. Il approfondit le terme de Wallon sur la notion de « dialogue tonique » de 1930. Ce langage corporel s'observe dès les premiers échanges entre la mère et son nourrisson. Il reflète avant tout les états émotionnels de chacun des deux partenaires, pouvant se transmettre de l'un à l'autre (Bachollet & Marcelli, 2010). Ce dialogue repose sur l'expression corporelle, les mimiques du visage, le tonus, les postures, la respiration, la voix et le regard. Bullinger précise que « l'échange avec autrui participe à la mise en forme du bébé qui l'amènera à se reconnaître en autrui » (Potel, 2019, p. 185). Le psychomotricien, comme la mère, s'inscrit dans cette dynamique d'écoute et d'ajustement à son patient pour percevoir et répondre à ses besoins. Il s'appuie et mobilise sa propre subjectivité et son expérience corporelle pour entrer en relation avec lui. (Potel, 2019)

Le développement des appuis chez le bébé participe à l'émergence des représentations corporelles, que je souhaite aborder dans la suite de cet écrit.

## **3. Les représentations corporelles**

Les représentations du corps correspondent à la façon dont un sujet perçoit, investit et habite son propre corps. Elles se construisent tout au long de la vie d'une personne, grâce à ses différentes expériences corporelles, relationnelles et environnementales. Elles intègrent les aspects sensorimoteurs, cognitifs mais aussi affectifs, favorisant l'interprétation de nos sensations, l'ajustement de



notre posture ainsi que l'interaction avec l'environnement et autrui. D'après Bullinger, les représentations du corps se basent sur l'intégration du schéma corporel, consistant en « un premier découpage et une composition en parties du corps, et en relation entre ces parties » (Poinso, 2018, p. 26). Ce schéma corporel est objectivable, il se voit par la nomination des parties du corps, puis par le repère corporel dans l'espace, pour être enfin dessiné à travers le dessin du corps. De plus, les représentations du corps impliquent la notion d'image du corps. Schilder explique que cette dernière se construit et « s'enrichit d'une connotation d'investissement affectif et libidinal » (Poinso, 2018, p. 27). Ces deux concepts, qui sont le schéma corporel et l'image du corps, sont primordiaux pour développer un sentiment d'unité et d'identité corporelle.

### **3.1 Le schéma corporel**

Chacun s'accorde en tout cas depuis Bonnier et Head sur le postulat suivant : le cerveau dispose d'une représentation non consciente du corps, le schéma corporel, représentation qui permet un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement spatial de (Coslett en 1998) (cité par Morin, 2013a, p. 13).

Head et Holmes, deux neurologues, développent la notion de « schéma postural ». Celui-ci est lié à des mécanismes physiologiques. En effet, grâce à notre activité corticale, les différentes sensations de mouvements sont corrélées entre elles et nous pouvons alors prendre conscience à tout instant de la position des parties de notre corps. C'est « un modèle standard », qui repère chaque changement de posture, et qui change constamment, insistant sur cette plasticité et la remise à jour de cette représentation standard. Mais, outre cet aspect purement neurologique, ils précisent que ces schémas peuvent s'étendre bien au-delà des frontières corporelles, telle une prolongation avec un objet de ceux-ci. (Meurin, 2018, p. 42-43)

Bonnier insiste sur le fait que « toute chose existante doit d'abord être située spatialement, sinon elle ne peut être perçue » (Meurin, 2018, p. 45). Il développe alors la notion « du sens de l'espace », en distinguant deux formes d'orientations : l'orientation subjective, correspondant au rapport des objets à notre propre corps, et l'orientation objective, concernant les relations spatiales entre les objets eux-mêmes (Meurin, 2018, p. 45). Il insiste alors sur l'importance de la perception de l'espace comme socle initial pour développer les représentations du corps. Cette construction spatiale permet, selon lui, l'élaboration d'une représentation spatialisée de notre moi corporel. (Morin, 2013a)

Wallon élargit cette notion, en disant que le schéma corporel se caractérise par sa nature à la fois ouverte et évolutive, toujours en mouvement. Il varie selon « les rapports que chacun noue avec

lui-même, autrui et le monde extérieur, et dans ces rapports les aspects affectifs et tonico-émotionnels jouent un rôle important. » Ceci va permettre de structurer notre « personnalité ». (Meurin, 2018, p. 47)

Selon Lhermitte en 1998, le schéma corporel se construit tout au long de l'enfance, et intègre les modifications progressives liées au vieillissement. Mais sa stabilité est retenue, il résiste aux modifications traumatiques ou aux manipulations du corps physique. (Morin, 2013a)

### **3.2 L'image du corps**

Selon Lhermitte, chacun de nous possède effleurant au seuil de sa conscience, une image, un schéma tridimensionnel de son corps ; c'est grâce à l'existence de cette image de notre corps qu'il nous est possible de sentir, de percevoir, enfin de développer notre action sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure. (Morin, 2013b, p. 40).

Il ajoute « que la connaissance de la forme du corps n'est pas innée mais acquise » et que cette forme est « chargée de sens et d'histoire » (Morin, 2013b, p. 41).

Schilder différencie cette image du corps du schéma corporel. Pour lui, il faut ajouter des données plus psychologiques, phénoménologiques et psychanalytiques. « C'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même » (Meurin, 2018, p. 50). D'autres psychanalystes comme Dolto, en 1992, différencient ces deux notions. L'image du corps est pour elle « support du narcissisme » et « inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions » (Meurin, 2018, p. 52).

Selon Potel, l'image du corps serait alors plus subjective, « c'est l'image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation les sujets et les autres ». (Potel, 2019, p. 151). Elle est en perpétuelle évolution au fil de la vie. Constamment en mouvement, elle est influencée par les différentes étapes de l'existence qui transforment non seulement le corps lui-même, mais aussi la perception que nous avons, les éprouvés corporels et la vie affective. (Potel, 2019, p. 152)

### **3.3 La proprioception**

C'est un terme essentiel, constituant une base de la construction et de l'ajustement des représentations corporelles.

La proprioception correspond à la sensibilité profonde, un intermédiaire essentiel entre la sensorialité et la motricité. Elle permet à l'individu d'interagir avec son environnement, son milieu

biologique et humain. Cette perception repose sur des récepteurs situés dans la peau, les muscles, les tendons, les articulations, les ligaments et les fascias. Elle joue un rôle clé dans la coordination en informant constamment notre cerveau sur la position et les mouvements du corps dans l'espace. En effet, la proprioception est en interaction étroite avec les autres systèmes sensoriels, comme la vue, le toucher, le système vestibulaire, tout en restant influencée par la gravité, qui elle reste intacte tout au long de la vie du sujet. Elle constitue une mise en lien constante entre le dedans et le dehors, entre le corps et l'environnement. « La proprioception nous permet d'être en permanence informés de la position de notre propre organisme dans l'espace, et dans le moindre geste, sans en avoir conscience, ce qui nous libère pour d'autres actions conduites simultanément » (Royer, 2022, p. 123). C'est la perception de notre corps, même sans repère visuel. De plus, la proprioception est essentielle pour la construction progressive et la remise à jour du schéma corporel. Le milieu humain est primordial pour l'intégration sensori-motrice du nouveau-né, il l'aide à réguler et à organiser les flux sensoriels provenant de son environnement. (Royer, 2022)

Lors d'une atteinte de la proprioception, l'individu rencontre des difficultés à percevoir son corps et ses mouvements dans l'espace, à ressentir ses sensations internes, à percevoir l'équilibre et les déséquilibres, mais aussi à se projeter dans des actions. Cette altération peut aussi troubler la perception des frontières corporelles, générer un manque d'ancrage au sol et un sentiment de flotter. En l'absence d'un repérage proprioceptif, l'individu est amené à compenser avec son système visuel, devenant un repère primordial. Ceci va affecter les représentations corporelles dans l'espace, perturbant ainsi le schéma corporel. (Royer, 2022)

Après avoir exposé les apports cliniques et les repères théoriques, j'aborderai à présent la dimension théorico-clinique, afin de mettre en lien tous ces éléments. L'objectif est de montrer comment ces aspects prennent corps et sens dans l'accompagnement en psychomotricité, en vue d'éclairer ma problématique initiale.

## **PARTIE THÉORICO-CLINIQUE**

## **1. Les impacts du traumatisme physique et psychique sur les représentations corporelles**

Mme. P, victime d'un accident de moto, a vécu un traumatisme à la fois physique et psychique, que nous pouvons qualifier de polytraumatisme. Sur le plan corporel, les atteintes sont multiples : fractures des membres inférieurs, traumatismes crâniens modérés, abdominaux et thoraciques, ainsi qu'une luxation de l'épaule. Mais l'impact ne s'arrête pas qu'au corps physique. Il s'agit également d'un traumatisme psychique majeur, « une rupture brutale avec l'état antérieur » (Barrou & Sarraf, 2014, p. 62), qui a considérablement ébranlé son intégrité. Cette rupture vient désorganiser les représentations corporelles et les repères internes, la personne ne peut plus s'appuyer sur elle, ni sur sa pensée, ses sensations corporelles ou même ses mouvements. Chez Mme. P, la période d'alitement, les limitations sensorielles et motrices, les douleurs persistantes, les blessures externes et internes semblent venir troubler ses perceptions corporelles.

La chute apparaît comme une « épreuve bouleversante, désorganisante, même désubjectivante » (Roos, 2008, p. 98). Elle est porteuse de traumatismes à la fois physiques et psychiques qui s'inscrivent dans le corps et la mémoire. Pour Mme. P, la chute de moto a agi comme un moment de rupture brutale, où le corps qui, jusqu'à maintenant était perçu comme fiable, devient imprévisible et même étranger. Par la suite, il est alors difficile de s'appuyer et d'avoir confiance en un corps ayant fait défaut. Cette perte de contrôle constitue une atteinte du narcissisme, « qui touche l'estime de soi, la confiance en sa valeur, en ses capacités. Là se rappellent la dépendance, les limites, le manque, la fragilité corporelle et la mort toujours possible, l'impuissance et la petitesse » (Roos, 2008, p. 100). Le corps blessé devient lieu de mémoire traumatique, réactivant sans cesse l'événement, à travers l'hospitalisation, la douleur persistante ou les cicatrices. L'expérience traumatique s'ancre profondément, à la fois dans le corps et la psyché.

Après une telle expérience traumatique et bouleversante, comment peut-on reconstruire un sentiment de sécurité, à la fois dans son corps et en soi ? Comment remanier ses représentations corporelles et réapprendre à faire confiance à un corps vécu comme défaillant et fragilisé par l'accident ?

Peut-on établir un lien entre l'atteinte du schéma corporel de Mme. P et son traumatisme crânien ? Si l'hémisphère gauche est normalement associé au langage, sa dysphonie pourrait-elle être la conséquence directe de ce traumatisme ? De plus, si l'hémisphère droit a été touché, il est pertinent de s'interroger sur une potentielle origine cérébrale de la perturbation du schéma corporel, cette zone étant impliquée dans la perception du corps dans l'espace (Faure et al., 2008b). Cependant, cette désorganisation du schéma corporel pourrait être expliquée par d'autres facteurs comme l'immobilité prolongée en décubitus dorsal, la présence du fixateur externe de bassin, la diminution

des stimulations sensori-motrices et notamment l'absence de mobilisation active des membres inférieurs. Ces éléments ont pu conduire à un désinvestissement progressif du bas du corps, rendant difficile sa réintégration dans les représentations corporelles globales de Mme. P. De plus un déficit proprioceptif est observable, lorsque j'évalue sa capacité à localiser ses pieds sans contrôle visuel, Mme. P se trouve en difficulté. Cette altération pouvant être en lien avec la lésion ou un manque de stimulation, renforce l'hypothèse d'un potentiel trouble de la représentation corporelle.

Afin de mieux comprendre et analyser les représentations corporelles de Mme. P et leurs impacts, je lui propose de réaliser un dessin du corps (ANNEXE 1). Cet outil vise à ouvrir un espace de dialogue sur son vécu corporel et la perception qu'elle a d'elle-même depuis son accident. Comme Coq le souligne si bien, « comment une telle expérience traumatique vient-elle s'inscrire sur ou dans l'image du corps ? » (Coq, 2019, p 27). Dès l'énoncée de la consigne, une certaine appréhension se manifeste chez Mme. P, observable dans ses réactions corporelles. Ses yeux expriment la surprise, elle est éloignée du support, et un recrutement tonique important s'installe dans ses bras. Ces réactions soulèvent plusieurs interrogations : reflètent-elles une image corporelle fragilisée ? Une difficulté à se représenter son corps ? Traduisent-elles d'une angoisse de performance, déjà observée lors des bilans avec d'autres professionnels ? Mme. P commence spontanément par les parties de son corps qui semblent les plus atteintes : son bassin et ses jambes. Celles-ci sont représentées par des traits fins et ondulées, suggérant probablement leur fragilité, leur vulnérabilité ainsi qu'une certaine instabilité. Ce choix peut-il être vu comme une tentative de donner forme à ce qui, dans le vécu corporel, reste encore incertain, douloureux et difficile à représenter ? Les traces de l'expérience traumatogènes (Coq, 2019) semblent être exprimées par une fragmentation des représentations corporelles. Une dissociation entre le bas et le haut du corps émerge nettement : le bas avec le bassin, les jambes et les pieds, est dessiné en rouge avec des lignes irrégulières, signe de fragilité ; tandis que le haut du corps avec la tête, les bras et le buste, est repassé en vert, associé à ce qui « va bien » et signe de solidité. Ce contraste révèle un corps non unifié, non vécu comme une globalité mais plutôt comme un assemblage de parties corporelles non reliées entre elles, certaines ressenties comme fragiles et d'autres solides. Le titre, « Les brisures » vient renforcer cette lecture. Un autre élément attire mon attention, Mme. P repasse le contour de sa tête avec le stylo vert, signifiant que, pour elle, cette zone « va bien ». Pourtant elle donne une représentation de celle-ci incomplète, elle la dessine sans la fermer, sans cheveux et avec une expression neutre. Cette ambivalence m'interroge. Pourquoi affirme-t-elle que cette partie du corps soit préservée, alors qu'elle apporte une représentation incomplète ? S'agit-il d'un mécanisme de défense, une mise à distance de son traumatisme crânien mais surtout de son

traumatisme psychique, moins accessibles que ses blessures physiques ? Accorde-t-elle davantage d'attention à ses traumatismes physiques, visibles et concrets, qu'à ceux psychiques ? Dans une dynamique de soigner le corps avant l'esprit ? La tête ouverte pourrait représenter le traumatisme crânien ou une vulnérabilité émotionnelle et psychique, mais qu'elle cherche à contenir à travers une apparence maîtrisée. Ce mouvement de maîtrise émotionnelle est également présent en séance. Lorsqu'elle est confrontée à certaines émotions et qu'elle évoque son mari, Mme. P détourne souvent le regard, tout en parlant d'une voix serrée.

Cette production semble témoigner d'une image du corps altérée, qui s'associe à un corps perturbé, douloureux et éloigné de ce qu'il a pu être avant l'accident, devenant étranger. Ce bouleversement vient fragiliser la sécurité interne essentielle au sentiment de solidité, d'unité et à la reprise d'autonomie. « La survenue d'un tel événement peut être perçue comme résonnant jusqu'au plus profond de l'intérieur du corps et vient témoigner de la vulnérabilité ». (Coq, 2019, p. 27)

L'enjeu de la prise en charge prend tout son sens. Mme. P doit faire face à plusieurs deuils : celui de son corps, marqué par les atteintes à ses membres inférieurs et par la présence de dispositifs médicaux, mais également celui de son époux et de sa vie passée. Le travail de rééducation, centré sur les capacités fonctionnelles et les limites, implique un travail de « déprise, (processus de disparition et/ou de transformation de supports antérieurs) permettant un réaménagement de son existence en fonction de sa situation personnelle » (Barrou & Sarraf, 2014, p. 66). Un tel cheminement ne peut se réaliser que si la patiente s'implique activement dans sa prise en charge. C'est précisément ce que j'ai constaté chez Mme. P. Son engagement et sa motivation dans sa rééducation notamment sur le plan fonctionnel, se sont traduits par des progrès significatifs et une évolution rapide. Son implication est reconnue et soutenue par ses proches, qui soulignent son avancée. Mme. P a besoin de reconstruire de nouveaux repères corporels afin de se réapproprier son corps. Ce travail implique, une écoute de soi, un regard nouveau sur son corps transformé, tout en admettant les changements et en acceptant l'évolution. Elle pourra progressivement « 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 devenir. » (Barrou & Sarraf, 2014, p. 65-66)

Dans cette optique, avec Camille, il nous a paru essentiel d'engager un travail autour des appuis en psychomotricité. En s'appuyant sur des soutiens et appuis externes, elle pourra progressivement réinvestir ses propres appuis internes, pour regagner en autonomie, et symboliquement, prendre son envol.

## **2. Le rôle des appuis dans la réappropriation corporelle, pour retrouver une continuité corporelle**

### **2.1 Prendre conscience de ses appuis externes et internes**

« Le psychomotricien invite chacun, à son rythme et selon ses moyens, à revenir à la source de la conscience-consciente, naissant de nos sensibilités, pour donner sens et signification à nos actes. » (Ponton, 2012, p. 47-48). Cette prise de conscience corporelle, des appuis externes mais aussi internes, favorise un retour à soi plus profond. Elle permet de reconnaître ses points de repères et d'ancrages pour habiter son corps ainsi que sa place dans le monde.

#### **2.1.1 Les appuis externes**

Le plan Bobath constitue un support essentiel dans la prise en charge de Mme. P. Il joue un rôle à la fois de soutien et d'appui. Grâce à sa surface ni trop molle, ni trop dure, il offre une base stable permettant à la patiente de s'appuyer confortablement dans différentes positions. Ce support agit comme un appui externe primordial, facilitant la prise de conscience des zones de son corps en contact avec celui-ci, ainsi que celles qui ne le sont pas. Lors des scans corporels, j'ai pu observer combien ce plan favorisait une meilleure perception corporelle globale. De plus, il permet à Mme. P de ressentir son tonus musculaire, variable selon les zones. L'exploration du support est essentielle à la structuration psychocorporelle. Confier son poids, et s'ajuster à la gravité, plutôt que simplement s'appuyer, permet une meilleure modulation tonique. Cette conscience du poids et du contact avec le support ou même le sol, engage une dynamique fondamentale « support-poids-repousser » (Lesage, 2021, p. 148-149). Le travail sur le plan Bobath permet d'instaurer une proximité corporelle et relationnelle avec la patiente, facilitant la mise en place d'un toucher thérapeutique. Cet environnement sécurisant va permettre d'explorer les sensations corporelles, la perception de soi, tout en participant au remaniement des représentations corporelles.

De ce fait, la relation thérapeutique psychomotrice instaurée avec Mme. P apparaît comme un appui essentiel. À travers les divers apports sensoriels et proprioceptifs, que nous proposons, tels que le toucher thérapeutique, les balles sensorielles, la relaxation et les mobilisations passives, un travail d'unification corporelle s'installe chez Mme. P. Ces médiations favorisent une perception plus globale du corps, en reconnectant le bas et le haut du corps. Ce processus engage une prise de conscience des limites corporelles, révélant, lors d'une séance, les difficultés pour Mme. P à les affirmer dans la relation à l'autre. Il constitue un appui essentiel dans le remaniement des représentations corporelles, particulièrement dans la réintégration sensorielle et motrice du bas du corps. Je me suis questionnée quant à la présence d'un recrutement tonique élevé dans le corps de



Mme. P. Grâce à notre toucher, notre présence contenant et au mode infra-verbal, elle a pu progressivement prendre conscience de son corps, de son organisation tonico-posturale et de ses appuis. Par un accompagnement verbal et corporel, elle a pu amorcer un réajustement tonique mais aussi postural, par un relâchement progressif. Comme le souligne Royer, le système proprioceptif est en étroite collaboration avec les autres systèmes sensoriels, dont le système tactile. Ainsi, à travers notre toucher nous avons pu nourrir son système proprioceptif, contribuant à la mise à jour et à la reconstruction du schéma corporel (Royer, 2022). Ce toucher thérapeutique fait écho aux premières expériences sensorielles du lien mère-nourrisson, où le contact est à la fois sécurisant et contenant. Grâce à cette présence corporelle et relationnelle, Mme. P perçoit progressivement ses propres appuis internes.

### **2.1.2 Les appuis internes**

La conscience de la structure osseuse est fondamentale. L'os et le squelette incarnent ce qu'il y a de solide et de stable dans le corps. Lesage exprime que « prendre connaissance et éprouver ses os, c'est connaître une certaine facette de soi, un système peu affecté par les émotions, contrairement à l'organique ou au musculaire » (Lesage (2000) cité par Diebold & Coste-Sereni, 2012, p. 69). Chez Mme. P, les vibrations produites, à l'aide de nos poings ou d'une balle de tennis, visent à réveiller la représentation sensorielle de cette solidité interne. À la suite de ses fractures, une rupture de la continuité osseuse a été vécue corporellement, perturbant la perception de l'unité et de la direction des segments osseux entre eux. Les percussions osseuses permettent alors de réinvestir cette continuité, grâce aux vibrations qui se répercutent dans l'ensemble du corps. En déposant nos mains, avec Camille, sur les surfaces osseuses de Mme. P, nous venons entrer en contact direct avec la structure osseuse, stimulant ainsi une sensation intérieure et profonde. Ce travail vibratoire vise à redonner une perception directionnelle et à reconstruire une perception corporelle stable et cohérente. Il favorise l'unification du schéma corporel, en apportant des points d'appui internes sur lesquels Mme. P peut s'appuyer. Ainsi, les percussions osseuses permettent l'élaboration d'une « représentation intériorisée d'une charpente osseuse » (Diebold & Coste-Sereni, 2012, p. 69).

La respiration constitue un autre appui interne indispensable. Poser une attention tranquille sur sa respiration permet de moduler le niveau général de tension, qu'elle soit tonique, psychique ou émotionnelle. Cette conscience respiratoire agit comme régulateur du tonus, en modulant sa respiration, il est possible d'ajuster sa tonicité (Lesage, 2021). Selon Ponton, le « flux de la respiration », ce mouvement d'air qui se propage dans le corps à l'inspiration comme à l'expiration, génère une sensation de continuité intérieure. Cette dynamique harmonise le tonus musculaire, lui-même en lien avec les émotions. (Ponton, s.d)

Dans l'accompagnement psychomoteur de Mme. P, cette conscience respiratoire devient un objectif partagé. En régulant mon propre tonus par la respiration, je propose à Mme. P de faire ce même mouvement d'ajustement. Un « dialogue tonique » s'installe et nous pouvons diminuer ensemble notre tonus. Lors de son suivi, la pratique des inspirations et expirations profondes l'aide à accéder à un relâchement tonique dans certaines zones du corps, à se recentrer et à percevoir un appui corporel plus stable. Ce travail autour de la respiration soutient l'ajustement tonico-postural, particulièrement visible lors de sa première verticalisation. Grâce à cette disponibilité intérieure et à cet appui retrouvé sur sa respiration, vécue non plus comme source d'apnée et de retenue, Mme. P parvient à se dérouler pleinement. Elle parvient à se redéployer dans son espace interne et externe, à se redresser et à reconstruire progressivement son axe corporel. C'est dans ce processus que s'opère un remaniement des représentations corporelles de Mme. P. En prenant appui sur sa propre respiration, elle reconstruit une perception corporelle plus unifiée et vivante. Elle module à la fois sa respiration et son tonus, pour créer une continuité corporelle sensible et habitée.

## **2.2 Agrippement pour compenser des appuis corporels fragiles ?**

Durant le suivi de Mme. P, son organisation tonico-posturale m'a particulièrement interpellée : plus particulièrement la manière dont son tonus s'ajuste pour permettre à son corps de se tenir, de se stabiliser, de se mouvoir et d'entrer en relation avec son environnement.

J'ai notamment observé, en position assise, et lors du passage à la verticalité, un recrutement tonique important au niveau du haut du corps, centré sur son axe, ses membres supérieurs et sa sphère pneumatique. De plus, sa démarche est prudente et hésitante, ses jambes fragiles manquent d'appui au sol, comme si elle réapprenait à faire confiance à son corps. Ce comportement me donne une impression d'agrippement, comme si elle se raccrochait à son corps, pour le maintenir et éviter qu'il ne cède. Elle s'agrippe pour tenir. Je fais le lien avec un manque d'appuis présents au niveau de ses membres inférieurs, fragilisés par le traumatisme. Ce tonus élevé, associé à un agrippement marqué, semble compenser un bas du corps faisant défaut, perçu comme instable et ne soutenant pas efficacement. Il apparaît comme pouvant « lâcher » à tout moment et provoquer la chute. La notion d'effondrement, telle que décrite par Pireyre, me paraît particulièrement ajustée et pertinente ici. Elle renvoie à la disparition du tonus postural. Lors des changements de position et du mouvement, ce tonus est indispensable pour se tenir debout et résister à la gravité (Pireyre, 2021a). Mme. P semble éprouver une certaine angoisse d'effondrement, redoutant inconsciemment sa survenue, que son corps ne cède et l'abandonne. Elle mobilise alors des défenses corporelles, en particulier en surinvestissant le haut de son corps. Selon Pireyre, « le moi organise des défenses contre l'effondrement de l'organisation du moi, et

c'est l'organisation du moi qui est menacée » (Pireyre, 2021a, p. 157). De plus, les muscles « ne soutenant plus, ils se retrouvent – ou craignent de se retrouver – à terre, dans la terre, voire traversant la terre. Une chute sans fin qu'aucun appui physique ne peut arrêter. » (Pireyre, 2021a, p. 158). Lorsqu'elle s'installe, l'angoisse d'effondrement vient entraver l'image du corps et compromet la possibilité pour le sujet de se sentir stable et contenu. De ce fait, lorsque ce soutien musculaire n'est plus présent, c'est la verticalité mais aussi l'unité de soi qui sont mises en péril. Pireyre introduit la notion de « continuité d'existence » (Pireyre, 2021b, p. 171), en partant des travaux de Winnicott. Celle-ci renvoie à la conviction que la vie continue, se poursuit et se prolonge de manière ininterrompue même en cas de « menace ». Il s'agit d'une forme de sécurité intérieure, qui nous assure que d'un instant à l'autre, nous serons toujours là et toujours « le même » (Pireyre, 2021b, p. 173). À travers l'agrippement, notamment dans sa forme répétitive, ceci peut être une tentative de préserver une continuité d'existence, un sentiment d'unité et une permanence de soi. Ce comportement peut traduire d'une recherche intense de sensations corporelles structurantes, pour permettre l'organisation de l'image corporelle et la consolidation des représentations de soi. (Pireyre, 2021b)

De même, des gestes d'agrippements récurrents se manifestent chez Mme. P. En effet, elle croise régulièrement ses doigts et entremêle ses jambes. Je m'interroge sur cette forme d'agrippement à soi, comme si elle cherchait à se rassembler corporellement et à se contenir face à une potentielle menace de dispersion de soi. Ce recentrage est-il une manière pour elle de contenir son corps et de maîtriser ses émotions ? Est-ce un moyen de réassurance face aux angoisses suscitées par le corps devenu incertain et fragile, ne fournissant plus de repères fiables ? Selon les apports de Bullinger, ces conduites d'agrippement apparaissent sans finalité instrumentale directe et visent à maintenir un équilibre entre l'organisme lui-même et l'environnement. Elles permettent de « retrouver ses esprits » ou du moins de les conserver, et de réorganiser sa conduite, dans une situation perçue comme désorganisante et déstabilisante. Ce sont des gestes ou des comportements répétitifs, autrement dit des phénomènes toniques et des recherches sensorielles, qui pourraient être des moyens de se tenir, à la fois physiquement et psychiquement, dans un contexte d'insécurité tonico-émotionnelle. (Livoir-Petersen, 2018, p. 100-101)

De plus, notamment en début de suivi, j'observe une maîtrise émotionnelle de la part de Mme. P. Lorsque l'émotion semble trop intense, elle semble la contenir, cela se ressent dans sa voix, sa respiration et son regard qui se détourne. Est-ce un moyen de protection ou un besoin de contrôle de son corps pour ne pas relâcher et s'effondrer à la fois corporellement et émotionnellement ? Selon Bullinger le « tonus pneumatique », présent chez Mme. P, est caractérisé par une respiration bloquée et un tonus élevé dans le haut du corps, renvoyant à une compensation tonico-posturale.

En rigidifiant son haut du corps par l'apnée, Mme. P tente de remédier à un manque d'appui, à une fragilité de ses membres inférieurs. Ce tonus pneumatique bien que coûteux va permettre, temporairement, de maintenir une certaine sécurité et stabilité interne. (Bullinger, 2004, p. 41)

Une autre forme d'agrippement observée chez Mme. P m'a particulièrement interpellée : son agrippement visuel. Elle porte une attention constante à son bas du corps, en le regardant de façon répétée. Ce comportement pourrait s'expliquer par la privation prolongée de la vision de cette partie du corps suite à la position allongée, et à la présence du fixateur externe de bassin. Il pourrait s'agir d'une stratégie de compensation visuelle, Mme. P chercherait peut-être à pallier un déficit proprioceptif ou une fragilité de ses membres inférieurs. Cet agrippement serait alors un moyen de réassurance, face à une peur de perdre l'équilibre, de chuter et que ses jambes la trahissent. Ce recours au regard, peut ainsi être interprété comme une tentative de contrôle visuel, visant à maintenir une stabilité corporelle, pour compenser une insécurité.

Ces comportements sont des réponses adaptatives, traduisant une atteinte des représentations corporelles de Mme. P. Son corps et plus précisément ses membres inférieurs, ne sont plus perçus comme des repères fiables. Son image corporelle est fragilisée tandis que le sentiment de soi est altéré. C'est une tentative de réassurance mais aussi d'auto-régulation, à la fois tonique et émotionnelle, pour se réorganiser et reconstruire un sentiment d'unité corporelle. L'agrippement est une ressource nécessaire et transitoire, lors d'atteintes corporelles, pour maintenir une cohérence. Celui-ci devient alertant, s'il s'installe sur la durée et envahi le quotidien du sujet (Livoir-Petersen, 2018). De même, s'agripper est un réflexe archaïque visible chez le tout petit, qui précède la capacité à s'appuyer en testant la résistance des objets environnants et sa force (Ponton, 2012). L'objectif en psychomotricité, pour Mme. P, sera de transformer ces formes d'agrippements, en retrouvant des appuis sécurisants et une sécurité interne.

### **3. Des appuis en mouvement : passage de l'horizontalité à la verticalité**

L'exploration des appuis au détriment des agrippements, dans les divers schèmes de mouvements du bébé, va permettre de renforcer le sentiment de sécurité interne.

Le travail psychomoteur accompagne le développement de l'enfant, en soutenant les différentes étapes nécessaires à l'émergence des schèmes de redressement. Ce processus de redressement implique le respect du rythme propre de chacun, de manière continue et sécurisée, permettant de ce fait une affirmation de soi. Il s'inscrit dans une mémoire corporelle commune du redressement humain, qui s'élabore durant l'enfance (Ponton, 2012). À la suite de son accident, Mme. P est confrontée à des multiples traumatismes physiques mais également psychiques qui altèrent son

autonomie, sa verticalité et sa capacité à marcher. Comme un enfant en pleine construction, elle doit réapprendre progressivement à se reconstruire, à se redresser, à se réapproprier son corps fragilisé et devenu étranger. De ce fait, au cours de son suivi en psychomotricité, je me suis interrogée sur la proposition et l'importance de l'exploration des différents schèmes moteurs et des étapes du développement de l'enfant. Ils apparaissent comme des processus certes de régression, mais qui sont nécessaires pour permettre une reconstruction progressive, tant sur le plan corporel qu'identitaire.

### **3.1 S'enrouler, se retourner et se repousser**

Dans un premier temps, Mme. P expérimente l'enroulement sur le plan Bobath, je l'invite, en décubitus dorsal, à joindre ses jambes sur son buste, en les entourant de ses bras. C'est un mouvement qu'elle reprendra régulièrement au cours de son suivi, en réalisant des balancements latéraux, de gauche à droite. Selon Suzanne Robert Ouvray, l'enroulement constitue une dynamique centripète, orientée vers le centre, permettant un recentrage dans le mouvement. Progressivement, ce mouvement s'unifie et devient plus global, contribuant ainsi à rassembler les différentes parties du corps. Ce processus favorise le passage d'un état de fragmentation à une globalité et une unité, à la fois corporelle et psychique, nécessaire pour Mme. P. L'enroulement renvoie à la position fœtale, cet appui dos contenant et sécurisant contre la paroi utérine, qui est recherché et adopté par la suite par le bébé. Il est compris comme « la reprise d'un mouvement primaire de préoccupation de soi » (S. B. Robert-Ouvray, 2020, p. 61). Chez certains patients, et notamment dans le cas de Mme. P, cette période d'enroulement sur soi-même est un passage nécessaire pour « se retrouver », se contenir mais aussi se réorganiser intérieurement (S. B. Robert-Ouvray, 2020, p. 61). Ce mouvement permettra un certain apaisement de ce manque de sécurité et de confiance en soi, par la perception d'une unité corporelle, tout en assurant au psychisme un sentiment de continuité d'être. C'est le soutien de l'émergence d'un premier soi psychomoteur unifiée (S. B. Robert-Ouvray, 2020). Cette expérience corporelle, répétée, participe-t-elle à la réintégration progressive de son schéma corporel, au soutien d'une image corporelle plus stable et à la réappropriation de ses membres inférieurs ? Selon Suzanne Robert Ouvray, « l'intégration du schéma corporel est donc une suite d'intégrations de petits enroulements qui vont se coordonner les uns avec les autres pour former une totalité » (Robert-Ouvray cité par Diebold & Coste-Sereni, 2012, p. 71). La posture en décubitus dorsal, soumise à la gravité, inscrit le corps dans une direction avant-arrière, perpendiculaire à ce qui deviendra l'axe vertical. Cette organisation spatiale engage alors le bébé dans une dynamique d'enroulement et de déroulement, qui participent à la mise en place progressive de l'axe corporel. Chez Mme. P, les mobilisations actives que je propose sont en

lien avec cette logique développementale. En effet, à travers celles-ci, je l'invite à revivre les prémices et les fondements de cet axe corporel, préparant l'émergence d'une verticalité (Lesage, 2012).

J'aimerais ajouter qu'il est important de « vivre son bassin comme lieu de solidité et de stabilité » pour se verticaliser (Gillan, 2012, p. 83). C'est un point d'ancrage majeur qui relie le bas et le haut du corps, lieu du centre de gravité. Pour Mme. P, cette zone a été profondément touchée par le traumatisme corporel, du fait de multiples fractures et de la pose d'un fixateur externe de bassin. Mme. P est alors invitée à réexplorer, à travers le travail sur le gros ballon, les mouvements de son bassin et les déplacements de son centre de gravité, sans recourir à des compensations. Il s'agit pour elle d'intérioriser les différentes directions possibles du bassin dans l'espace, afin de mieux prendre conscience de cette zone centrale du corps, et de s'appuyer sur elle pour mieux s'ériger (Gillan, 2012). À l'image du bébé qui développe un équilibre entre flexion et redressement, formant un « haubanage avant/arrière », pour stabiliser le buste face à la gravité ; le bassin sur le gros ballon permet de recréer cette dynamique posturale, en cherchant cette stabilité (Bullinger, 2004, p. 12). Le bassin apparaît donc comme un véritable point d'ancrage permettant de structurer l'axe corporel, à travers des ajustements posturaux dans les directions avant-arrière et droite-gauche (Lobbé, 2019).

Le travail autour des retournements est également réalisé avec Mme. P. « Les mouvements de retournements par la forme spiralée de la courbe, nous font vivre la sensation de réversibilité des directions » (Ponton, 2012, p. 61). Les schèmes spiralés observables dans les retournements, engagent la colonne vertébrale comme axe central, reliant la tête et le bassin. Ceux-ci vont permettre la construction des coordinations segmentaires entre les ceintures scapulaires et pelviennes. Par la suite, cette construction facilitera la dissociation de ces ceintures, dans les mouvements de torsion. La spirale devient vectrice de l'intégration des directions, haut-bas, droite-gauche et avant-arrière. L'ensemble de ces éléments est primordial, dans la construction de l'axe corporel, mais aussi pour la perception de soi dans l'espace (Ponton, s.d). Chez Mme. P, les retournements sont réalisés uniquement du côté droit et en un bloc. Ils sont impossibles du côté gauche, en raison de la douleur. Les retournements et le passage par le décubitus ventral ont permis à Mme. P de redécouvrir une position autrefois naturelle, mais qui était devenue pour elle une source d'appréhension et de douleur. Grâce à des adaptations posturales, avec le positionnement de coussins sur les zones d'appuis douloureuses, Mme. P a pu réinvestir cette posture et ressentir différemment les zones fragilisées par l'accident, notamment son bassin. L'objectif, par la suite, est

de lui faire expérimenter les retournements par enroulement segmentaires, c'est-à-dire en mobilisant progressivement les différents segments corporels selon une logique de fluidité, de dissociation et de coordination. En effet, cet exercice se rapproche des retournements d'un bébé au sol. Lors des mouvements de retournement, l'organisation corporelle implique que la tête, le regard et le haut du corps s'orientent dans une direction opposée à celle du bassin (Ponton, 2012). À travers ce travail, cela permet-il à Mme. P de redonner de la continuité et de la cohérence à ses segments corporelles, de réintégrer des zones atténuées par l'appréhension et la peur, et finalement de transformer cette posture sur le ventre tant redoutée en une expérience agréable ? Le remaniement des représentations corporelles de Mme. P s'appuie sur de nouvelles expériences sensorielles et motrices, inscrites dans une dynamique réorganisée. Ces expériences sont rendues possibles grâce à des appuis plus stables et confortables, ainsi que par l'implication active de la patiente. Les différentes médiations centrées sur le mouvement, comme les retournements et les enroulements, sont proposées comme des expériences corporelles renouvelées, déjà vécues dans l'enfance. Associées à mon étayage verbal et corporel, via le toucher thérapeutique et la respiration, ces expériences visent à favoriser la réappropriation corporelle de Mme. P. Ce cadre contenant et sécurisant permet une nouvelle unification corporelle, en s'appuyant sur des repères sensoriels, posturaux et proprioceptifs, ainsi que sur les capacités motrices de la patiente.

### **3.2 Se verticaliser et se mouvoir**

Après avoir exploré et éprouvé ses appuis sur le plan Bobath, et une fois la confiance suffisante acquise, Mme. P parvient désormais à se hisser et se repousser pour accéder à la verticalité. Selon Coeman : elle « adopte la position fondamentale de l'homme » (Coeman, 2012, p. 135). Après plusieurs semaines passées, en position allongée ou assise, marquées par des tensions corporelles, des douleurs, de la dépendance et du repli sur soi, Mme. P amorce une étape fondamentale dans sa rééducation, le passage à la verticalisation. Celle-ci marque un changement majeur, à la fois corporel et symbolique pour elle. Je me questionne alors sur le passage du plan horizontal au plan vertical. Celui-ci ne concerne pas uniquement le corps mécanique et les appuis plantaires, mais il engage profondément le rapport au corps et aux représentations internes de soi. Le plan horizontal, semble associé à une posture de renfermement, de passivité et à l'introspection, qui laisse place progressivement à la verticalité, symbolisant l'ouverture, une posture d'engagement et d'interaction avec le monde. Robert-Ouvray précise que le redressement corporel marque le passage d'une position passive à une position active. C'est une expérience d'autonomie, d'affirmation de soi qui permet d'exister par soi-même dans un espace, sans la présence de la figure maternelle. Ceci marque un tournant significatif dans le processus d'individuation (S. B. Robert-

Ouvray, 2020). Selon Lesage, « se redresser, c'est choisir d'aller vers le monde, les autres et tout ce qui nous transforme dans la relation » (Lesage, 2021, p. 47). Ainsi, Mme. P a commencé à se reconnecter aux autres, en envoyant des messages à ses proches, exprimant son désir de renouer les liens.

En amont, c'est en testant ses appuis plantaires au sol en position assise, que Mme. P a pu se repousser et progressivement s'ériger. « Repousser le sol ou quel qu'autre support pour se redresser, nous fait découvrir la complémentarité des forces à l'œuvre de la différenciation. La résistance du support, en tant que limite structurante est indispensable à la construction de la sensation de solidité en soi, dans laquelle naît l'affirmation de soi » (Ponton, 2012, p. 61). Dans cet même dynamique, j'ai proposé à Mme. P d'expérimenter, en position assise, les différents appuis plantaires au sol, avec la technique de repousser. Lors de ces exercices, elle avait tendance à légèrement appuyer et repousser le sol, voire à se positionner fréquemment sur la pointe des pieds, réduisant considérablement la surface d'appui disponible. Ce mode d'appui insuffisant m'interroge sur son rapport au sol et à la gravité, témoignant d'un manque d'ancrage corporel. Cet évitement du contact plein, est-il en lien avec une peur de se confier à la gravité et de chuter ? Se maintenir en appui complet et franc sur le sol demande une confiance, à la fois dans le support et en son propre corps. Une certaine confiance qu'il s'agit d'appivoiser. Dans cette perspective, le travail autour du repousser des appuis plantaires devient primordial pour reconstruire cette sécurité interne et accéder à la verticalisation. Ce sont des fondements essentiels pour la structuration de la motricité, de l'équilibre et de la tonification de la musculature autour de l'axe vertébral, réunissant ainsi le bassin et le crâne (Ponton, s.d).

Petit à petit, en prenant conscience de ses appuis au sol et en y trouvant davantage de confiance, Mme. P engage son processus de verticalisation. Elle se hisse vers le haut : en mobilisant la poussée de ses pieds, en s'aidant de la chaise devant elle comme support vertical d'équilibration, tout en s'appuyant sur la présence contenante de Camille et moi-même, positionnées chacune d'un côté. Par la suite, un processus de marche peut s'engager, fondé sur une succession de déséquilibres rééquilibrés. Toutefois, l'absence de dissociations de ses ceintures scapulaire et pelvienne, ainsi qu'une marche peu ancrée et faiblement appuyée, attirent mon attention. De plus, elle projette ses bras vers l'avant, ce qui m'évoque une attitude d'hypervigilance corporelle et suggérant une persistance des réflexes parachutes. Cette posture qui semble défensive pourrait-elle traduire une peur de la chute ? Témoigne-t-elle d'une stratégie compensatoire face à un manque d'ancrage et de sécurité dans son corps et ses appuis ? À l'image de l'enfant qui explore son équilibre à travers des jeux et des mouvements, j'accompagne Mme. P, en position debout, dans des transferts de poids ou dans des mouvements de dissociations segmentaires. Ces expérimentations lui



permettent de renforcer son ancrage, son équilibre, ses coordinations et les dissociations de ses segments corporels, ainsi que la perception de son corps dans l'espace, en toute sécurité. Comme Coeman l'exprime, les expériences de déséquilibres permettent à la fois d'expérimenter la solidité et la sécurité des appuis, mais aussi le rôle de soutien des membres inférieurs, sur lesquels le haut du corps s'appuie. Et par extension éprouver la sécurité de son corps qui la porte. (Coeman, 2012). Le processus de verticalisation ne se limite donc pas à une simple posture physique, il constitue aussi une conquête psychique et symbolique. Il est étroitement lié à la construction de l'axe corporel. D'après Lesage, celui-ci se développe par l'intégration progressives des différents plans de l'espace : le plan frontal, le plan sagittal et celui horizontal. Il s'appuie à la fois sur un axe vertébral physique et un axe intérieur psychique (Lesage, 2012). Apprendre à se tenir debout par soi-même nécessite de mêler l'élévation, en se hissant vers le haut, qui symbolise l'aspiration, l'ouverture aux autres et au monde ; et un ancrage vers le sol, qui offre un enracinement, une sécurité et une certaine stabilité. Ce lien entre l'axe haut-bas traduit une certaine tension et cet équilibre à trouver entre le ciel et la terre (Lesage, 2012). Cette tension est particulièrement observable chez Mme. P, ses épaules sont très toniques, témoignant d'une aspiration vers le haut, mais aussi d'un manque d'ancrage au sol. Lors de ses premières verticalisations, un déséquilibre tonico-postural avec une forte mobilisation du haut du corps sont visibles, traduisant un axe du corps encore fragilisé et peu intégré. Cependant, il marque une transition corporelle majeure qui tend à s'estomper. Grâce à la répétition des mises en appui, à un rythme de travail plus ralenti, à l'exploration du sol et de la gravité, ainsi qu'à notre accompagnement corporel, tonique et respiratoire, Mme. P a progressivement reconstruit son axe corporel. Ce processus lui a permis de trouver un équilibre tonico-postural, mêlant ancrage au sol et élévation dans la verticalité. Ses épaules, initialement hautes et toniques, ont commencé à se relâcher et à descendre, traduisant un apaisement et une régulation globale de son tonus. Cet axe nouvellement intégré est alors devenu un point d'appui physique comme psychique, élément clé pour une réassurance interne. Son émergence traduit un rééquilibrage global, favorisant une présence à soi, à son corps, à l'espace et à la relation.

Ce travail corporel a permis une reprise de confiance en ses capacités corporelles et motrices, mais aussi un remaniement des représentations corporelles de Mme. P. Ceci favorise la réappropriation d'un corps capable de se porter et de s'orienter spatialement, dans une dynamique de pulsion de vie.

#### **4. D'un corps traumatisé à un corps reconstruit : le soutien qui devient un appui sur soi**

Livoir-Petersen souligne que : « Le thérapeute va jouer de son corps comme d'un piano multimodal pour permettre à l'enfant de restaurer le sien. Les comportements émotionnels font partis de sa boîte à outils, pour « contenir » ou apporter « un arrière fond » » (Livoir-Petersen cité par Royer, 2022, p. 129).

À la dernière séance, le nouveau dessin du corps de Mme. P, témoigne de l'évolution de sa perception corporelle (ANNEXE 2). Il reflète son état actuel et vient mettre en lumière le parcours effectué depuis le début de sa prise en charge. Dans un premier temps, elle dessine son buste, ses bras et ses jambes, dans des proportions relativement justes et équilibrées, affirmant que ces parties du corps vont bien. En comparaison au premier dessin, ce nouveau tracé semble traduire des représentations corporelles plus harmonieuses, signe d'un remaniement positif. En revanche, la tête reste lieu d'ambivalence, avec l'ajout de deux traits rouges ondulés, symbolisant un trop-plein émotionnel et de pensées. La bouche, dessinée à la fois tournée vers le haut et le bas, accentue et traduit ce contraste. Cependant, ses émotions de tristesse en lien avec son deuil, deviennent pour elle source de soulagement et de libération. Elle ressent un besoin de « Savoir ! », à travers des questionnements sur ses douleurs, sur le matériel dans son bassin et sa jambe gauche ainsi que sur sa récupération physique complète.

Ce dessin illustre de manière sensible le passage du corps autrefois fragmenté, fragile, dissocié entre le haut et le bas, à un corps reconstruit, mieux habité, sur lequel elle peut désormais s'appuyer. À l'image du dessin du bonhomme de l'enfant, j'observe un cheminement progressif de l'organisation des représentations du corps. Il s'agit d'une véritable « méta-construction du corps » qui s'élabore « à partir des éprouvés corporels, de la proprioception (perception de la position du corps) et de la kinesthésie (perception des mouvements), de la construction des différents espaces » (Poinso, 2018, p. 27). C'est une construction mentale, affective et sensorielle du schéma corporel, en constante évolution, selon les différents vécus du sujet.

À travers l'étayage psychomoteur précis et ajusté, constitué de points d'appui toniques, sensoriels et émotionnels, Mme. P a pu progressivement se réapproprier son corps traumatisé. La qualité du toucher thérapeutique, du regard, de la respiration comme de la verbalisation, a permis des apports sécurisants et soutenant dans le remaniement de ses représentations corporelles. En effet, la sécurisation du patient passe avant tout par un dialogue tonico-émotionnel avec le psychomotricien (Lobbé, 2019). Tout comme la mère perçoit, sent et répond aux stimulations émises par son enfant, le psychomotricien va utiliser ses propres ressources corporelles pour

comprendre et accompagner au mieux son patient. Cette « reconnaissance par la mère de la valeur communicationnelle et affective de la motricité de son enfant appartient au holding » (S. B. Robert-Ouvray, 2020, p. 190). « La reconnaissance et l'acceptation par la mère des différents états affectifs de son bébé permettront à celui-ci de se reconnaître, de s'accepter et de réparer ses blessures narcissiques » (S. B. Robert-Ouvray, 2020, p. 163).

Mme. P, fragilisée et profondément marquée par son accident, demeure dans un premier temps, comme un enfant avec sa mère, en grande partie dépendante de la relation thérapeutique. En tant que thérapeute, il est primordial, par son empathie, sa capacité d'ajustement ainsi que sa capacité à soutenir physiquement comme psychiquement, de venir contenir les angoisses de la patiente et offrir un cadre suffisamment bon. Ce positionnement fait donc écho au concept de holding de Winnicott (Winnicott et al., 2011). Grâce à ce soutien adapté, Mme. P a progressivement évolué. Au départ, elle se trouvait dans un état de dépendance et de passivité au sein des séances. Peu à peu, elle s'est appuyé et repoussé sur Camille et moi, donc sur cette relation thérapeutique, ainsi que sur des supports tels que le plan Bobath ou le sol, pour amorcer un mouvement de différenciation. Ce processus l'a conduite à une prise d'autonomie physique et psychique ainsi qu'à une individualisation. Mme. P s'est progressivement réapproprié son corps et s'est appuyé sur elle-même. En parallèle, avec Camille, nous avons, petit à petit, pris du recul dans notre posture, offrant ainsi à la patiente l'espace nécessaire pour expérimenter sa liberté d'agir en devenant actrice de son processus thérapeutique, tout en restant présentes par nos corps, nos dialogues et notre regard. Dans cette dynamique, elle a peu à peu reconquis un sentiment de sécurité interne, nécessaire pour la suite de son processus de reconstruction.

J'aimerais maintenant témoigner de mon vécu durant ce suivi, en lien avec ma construction professionnelle.

Dans un premier temps, être un appui pour Mme. P m'a parfois confronté à mes propres limites, ce qui m'a déstabilisé, envahi et désorganisé dans ma propre posture. Face à son histoire bouleversante et touchante, j'ai eu l'appréhension de basculer dans de la sympathie. C'est une attitude qu'il est préférable d'éviter pour ne pas absorber les émotions du patient, qui ne nous appartiennent pas, risquant ainsi de perdre ma propre contenance thérapeutique. À la suite de cette expérience, le besoin de clarifier la distinction entre empathie et sympathie a fait surface. L'empathie consiste à reconnaître et comprendre les émotions ressenties par l'autre, tout en maintenant une distance émotionnelle. En revanche, la sympathie implique plutôt d'éprouver les mêmes émotions que l'autre, comme par contagion, sans mettre de la distance, et en cherchant ensuite à obtenir une représentation de ces émotions. L'empathie thérapeutique est donc essentielle pour les

professionnels afin de comprendre les émotions de leurs patients sans se faire submerger par celles-ci (Jorland, 2006).

Ce travail d'accompagnement dans les appuis m'a sollicité « dans mes propres assises et appuis internes » (Vennat, 2019, p. 102). J'ai dû retrouver un sentiment de sécurité interne, mais aussi m'appuyer sur mon corps, ma respiration et sa modulation, sur mon accordage tonique, ainsi que sur la précision de mon regard et de ma verbalisation pour pouvoir soutenir Mme. P. Face à l'insécurité de ma patiente, sa peur, ses angoisses potentielles de chute et d'effondrement, j'ai dû me recentrer, maintenir ma stabilité, et mobiliser davantage mes propres ressources pour l'accompagner au mieux et avec justesse.



## CONCLUSION

La question des appuis m'a profondément interpellée et nourrie tout au long de l'écriture de ce mémoire. Cela m'a amené à réfléchir à ma propre manière d'être ancrée ainsi qu'à la sécurité interne nécessaire pour être un soutien suffisamment bon et stable pour Mme. P et les autres patients. Je me suis alors interrogée sur la façon dont je pouvais être un point d'appui pour Mme. P, à travers ma présence corporelle, mes réflexions, mon empathie et ma contenance. Ce travail m'a permis de mettre en lumière les ressources dont je disposais, pour accompagner et m'ajuster au mieux aux besoins de ma patiente, afin qu'elle puisse s'appuyer sur son corps pour accéder à ses propres ressources.

Le parcours de Mme. P au sein du MPR et plus particulièrement dans sa prise en charge psychomotrice, éclaire me semble-t-il la spécificité de la psychomotricité : comment la mise en jeu du corps va permettre de mobiliser la mise en mouvement du psychisme et de l'émotionnel.

En effet, après un traumatisme ayant fragilisé son intégrité corporelle et sa mobilité, c'est à travers un travail de réappropriation corporelle, notamment de son bas du corps, et un remaniement de ses représentations corporelles que Mme. P a pu amorcer une reconstruction plus globale, tant sur le plan psychique qu'émotionnel.

Progressivement, la reprise de la verticalité, de la marche puis de l'autonomie a permis à Mme. P de retrouver une sécurité interne. Ce corps redevenu un socle fiable et sécuritaire, perçu comme ancré et plus solide, a alors pu soutenir une ouverture émotionnelle jusque-là contenu. Cette libération des affects, rendue possible par le travail corporel, s'est révélée essentielle pour que Mme. P poursuive son processus de deuil. Elle se sent maintenant prête à rentrer chez elle, en capacité d'exprimer et d'extérioriser ses émotions de manière plus libre et sereine.

Toutefois ne pourrait-on pas envisager le suivi en psychomotricité de Mme P sous un autre angle, en interrogeant sur la manière dont ce travail lui aurait permis de retraverser les quatre niveaux d'organisation décrits par Robert-Ouvray : tonique, sensoriel, affectif et représentatif, pour remanier ses représentations corporelles et amorcer son processus de deuil ? En effet, selon Robert-Ouvray, ces niveaux mettent en rapport et en dialectique des pôles opposés, structurant la relation à soi et au monde. Un cinquième palier, qui constitue celui du langage s'étayera sur ces quatre premiers niveaux, pour soutenir la mise en mot et l'élaboration de soi. La mise en place d'un suivi en psychomotricité n'aurait-il pas permis à Mme. P d'asseoir le niveau représentatif, et ainsi

de l'accompagner dans la mise en forme, en sens et en mots de la perte de son corps d'avant et de son conjoint ? (S. B. Robert-Ouvray, 2020)

## **BIBLIOGRAPHIE**



## BIBLIOGRAPHIE

Annie. (s. d.). *Lydia : Se reconstruire après un grave accident de moto à l’Africa Eco Race* [Podcast].

<https://open.spotify.com/episode/3jFblWjVHzAe3WLlDqj2ke>

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements.

*Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Barrou, M., & Sarraf, T. (2014a). Quels sont les impacts des déficiences motrices et

psychomotrices après une lésion cérébrale ? *Jusqu’à la mort accompagner la vie*, 118(3),

59-68. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.118.0059>

Bodard, S. (2024). *Orthopédie, traumatologie : EDN* (Éd. 2024, mise à jour enrichie). Éditions

Vernazobres-Grego.

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l’enfant et ses avatars : Un parcours de*

*recherche*. Éd. Érès.

Clervoy, P. (2016). Chapitre 1. Le stress et les états pathologiques induits. *Thérapies &*

*Psychothérapies*, 14-20.

Coeman, A., & Raulier H de Frahan, M. (2012). ASBL Étoile d’herbe. *De la naissance à la marche :*

*Le développement psychomoteur de l’enfant tel que présenté dans les formations pour les psychomotriciens et le personnel de la petite enfance*

Coq, J.-M. (2019). Traces traumatiques dans l’image du corps : Conséquences

psychopathologiques. *Le Journal des psychologues*, 368(6), 27-29.

<https://doi.org/10.3917/jdp.368.0027>

Diebold, & Coste-Sereni. (2012). *THERAPIE PSYCHOMOTRICE - et recherches—N°172/2012*.

Faure, S., Habib, M., Joannette, Y., & Lechevalier, B. (2008a). Chapitre 26. Hémisphère droit,

hémisphère gauche et cognition. In *Traité de neuropsychologie clinique* (p. 561-623). De

Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.eusta.2008.01.0561>

- Gillan. (2012). *THERAPIE PSYCHOMOTRICE - et recherches—N°172/2012*.
- Jorland, G. (2006). Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 58-65.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.084.0058>
- Larousse, É. (s. d.-a). *Définitions : Ancrage - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 22 avril 2025, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ancrage/3341>
- Larousse, É. (s. d.-b). *Définitions : Appui - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 22 avril 2025, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/appui/4792>
- Larousse, É. (s. d.-c). *Définitions : Soutien - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 22 avril 2025, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soutien/73982>
- Larousse, É. (s. d.-d). *Définitions : Support - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 22 avril 2025, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/support/75529>
- Larousse, É. (s. d.-e). *polytraumatisme—LAROUSSE*. Consulté 21 avril 2025, à l'adresse <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/polytraumatisme/15449>
- Larousse, É. (s. d.-f). *traumatisme crânien—LAROUSSE*. Consulté 9 mai 2025, à l'adresse [https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/traumatisme\\_cr%C3%A2nien/16689](https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/traumatisme_cr%C3%A2nien/16689)
- Lehmann, J.-P. (2007). Holding et Handling. *Transition*, 170-206.
- Lesage, B. (1995). *Etayage et structure corporelle : Corps à corps et corps-accord—Réseau Prisme*.  
<https://www.documentation-sociale.org/base-prisme/31845/>
- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation*. Érès.
- Lesage, B. (2021). *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité*. Éditions Érès.
- Livoir-Petersen, M.-F. (2011). De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement. *Contraste*, 3435(1), 93-132. <https://doi.org/10.3917/cont.034.0093>
- Livoir-Petersen, M.-F. (2018). La représentation de soi dans l'approche sensori-motrice du développement d'André Bullinger : La part de l'autre. In *La construction des*

*représentations corporelles du bébé* (p. 61-113). érès.

<https://doi.org/10.3917/eres.absm.2018.01.0061>

Lobbé, J. (2019). Chapitre 16. L'axe psychique. In *Autisme, corps et psychomotricité* (p. 109-115).

Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2019.01.0109>

Menon, D. K., Schwab, K., Wright, D. W., Maas, A. I., & Demographics and Clinical Assessment

Working Group of the International and Interagency Initiative toward Common Data

Elements for Research on Traumatic Brain Injury and Psychological Health. (2010).

Position statement : Definition of traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and*

*Rehabilitation*, 91(11), 1637-1640. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.05.017>

Meurin, B. (2018). De l'image du corps de Paul Schiller aux représentations corporelles d'André

Bullinger. In *La construction des représentations corporelles du bébé* (p. 41-60). érès.

<https://doi.org/10.3917/eres.absm.2018.01.0041>

Morin, C. (2013a). 1. Le schéma corporel. *Psychanalyse*, 19-37.

[https://shs.cairn.info/article/ERES\\_MORIN\\_2013\\_01\\_0019](https://shs.cairn.info/article/ERES_MORIN_2013_01_0019)

Morin, C. (2013b). 2. L'image du corps. *Psychanalyse*, 39-67.

[https://shs.cairn.info/article/ERES\\_MORIN\\_2013\\_01\\_0039](https://shs.cairn.info/article/ERES_MORIN_2013_01_0039)

Picq, C., & Pradat-Diehl, P. (2012). Approches médicale et neuropsychologique. *Le Journal des*

*psychologues*, 302(9), 18-23. <https://doi.org/10.3917/jdp.302.0018>

Pireyre, É. W. (2021a). Chapitre 11. L'effondrement et l'angoisse d'effondrement.

*Psychothérapies*, 3, 155-167. [https://shs-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/clinique-de-l-](https://shs-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-page-155)

[image-du-corps--9782100794911-page-155](https://shs-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-page-155)

Pireyre, É. W. (2021b). Chapitre 12. La continuité d'existence (ou subjectivité). *Psychothérapies*, 3,

171-179. [https://shs-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/clinique-de-l-image-du-corps--](https://shs-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-page-171)

[9782100794911-page-171](https://shs-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-page-171)

- Poinso, F. (2018). Corps en construction, corps en relation. In *La construction des représentations corporelles du bébé* (p. 25-40). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.absm.2018.01.0025>
- Ponton, G. (2012). *THERAPIE PSYCHOMOTRICE - et recherches—N°172/2012*.
- Ponton, G. (s.d). *Documentation de formation : Verticalité et petite enfance*. <https://webetab.ac-bordeaux.fr/Primaire/64/EPS64/partie%20privee/Formation%20interne/verticalit.pdf>
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Éres.
- Robert-Ouvray, S. B. (2020). *Psychomotricité du bébé : La construction des liens corps-esprit*. Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 161-199). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0161>
- Roos, C. (2008). Des chutes en abîme, une chute en cache une autre... *Champ psychosomatique*, 49(1), 95-112. <https://doi.org/10.3917/cpsy.049.0095>
- Royer, H. (2022). La fonction proprioceptive : Nouage sensori-moteur de l'intersubjectivité ? : Enjeux cliniques et soins proposés en psychomotricité. *La fonction proprioceptive*, 119-151. <https://doi.org/10.3917/eres.bulli.2022.01.0119>
- Smadja, C. (2012). Ferenczi, un précurseur de la psychosomatique contemporaine. *Revue française de psychosomatique*, 42(2), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rfps.042.0023>
- Vennat, T. (2019). Chapitre 14. Analyses psychomotrices. In *Autisme, corps et psychomotricité* (p. 99-103). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2019.01.0099>
- Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J., & Harrus-Révidi, G. (2011). *La relation parent-nourrisson*. Payot & Rivages.
- Pour reformulation : OpenAI. (2024). ChatGPT (Version 20 juin 2024) [Logiciel]. <https://openai.com/chatgpt>

## **Annexes**

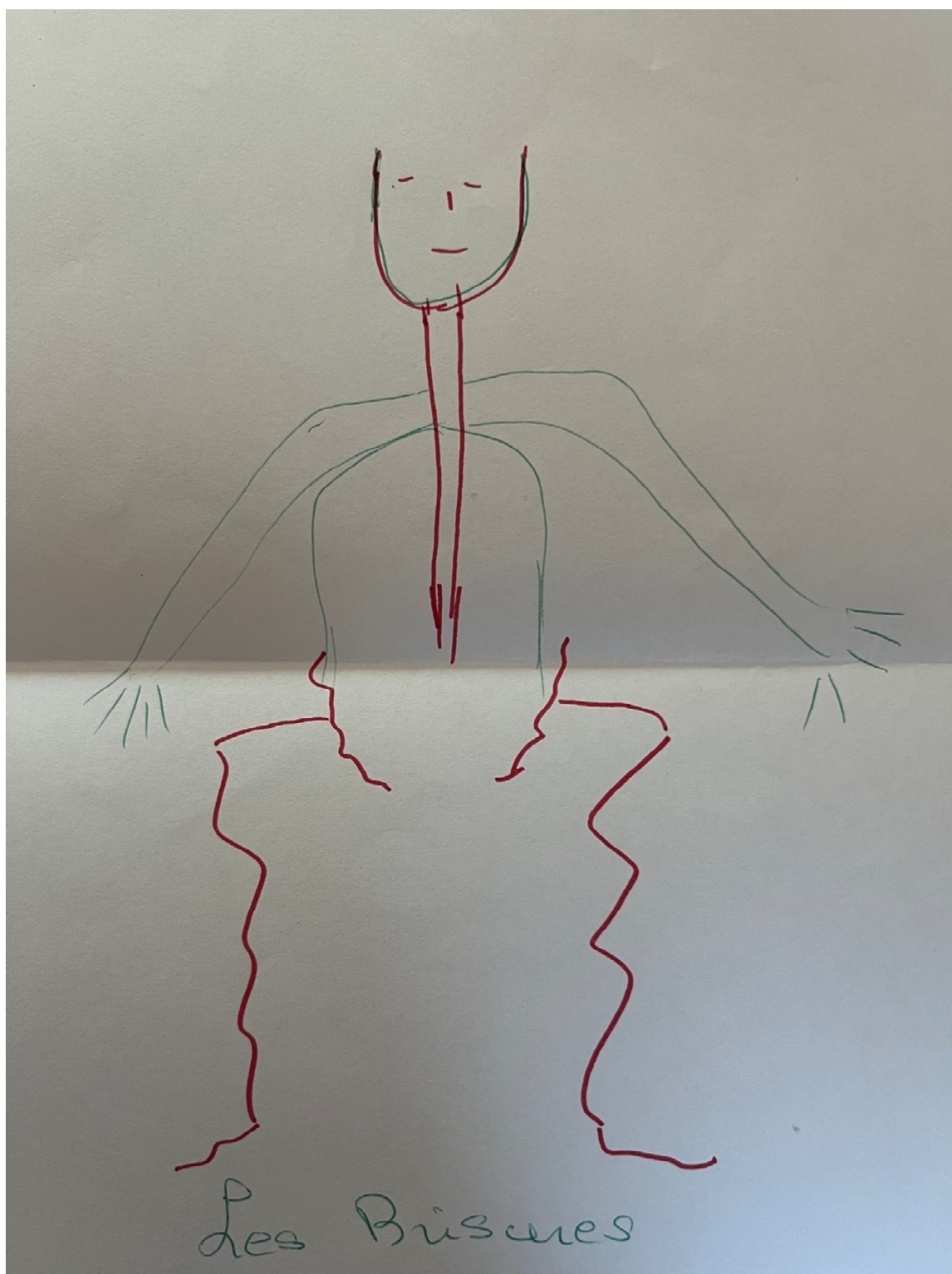
## **TABLES DES ANNEXES**

ANNEXE I : Dessin du corps de Mme. P, au début du suivi

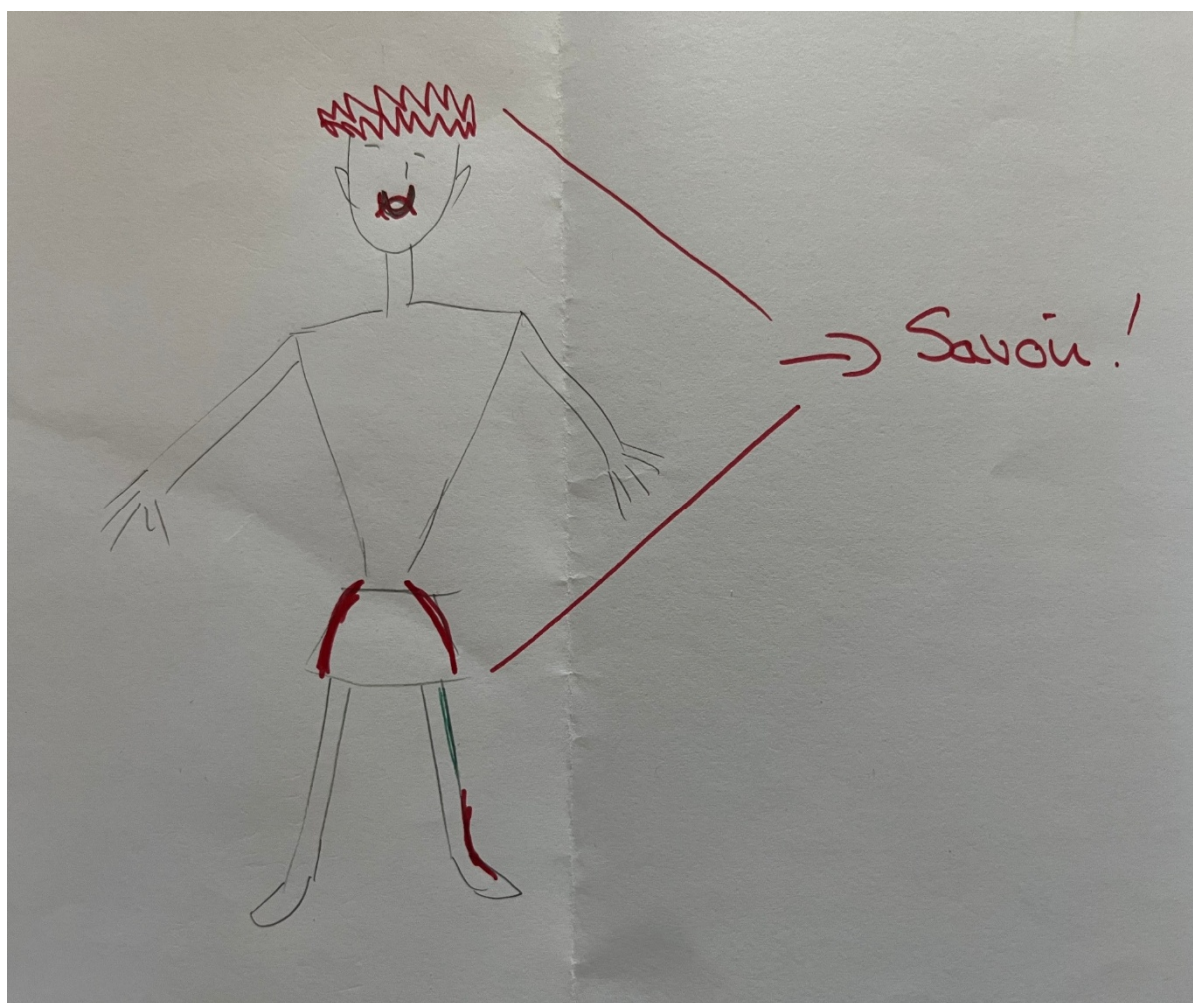
ANNEXE II : Dessin du corps de Mme. P, à la fin du suivi

ANNEXE III : Salle de psychomotricité

**ANNEXE I : Dessin du corps de Mme. P, au début du suivi**



**ANNEXE II : Dessin du corps de Mme. P, à la fin du suivi**





### ANNEXE III : Salle de psychomotricité



**SIGNATURE MAITRE DE MEMOIRE**

**Auteur : Maïlys PINAT**

**Titre :**

**En corps et en appui  
vers un remaniement des représentations corporelles**

**Mots - clés**

Représentations corporelles – Polytraumatisme – Appuis – Rééducation – Psychomotricité

Body representations – Polytrauma – Supports – Rehabilitation – Psychomotricity

**Résumé :**

Mme. P, 62 ans, est hospitalisée en service de Médecine Physique et de Réadaptation, suite à un grave accident de moto, au cours duquel son mari est décédé. Elle présente un polytraumatisme, combinant atteintes physiques et retentissement psychique, ce qui vient impacter brutalement son vécu corporel. Un désinvestissement marqué de son bas du corps, du bassin jusqu'aux pieds est observé, celui-ci étant perçu comme une zone fragile. L'enjeu central de la prise en charge psychomotrice réside donc dans l'accompagnement de Mme. P vers une réappropriation de son corps, à travers la reconstruction de nouveaux repères et un travail autour des appuis. Cette reconnexion corporelle a pour objectif de reconstruire un sentiment d'unité et de sécurité intérieure, condition essentielle pour favoriser le mouvement et regagner progressivement en autonomie. Je me questionne alors : En quoi un travail sur les appuis en psychomotricité permet-il un remaniement des représentations corporelles chez une patiente polytraumatisée ?

Ms. P, 62 years old, is hospitalized in the Physical Medicine and Rehabilitation service, following a serious motorcycle accident, during which her husband died. She has a polytrauma, combining physical damage and psychological impact, which brutally impacts her bodily experience. A marked disinvestment of her lower body from the pelvis to the feet is observed, this being perceived as a fragile part of the body. The central goal of psychomotor management therefore led in accompanying Ms. P towards a reappropriation of her body, through the reconstruction of new landmarks and work around supports. This bodily reconnection aims to rebuild a sense of unity and internal security, an essential condition for promoting movement and gradually regaining autonomy. So I have to ask myself : How does a work on the supports in psychomotricity allow a reworking of body representations in a polytraumatized patient ?