



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

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



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

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

Tout est une question d'équilibre

L'étayage du psychomotricien dans la recherche d'un nouvel équilibre
psychomoteur

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Charlotte TERNOY

Mai 2023 (Session 1)

N°1808

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

Tout est une question d'équilibre

L'étayage du psychomotricien dans la recherche d'un nouvel équilibre
psychomoteur

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Charlotte TERNOY

Mai 2023 (Session 1)

N°1808

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Didier REVEL

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
Doyenne **Pr. Carole BURILLON**

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Pierre COCHAT**

Secteur Sciences et Technologies

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

UFR Faculté des sciences
Directeur **Mr Bruno ANDRIOLETTI**

Département de Génie électrique et des
procédés
Administrateur provisoire
Mme Rosaria FERRIGNO

Département Informatique
Administrateur provisoire
Mr Behzad SHARIAT

Département Mécanique
Administrateur provisoire
Mr Marc BUFFAT

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

U.F.R. d'Odontologie
Directrice **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**

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 Christophe VITON**

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

Observatoire de Lyon
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

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 Alice GENOT

Coordinatrices des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne
Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

TABLES DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| LEXIQUE..... | |
| INTRODUCTION | 1 |
| PARTIE CLINIQUE | |
| 1. Description du cadre de l'intervention | 3 |
| 2. L'anamnèse de Mme K..... | 4 |
| 2.1. Présentation de Mme K..... | 4 |
| 2.2. Présentation de la vie de Mme K. avant son accident | 5 |
| 2.3. L'histoire de son accident..... | 5 |
| 2.4. Sa vie personnelle en France..... | 6 |
| 2.5. Son parcours de soins en France..... | 7 |
| 3. Ma rencontre avec Mme K..... | 9 |
| 4. Présentation d'extraits de séances | 14 |
| 4.1. Un corps mis à distance..... | 15 |
| 4.1.1. La nécessité d'un réajustement postural | 15 |
| 4.1.2. Une perte de confiance en son corps, lieu d'angoisses et de douleurs..... | 16 |
| 4.1.3. Une incapacité à écouter ses sensations pour s'y ajuster | 17 |
| 4.2. Un retour sensoriel | 19 |
| 4.2.1. L'expérimentation sensorielle..... | 19 |
| 4.2.2. Un plaisir sensoriel | 20 |
| 4.3. Les expérimentations motrices..... | 23 |
| 4.3.1. Le plaisir du déséquilibre..... | 23 |
| 4.3.2. La prise de conscience de ses capacités : « mon corps a réussi. »..... | 25 |
| 5. Fin de prise en charge : à corps ouvert | 28 |
| PARTIE THÉORIQUE | |
| 1. L'équilibre : une définition globale | 32 |
| 1.1. L'équilibre physiologique et sa structuration..... | 32 |
| 1.1.1. Lien entre la posture et l'équilibre..... | 32 |
| 1.1.2. Le contrôle de l'équilibre | 33 |
| 1.1.3. L'axe corporel : soutien de l'équilibre..... | 34 |
| 1.1.4. L'axe corporel : une définition psychomotrice | 35 |
| 2. La sensorialité et l'équilibre sensori-tonique | 36 |
| 2.1. L'équilibre sensori-tonique | 36 |
| 2.2. L'effet des flux sensoriels sur notre schéma corporel et notre image du corps..... | 38 |
| 3. Vers la découverte de l'équilibre | 39 |
| 3.1. Le développement psychomoteur | 39 |
| 3.1.1. L'enroulement..... | 40 |
| 3.1.2. Les rotations..... | 41 |
| 3.1.3. Le jeu des transferts..... | 41 |
| 3.1.4. À la découverte du monde..... | 41 |
| 3.1.5. L'acquisition de la station debout | 42 |

| | | |
|--------------------------------------|--|----|
| 3.1.6. | La maîtrise de la marche | 42 |
| 3.1.7. | S'ériger en tant que sujet..... | 43 |
| 3.2. | Le tonus et le dialogue tonique..... | 43 |
| 3.3. | Prendre appui..... | 47 |
| 4. | Un trouble de l'équilibre d'apparition brutale..... | 47 |
| 4.1. | Une désorganisation psychocorporelle..... | 47 |
| 4.1.1. | Le corps en relation..... | 47 |
| 4.1.2. | Passage d'un corps à son corps..... | 48 |
| 4.2. | Un accident neurologique : source d'altération des repères corporels | 50 |
| 4.2.1. | Le rôle du psychomotricien auprès de patients atteints de pathologies neurologiques | 50 |
| 4.2.2. | Un choc corporel, un bouleversement identitaire..... | 50 |
| 4.2.3. | Le deuil nécessaire à un réinvestissement de soi | 51 |
| PARTIE THÉORICO-CLINIQUE..... | | |
| 1. | Quand l'équilibre est rompu | 54 |
| 1.1. | Un déséquilibre physique : un remaniement du schéma corporel et de l'image du corps . | 54 |
| 1.1.1. | La chute, un bouleversement physique et psychique..... | 54 |
| 1.1.2. | Un accident médullaire : une lésion de l'axe | 55 |
| 1.1.3. | L'incontinence, un silence masquant l'humiliation ?..... | 55 |
| 1.1.4. | La douleur : source angoissante de désinvestissement corporel | 56 |
| 1.2. | Un déséquilibre psychique, source d'un remaniement identitaire | 57 |
| 1.2.1. | Le corps : un lieu de traumatismes douloureux..... | 57 |
| 1.2.2. | L'impact de la culture sur la représentation du corps | 57 |
| 1.2.3. | Une succession de ruptures et de pertes..... | 58 |
| 1.3. | Une désorganisation psychocorporelle : oubli du corps et perte de repères..... | 59 |
| 1.3.1. | Un corps, une machine cassée | 59 |
| 1.3.2. | Exister par son propre corps | 59 |
| 2. | Vers une réappropriation de son corps | 61 |
| 2.1. | La sensorialité pour cheminer vers un meilleur ancrage et une accessibilité à ses affects. | 61 |
| 2.1.1. | Porter une attention à son corps dans un travail sensoriel | 61 |
| 2.1.2. | Créer de la continuité grâce à la sensorialité | 62 |
| 2.1.3. | L'impact de la sensorialité sur la posture..... | 62 |
| 2.2. | Des expérimentations corporelles pour favoriser un équilibre psychomoteur..... | 63 |
| 2.2.1. | Un corps raide, une pensée figée, un lien psychocorporel douloureux | 63 |
| 2.2.2. | Un besoin de stimulation et de contenance | 64 |
| 2.2.3. | Redécouvrir son corps dans le mouvement..... | 65 |
| 2.3. | Acceptation de son corps, de ses capacités et de ses limites | 65 |
| 2.3.1. | Un travail de deuil : la phase de dénégation..... | 65 |
| 2.3.2. | Un travail de deuil : la phase de marchandage..... | 66 |
| 2.3.3. | La psychomotricité et l'accompagnement dans l'étape du deuil | 68 |
| 3. | Prendre appui pour exister | 69 |
| 3.1. | Rôle du soignant et de l'institution | 69 |
| 3.1.1. | La place de la psychomotricité en service de médecine physique et de réadaptation | 69 |
| 3.1.2. | Le dialogue tonique du soignant-soigné | 70 |

| | |
|--|----|
| 3.1.3. Le psychomotricien : un appui pour accéder à ses ressentis et ses émotions..... | 72 |
| 3.2. Prendre appui sur son corps, sur ses jambes, sur son axe..... | 74 |
| 3.3. Donner son poids pour s'affirmer | 76 |
| CONCLUSION | 78 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | |
| TABLE DES ANNEXES | 80 |

LEXIQUE

APA : Activité Physique Adaptée

HAS : Haute Autorité de Santé

Lésion incomplète : « une lésion est dite incomplète s'il existe une fonction motrice ou sensitive sous le niveau neurologique lésée qui persiste dans son fonctionnement. La paralysie ne touche pas tous les territoires sensitivo-moteurs. » (Neurodiem, 2023)

Ischémique médullaire : « cause rare d'atteinte médullaire aiguë, d'installation rapide (< 12 heures), le plus souvent liée à une atteinte de l'artère spinale antérieure. » (Januel, 2022)

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

RESC : Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée ; « technique inspirée des médecines traditionnelles chinoises consistant à soutenir et à accompagner les traitements conventionnels mis en place notamment pour atténuer toutes composantes de la douleur et les problématiques liées au transit intestinal. Elle repose sur des bases théoriques d'océanographie, en divulguant des propagations d'ondes de sons dans les liquides du corps. Elle se pratique sur au moins deux points du corps, avec un toucher très léger visant à rétablir la « fluidité énergétique ». » (Institut de formation de la RESC, 2022)

INTRODUCTION

Au cours de mes trois années d'études, j'ai découvert la psychomotricité auprès de patients de tous âges, de profils variés et riches, de symptômes et pathologies divers, attisant toute ma curiosité et mes interrogations. À travers mes expériences, j'ai rencontré autant de patients que de manière d'investir et de s'approprier son corps : corps oublié, corps surinvesti, corps négligé, corps admiré, corps limité, corps sans limite... Alors, comment investir un corps bouleversé par la maladie ? Comment vivre avec son corps, aux repères si chamboulés et au fonctionnement parfois à réinventer ?

En début de troisième et dernière année de formation, je débute mon stage en service de médecine physique et de réadaptation, accueillant des adultes atteints de troubles neurologiques. Le corps est au centre des prises en charge, avec un objectif de récupération pour acquérir une meilleure autonomie. À travers un corps à « rééduquer », à « réadapter », qu'en est-il de l'investissement du patient envers son propre corps ? L'intervention du psychomotricien a ainsi tout son rôle à jouer. Effectivement, en prenant en compte la personne dans sa globalité, il tente de trouver l'équilibre entre fonctionnalité et identité, afin que le patient se reconnaisse dans ce corps qui est le sien.

En rencontrant des patients quelques jours après une poussée de sclérose en plaques, quelques mois après la survenue d'un accident vasculaire cérébral, quelques années de lutte contre une tumeur cérébrale, la même question se pose : comment ces patients se vivent-ils dans leur corps ?

Lorsque je rencontre Mme K. en début de stage, je suis encore dans la découverte du fonctionnement du service, dans la stupéfaction de rencontrer autant de profils et de pathologies différentes. Encore jeune stagiaire, elle est la première patiente avec qui je peux organiser des séances. En devenant active dans son suivi, je m'intéresse à sa façon d'être également actrice dans sa propre prise en charge, au regard de ses déficits et de sa manière de s'approprier son corps, source de douleurs et de déséquilibres. À partir de mes observations durant les six séances à ses côtés, je me suis interrogée sur la manière d'étayer Mme K. dans son investissement corporel : **comment l'accompagnement psychomoteur offre-t-il des appuis pour préserver l'équilibre chez une patiente adulte ?**

Pour témoigner de mon évolution en cette dernière année de formation et de mon cheminement durant l'écriture de ce mémoire, je vous présenterai, dans une première partie clinique, Mme K., âgée de 41 ans, atteinte d'une lésion de la moelle épinière, en vous partageant son histoire de vie, son parcours de soins et son suivi en psychomotricité au côté de ma maître de stage et de moi-même.

Ensuite, dans une seconde partie, je développerai des fondements théoriques pour définir l'équilibre sous toutes ses coutures, en le mettant en relation avec la sensorialité, les appuis et l'importance de l'environnement dans sa structuration.

Enfin, dans une dernière partie, j'apporterai des liens théorico-cliniques qui m'ont permis de mieux comprendre comment, à partir de mon suivi avec Mme K. et de mes observations, le psychomotricien devient-il un soutien, un véritable appui pour accompagner le patient à retrouver un équilibre psychomoteur, tant fonctionnel que psychique.

PARTIE CLINIQUE

1. Description du cadre de l'intervention

J'effectue mon stage au sein d'un hôpital spécialisé en médecine physique et de réadaptation (MPR). Ce centre de rééducation neurologique accueille des patients atteints de pathologies d'origine oncologique, inflammatoire, infectieuse, accidentelle ou neurodégénérative, qui altèrent le système nerveux. La prise en charge de ces symptômes est globale et pluriprofessionnelle. Il regroupe une grande équipe pluridisciplinaire composée de médecins spécialisés en MPR, d'aides-soignants, d'infirmiers, d'assistants sociaux, de psychologues, de moniteurs d'Activité Physique Adaptée (APA) et de professionnels rééducateurs : psychomotriciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et orthoptistes. L'ensemble des professionnels travaillent en collaboration afin de construire un projet de rééducation adapté à chaque patient. La récupération de l'autonomie et l'amélioration de la qualité de vie sont centrales dans cette élaboration. Pour suivre l'évolution du patient au cours de son hospitalisation, des synthèses et des réunions d'équipe sont programmées afin que chaque professionnel partage ses observations, en fonction de sa spécificité.

L'hôpital dispose d'une capacité d'environ 200 lits d'hospitalisation. Plusieurs types de séjours sont proposés, afin de s'adapter au mieux aux besoins des patients : des programmes de rééducation dans les suites d'une affection aiguë, des évaluations pluridisciplinaires ainsi que des reprises de rééducation dans le cadre d'une perte d'autonomie ou de difficultés ciblées. Les patients sont accueillis en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine ou de jour selon leurs besoins, durant environ six semaines. Le patient rentre ensuite à domicile ou est dirigé vers des structures plus adaptées. Dans le cas des maladies chroniques, les hospitalisations peuvent être reconduites pour suivre le patient dans son évolution et pour adapter les traitements.

Au sein de mon lieu de stage, il y a six psychomotriciens présents dans la structure. Les prises en charge en psychomotricité font suite à une demande de bilans et de séances par une prescription du médecin, en début d'hospitalisation du patient. Les indications les plus fréquentes sont des perturbations de l'image du corps et du schéma corporel, des difficultés d'équilibre et de la marche ainsi que des troubles de la régulation tonico-émotionnelle et de l'inhibition psychomotrice. Les suivis psychomoteurs se construisent autour de séances individuelles et/ou

des séances en groupe. La constitution de ces groupes est très variable en fonction des progrès et durées de séjours d'hospitalisation des patients.

2. L'anamnèse de Mme K.

Lors de mon stage dans cette structure, je rencontre Mme K., la patiente qui deviendra le sujet de mon mémoire. D'origine guinéenne, elle est âgée de 41 ans et est atteinte d'une lésion de la moelle épinière depuis 2014. Je fais sa connaissance lors de son quatrième séjour en hôpital de jour. D'après le dossier médical, l'objectif de sa venue est une demande de « intensification de sa rééducation en conséquence de sa paraplégie ». Présente pour une durée de 6 semaines, elle est suivie en psychomotricité, en kinésithérapie, en APA et en psychologie. Je l'accompagne, au côté de ma maître de stage, du mois d'octobre à novembre 2022.

Les informations retranscrites dans ces sous-parties sont issues du dossier de Mme K. et de mes questionnements lors d'un entretien mené en fin de prise en charge avec la patiente. Son histoire de vie et l'ensemble de son parcours médical restent assez discordants et flous malgré les précisions données par la patiente. De plus, lorsque Mme K. n'est pas hospitalisée, le service ne parvient pas à la joindre. D'elle-même, elle revient les mobiliser pour demander éventuellement un nouveau séjour. Ainsi, j'ai peu d'informations concrètes sur ses activités en dehors du service hospitalier et avant son arrivée en France. Pour éclaircir le profil et l'histoire de Mme K., j'ai tenté de récolter davantage d'éléments lors d'entretiens avec d'autres professionnelles qui la suivaient telles que l'assistance sociale, la psychologue et une kinésithérapeute pratiquant une technique de Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée (RESC).

2.1. Présentation de Mme K.

Mme K. est une femme âgée de 41 ans, ayant été victime d'un accident ischémique médullaire en 2014 : sa moelle épinière est partiellement lésée à hauteur de la septième vertèbre thoracique, due à une diminution ou un arrêt de la circulation artérielle à ce niveau de la colonne vertébrale. En répercussion, elle devient paraplégique incomplète, avec un déficit sensitivo-moteur plus conséquent sur son hémicorps gauche. Concernant ses capacités motrices, Mme K. est en difficulté pour mobiliser et pour contrôler les mouvements de sa jambe gauche. Aujourd'hui, elle parvient à marcher à l'aide d'un déambulateur à quatre roues et porte une attelle afin de pallier le déficit du muscle releveur du pied gauche. Mme K. présente une spasticité importante, traitée par des injections de toxines botuliques. De plus, au niveau sensitif, elle a une

hypoesthésie bilatérale, c'est-à-dire que sa sensibilité superficielle et profonde sont amoindries sur l'ensemble de son corps. Elle ressent également des douleurs neuropathiques chroniques intenses, exprimées par des sensations de brûlures permanentes partant de sa poitrine jusqu'à ses orteils. Ces douleurs impactent d'autant plus ses capacités sensibles et motrices, notamment au niveau de son membre inférieur gauche, provoquant régulièrement des chutes à domicile. À la suite de son accident, Mme K. souffre également de troubles vésico-sphinctériens qui induisent des fuites urinaires quotidiennes. Ainsi, elle s'auto-sonde durant la nuit et porte des protections urinaires en journée.

2.2. Présentation de la vie de Mme K. avant son accident

Mme K. est une femme ayant la double nationalité guinéenne et anglaise. Vivant auparavant dans un village guinéen, elle arrive en France en 2019 pour une rééducation fonctionnelle et une prise en charge en urologie, consécutives à son accident médullaire en 2014.

Concernant sa famille, Mme K. a une fille, âgée de 22 ans, qui vit actuellement chez son ex-conjoint, habitant toujours en Afrique. Elle est séparée de ce dernier depuis 2013 car « il contrôlait tout et pouvait devenir violent », d'après les explications de la patiente. Elle vivait alors avec sa mère et sa fille, dans une maison. Son père est décédé ; je n'ai pas connaissance de l'année du décès.

Avant son accident, Mme K. ne travaillait pas mais elle était très active et faisait beaucoup de bénévolat. Elle se décrit comme une personne très sociable et bien entourée de ses amies, avec qui elle pratiquait le tennis et la natation. Elle se dit également très proche de sa famille et notamment de sa fille, pour qui elle porte une grande affection. Sa fille est venue en France durant un mois, en juillet 2022. Auparavant, la patiente ne l'avait pas vue depuis le début de sa rééducation. Aujourd'hui, elles communiquent principalement grâce aux réseaux sociaux.

2.3. L'histoire de son accident

Son accident se produit en 2014, après avoir emmené sa fille à l'école, alors âgée de 14 ans. Mme K. est seule chez elle. En appel avec une amie, elle ressent soudainement une forte douleur dans le haut du dos. Sous les conseils de son amie, Mme K. se rend aux urgences, situées dans la capitale guinéenne.

Face aux douleurs de plus en plus intenses et à leur globalisation sur l'ensemble du corps, Mme K. est hospitalisée. Elle se retrouve paralysée de tout son corps en moins de quatre heures. Elle explique que les médecins ne comprennent ni l'origine de ses douleurs, ni l'origine de cette paralysie. Par manque de moyens, il n'y a pas d'imagerie médicale réalisée sur place. Mme K. explique que les médecins ne savaient pas comment la prendre en charge. Ils disaient qu'elle « était foutue », qu'elle allait mourir. Elle reste dans cet hôpital quelques semaines avant de retourner chez elle, alitée durant plusieurs mois.

Pour prendre en charge sa paralysie et ses douleurs conséquentes, Mme K. nous raconte s'être rendue aux États-Unis, avec l'aide des cotisations financières de son village et de sa famille. Lors de son arrivée, un médecin décide de la prendre « gracieusement » en charge, sans contribution financière, d'après les dires de Mme K. Cette opportunité lui permet de débiter sa rééducation en 2015, c'est-à-dire un an après son accident. Mme K. développe peu d'informations sur sa prise en charge durant cette période. Elle m'indique simplement être restée dans ce centre durant un an pour « reprendre des forces et retrouver le courage de se battre » contre ses douleurs et ses déficits sensitivo-moteurs. Durant cette période, Mme K. se déplace en fauteuil roulant. Je n'ai pas pu obtenir plus de détails.

Elle retourne en Guinée en 2016 à cause de soucis financiers et de l'éloignement trop important avec sa famille. Elle séjourne dans ce pays durant trois ans. Face à l'augmentation de ses douleurs et une absence de prise en charge adaptée, cela entraîne un déménagement en France, en 2019, pour poursuivre sa rééducation.

2.4. Sa vie personnelle en France

En discutant avec l'assistance sociale de l'établissement, j'apprends que Mme K. est actuellement en situation irrégulière sur le territoire français. Elle touche seulement l'aide médicale de l'État, donnant la possibilité aux personnes étrangères de bénéficier d'un accès aux soins. Sa double nationalité lui permet de disposer d'une situation régulière en France durant seulement trois mois. Vivant depuis quatre ans en France, elle est considérée comme une habitante européenne inactive. Elle a donc seulement le droit de circuler sur le territoire français. Elle ne peut pas bénéficier d'un titre de séjour pour étranger malade à cause de cette double nationalité. Ainsi, elle n'a pas accès à l'Assurance Maladie et n'a pas de droits sociaux (allocations, pensions...). En conséquence, il n'est pas possible pour Mme K. de créer un dossier à la Maison

Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ni de demander l'asile au gouvernement français. L'assistance sociale décrit la situation de Mme K. comme une impasse administrative. La patiente vit alors dans une certaine précarité, en s'appuyant sur les ressources financières transmises par sa famille et son village. Elle évoque une crainte quotidienne d'être expulsée en Guinée ou en Angleterre.

Il est écrit dans son dossier que Mme K. change régulièrement de lieu de vie depuis son arrivée en France. Elle loge parfois dans des hôtels ou bien réside chez des amis. Ses lieux d'habitation peuvent varier en fonction des séjours, et entre le début de suivi et l'entretien de fin d'hospitalisation. Actuellement, elle m'indique vivre chez une amie, ancienne aide-soignante, rencontrée lors de son premier séjour dans une unité de neuro-urologie. Par ailleurs, Mme K. nomme le service de médecine physique et de réadaptation comme « sa deuxième maison ».

En-dehors des lieux d'hospitalisation, Mme K. ne dévoile pas explicitement les activités qu'elle entreprend au quotidien. Elle m'indique simplement effectuer de façon hebdomadaire des exercices de rééducation à l'aide d'un élastique et de quelques balles, à domicile. Elle sort très peu de l'appartement ou seulement par obligation, quand ses douleurs le lui permettent ou lorsqu'elle a des rendez-vous médicaux. Séjournant chez son amie, elle ne considère pas ce domicile comme le sien. Par conséquent, elle ne « s'occupe pas de la maison », sous-entendant les tâches ménagères et la cuisine. Elle reste souvent, longuement assise sur une chaise, à ne penser à « rien ». Elle dit « s'ennuyer ». Ses seules activités sont donc focalisées sur sa rééducation avec ses exercices réalisés à domicile ou lors de la programmation de rendez-vous médicaux ou de séjours d'hospitalisation.

2.5. Son parcours de soins en France

Arrivée en France en 2019, le parcours de soins de Mme K. débute tout d'abord par une prise en charge dans un service de neuro-urologie. Des traitements médicamenteux et non-médicamenteux lui sont proposés pour réduire ses troubles vésico-sphinctériens. Dans ce service, elle débute son suivi en RESC. Néanmoins, le médecin de cette unité ainsi que la professionnelle exerçant cette technique observent un besoin de séances plus régulières pour une meilleure efficacité chez cette patiente, avec une nécessité de prise en charge en rééducation plus intensive. En parallèle de ses suivis dans l'unité de neuro-urologie, Mme K. est orientée dans le service de médecine physique et de réadaptation neurologique où j'effectue actuellement mon

stage. Simultanément, elle débute également un suivi dans un centre anti-douleur, afin de réajuster ses traitements pour ses douleurs neuropathiques.

En parallèle de ses consultations en neuro-urologie et au centre anti-douleur, Mme K. débute donc sa rééducation en 2020, en hôpital de jour, durant six semaines. Elle réalise par la suite deux autres séjours selon les mêmes modalités. Lors de ses trois hospitalisations, elle est prise en charge en kinésithérapie et en APA pour travailler ses déficits fonctionnels notamment au niveau de son équilibre et de sa marche. Elle effectue également des séances de RESC, toujours accompagnée par la même professionnelle, pour tenter de diminuer l'intensité de ses douleurs neuropathiques. Elle est également suivie en psychologie. Des séances en psychomotricité sont prescrites à partir de son deuxième séjour, en 2021, avec des séances individuelles et une participation à un groupe de relaxation. Durant ses deux derniers séjours, Mme K. est suivie par la même psychomotricienne, qui est actuellement ma maître de stage. Les objectifs étaient de l'amener vers un réinvestissement de son corps et une prise de confiance en ses capacités. Durant ces trois séjours, Mme K. est décrite comme une patiente investie dans son soin, volontaire et ouverte aux propositions et aux conseils. Elle effectue de nombreux progrès au niveau moteur : à chaque séjour, elle progresse davantage.

Je rencontre Mme K. lors de son quatrième séjour dans ce service, en hôpital de jour, pour une durée de six semaines, d'octobre à novembre 2022. Présente trois jours par semaine dans le service, Mme K. se rend à l'hôpital en taxi. Pour ce séjour, elle est prise en charge en kinésithérapie pour continuer à travailler sa marche et améliorer son équilibre, en APA pour du renforcement musculaire en s'exerçant à la boxe et en RESC pour parvenir à une diminution de ses douleurs. De surcroît, elle bénéficie d'un suivi psychologique pour travailler sur l'acceptation de ses limites et de ses déficits tout en lui permettant d'exprimer ses angoisses.

En psychomotricité, les modalités de sa prise en charge s'élaborent autour d'un suivi d'une séance individuelle par semaine, c'est-à-dire un total de six séances durant son séjour, de 45 minutes. La première et la dernière séance s'organisent autour d'un entretien de début de prise en charge et d'un bilan de fin de séjour, pour discuter et observer les évolutions avec la patiente. En parallèle de son suivi individuel, Mme K. participe à un groupe de conscience corporelle et à un groupe de relaxation. Pour ma part, je la rencontre au cours de son suivi en individuel, que je mènerai de manière autonome au fil de sa prise en charge. Les psychomotriciens qui la suivent en groupe ont

pu faire les mêmes observations que ma maître de stage et moi, sur l'investissement et l'engagement de Mme K malgré les différentes modalités.

Pour les séances en individuel et en groupe, les objectifs de ses prises en charge en psychomotricité sont de :

- Parvenir à une meilleure conscience et confiance en son équilibre postural et dynamique
- Apprendre à moduler ses efforts, à écouter et à comprendre les limites de son corps pour parvenir à mieux gérer ses douleurs au quotidien

L'ensemble de ces objectifs permettront également de travailler son appréhension à la chute, une attention et une écoute plus fines de ses ressentis corporels ainsi qu'un soutien dans ses mises en mouvement pour favoriser l'émergence d'un plaisir à se mouvoir.

3. Ma rencontre avec Mme K.

Lors de son quatrième séjour, Mme K. débute sa prise en charge en psychomotricité par un entretien individuel, avec ma maître de stage et moi-même, afin de discuter de cette nouvelle hospitalisation et de fixer les objectifs du suivi.

Avant de commencer cet entretien, ma maître de stage et moi préparons la salle. Pour ranger du matériel, je traverse le couloir et croise une femme assise sur un banc. Elle me salue d'un grand sourire. Je croise alors son regard si bienveillant et chaleureux. Après avoir déposé mon matériel, je marche une nouvelle fois dans le couloir et rencontre une seconde fois cette femme. Dans une sorte d'automatisme, je la salue de plus belle, avant de prendre conscience que nous venions de nous croiser quelques minutes plus tôt. Nous nous regardons de nouveau, moi confuse et elle, amusée. Nous échangeons un petit rire, moi gênée et elle, complice.

En retrouvant ma maître de stage, nous discutons de la prochaine patiente, Mme K., que nous allons rencontrer. Elle me présente cette femme comme une patiente qu'elle connaît depuis plusieurs séjours et qui a bien récupéré des séquelles de son accident : lorsqu'elle est arrivée dans cette unité, Mme K. ne marchait pas et avait une grande appréhension à se verticaliser. Aujourd'hui, elle se déplace assez aisément avec un déambulateur à quatre roues.

Nous sortons de la salle pour accueillir et, pour ma part, rencontrer cette nouvelle patiente. En traversant le couloir, nous nous rapprochons au fur et à mesure de cette femme que je venais de croiser en amont. Soudain, ma maître de stage la salue et la nomme « Mme K. ». Cette femme

que je venais de rencontrer est donc la patiente dont nous venions de parler. Cette dernière me regarde et me salue à son tour, comme si rien ne s'était passé. Cependant, ses yeux brillants sont très expressifs. Je comprends alors qu'elle est bien consciente et surtout amusée de la situation. À la suite de ces salutations, elle se lève du banc en prenant appui sur son déambulateur et suit ma maître de stage jusqu'à la salle de psychomotricité. Je me tiens alors en arrière du binôme. Mme K. est une grande femme, d'une corpulence moyenne, mate de peau. Elle porte un foulard coloré qui couvre l'intégralité de ses cheveux. Ses vêtements sont larges, avec des motifs africains verts, jaunes et bordeaux. Je la trouve élégante, vêtue de cette multitude de couleurs. Dans sa démarche, j'observe un léger fauchage au niveau de sa jambe gauche. Son polygone de sustentation est légèrement élargi. Cela ne l'empêche pas de marcher à une bonne allure. Elle semble compenser en transférant beaucoup de poids sur son hémicorps droit : j'observe que son bras droit est plus raide et son épaule droite est plus haute. Quant à son hémicorps gauche, il semble entraîné par cet hémicorps droit, créant une certaine asymétrie dans son déplacement. Son regard est porté vers ses pieds et, globalement, sa posture est voûtée vers l'avant.

Nous entrons dans la salle : Mme K. s'installe en face de ma maître de stage, séparées par une table. J'observe qu'elle prend fortement appui sur les accoudoirs afin de s'asseoir. Son action est ralentie, marquant une certaine raideur et des gestes mécaniques pour parvenir à déposer son poids sur la chaise. Je m'installe au bout de cette table, me retrouvant ainsi en diagonale des deux femmes. Mme K. entreprend la conversation en déclarant qu'elle est ravie de revoir ma maître de stage, avec un grand sourire. Je découvre un accent prononcé et une voix plutôt rauque. Au contraire de certains patients rencontrés qui exprimaient une lassitude des soins et une appréhension due à leur hospitalisation, Mme K. semble plutôt enthousiaste de débiter ce nouveau séjour. Cela me questionne spontanément sur la vision qu'elle porte sur les soins.

L'entretien débute. Au cours de la discussion et des questionnements de ma maître de stage, je découvre le parcours de vie de Mme K. : d'origine africaine, elle a dû quitter son pays pour venir effectuer sa rééducation. Elle a donc « abandonné sa vie et sa fille » d'après ses mots, restée au village. Par la suite, ma maître de stage tente de l'interroger sur son quotidien. J'ai l'impression que Mme K. fuit ses questionnements en répondant vaguement. Il y a peu d'émotions qui émanent de son visage, son regard est plongé dans celui de ma maître de stage. Mme K. est peu précise dans ses réponses, très confuse et désorganisée dans ses idées. Elle évoque des événements de manière non-chronologique où le lien m'échappe de nombreuses fois. J'ai

l'impression que ma maître de stage doit se montrer très contenante pour que Mme K. puisse réussir à parler d'elle, de son quotidien et de son histoire.

Au fil de la conversation, je comprends que cette femme est plutôt isolée socialement, qu'elle sort peu de chez elle et qu'elle n'a pas vraiment de connaissances en France. Elle a peu de moyens, semble avoir un mode vie assez précaire et change régulièrement de lieu de vie. Elle reste vague sur ses fréquentations et sur ses activités de la vie quotidienne. Elle ne développe pas ses réponses et j'observe que ma maître de stage ne cherche pas à obtenir davantage de précisions. J'émet ainsi l'hypothèse que cette absence de réponse de la part de Mme K. évoque une gêne de parler d'elle et de son mode de vie précaire.

Depuis le début de l'entretien, Mme K. porte toujours un sourire imperturbable. Son corps apparaît se fondre dans l'assise. Seule sa tête reste haute. La tenue de son axe semble donc n'être possible qu'à travers son cou allongé qui maintient cette tête droite. Lorsque que Mme K. s'exprime, elle agite également ses deux mains dans tous les sens, effectuant de grands gestes, occupant tout l'espace. Seules ces dernières sont mobiles, face à ce corps immobile. Est-ce sa manière habituelle de s'exprimer par ses mouvements de mains ou témoignent-ils de réactions de prestance face à cette discussion où elle est le sujet principal ? Je n'ose pas intervenir dans la discussion, malgré les regards de Mme K. dans ma direction. Elle m'inclut dans la conversation et pourtant, je n'ose pas participer. Je crains de poser des questions maladroites qui pourraient mettre la patiente en difficulté ou mal à l'aise. Je suis en position d'observatrice et me montre très attentive au corps de la patiente, à ses moindres gestes qui pourraient m'aider à comprendre l'état de Mme K., au-delà de ses mots.

Ma maître de stage continue l'entretien en proposant à Mme K. l'épreuve du dessin du bonhomme. La consigne est de représenter une personne la plus détaillée possible, qui la représente. Cet exercice permet ainsi d'observer comment le patient se représente, l'image qu'elle a d'elle-même et de son corps, tout en s'intéressant à la connaissance et la structuration de son schéma corporel. Cette épreuve non cotée participe à l'évaluation psychomotrice de la patiente, apportant de nombreuses informations sur son organisation. Mme K. effectue cette tâche qu'elle connaît bien. Elle se saisit d'un feutre noir de sa main droite. J'observe qu'elle a du mal à commencer cette activité : elle fronce les sourcils et agite son stylo dans les airs. Après quelques minutes de réflexion, elle débute son dessin en commençant par tracer le contour de sa tête (Annexe I). Un geste légèrement impulsif, induit par un spasme au niveau de son bras droit,

crée ce trou présent sur un des côtés. En arrivant au niveau de son cou, Mme K. continue son trait en dessinant son tronc, puis ses bras et enfin ses jambes et ses pieds. Je suis assez stupéfaite de son dessin. En effet, Mme K. n'a pas réellement reproduit de tronc. Son bonhomme ne semble pas avoir de corps. De plus, ses jambes me font penser à des pattes de volatiles. Ses pieds sont seulement représentés par trois orteils de chaque côté. Cela me renvoie une image assez fragile d'un corps instable, peu ancré, peu construit, avec des limites corporelles floues. Je me questionne alors sur la perception de son propre corps : ressent-elle également ce sentiment de fragilité, d'instabilité, qui provoque ainsi un manque de confiance et conscience de ses limites corporelles ? L'image du corps de Mme K. apparaît perturbée par ses déficits, en lien sûrement avec ses douleurs neuropathiques qui bouleversent de plus belle ses sensations et ses représentations corporelles. De plus, je m'interroge sur l'organisation du schéma corporel de Mme K. Sur son dessin, les différentes parties du corps sont bien placées mais peu précises et construites. Elles semblent également peu attachées entre elles, témoignant d'un corps en manque de lien. En questionnant Mme K. sur son dessin, elle n'a pas la capacité de le commenter. Elle l'observe et hausse des épaules, sans en dire un mot.

À la suite de ce dessin, ma maître de stage profite de ce support visuel pour questionner Mme K. sur ses douleurs, afin que cette dernière puisse concrètement les localiser. Elle l'interroge sur leurs intensités et leurs impacts au quotidien, évoquant la gêne exprimée lors du précédent séjour. Mme K. lève les yeux au ciel comme pour réfléchir aux mots qu'elle va employer. J'observe alors son dos se décoller du dossier et un recrutement tonique se déployer au travers de son axe. Elle finit par exprimer que ses douleurs conservent toujours une place très importante dans « sa tête », qu'elles ne cessent d'augmenter corporellement et la contraignent dans sa vie quotidienne. En disant cela, elle tape sa cuisse gauche à l'aide de sa main droite assez violemment. Je suis surprise par cette mise en mouvement brutale. En parallèle, je me questionne sur la sensibilité qu'elle a sur ce membre. La force déployée est-elle un moyen de sentir cette jambe ou exprime-t-elle un mal-être provoqué par la douleur de celle-ci ? De plus, je reste perturbée par le sourire de Mme K., toujours présent malgré l'expression de son mal-être. Néanmoins, je remarque qu'il est différent de celui de notre rencontre. Actuellement, il me est davantage figé, moins naturel et expressif. Ses yeux ne l'accompagnent pas ; ils ne brillent plus. Son visage semble s'être fermé, et physiquement, je remarque que son corps se replie sur lui-même : ses épaules s'enroulent, elle joint ses mains au niveau de son ventre et baisse légèrement la tête, son regard en direction de ces dernières. La douleur semble prendre une place prépondérante tant dans la discussion que dans sa vie quotidienne. Je me surprends à être

perdue dans mes pensées, à imaginer le vécu corporel qui doit être insupportable face à ces douleurs quotidiennes, habituelles mais incontrôlables : pouvons-nous réellement s'habituer à la douleur ? Son état thymique paraît impacté. La présence constante de ce sourire témoigne-t-il d'une éventuelle réaction de défense, omettant ainsi toute son authenticité ?

Ma maître de stage évoque les conseils donnés à Mme K. lors de son dernier séjour pour travailler sur cette gestion de la douleur : aller marcher au moins une fois par jour, prendre soin de soi et de son corps à l'aide de massages. Ces recommandations semblent être des moyens pour que la patiente puisse se décentrer psychiquement de ses douleurs et mobiliser autrement son corps. Mme K. avait acquiescé et adopté ces outils d'après les retours de ma maître de stage. Cependant, elle explique qu'elle n'a pas pu les conserver sur le long terme. Bien que Mme K. consente que ces gestes et ces mises en mouvement quotidiennes soient nécessaires, elle exprime ne plus avoir la force physique et psychique de les réaliser. Elle a conscience de leur importance mais ne réussit plus à trouver l'élan pour les effectuer. Ses yeux se couvrent soudainement de larmes qui se bousculent pour sortir. Cependant, Mme K. semble les retenir et ne laisse paraître que son sourire. Elle précise « n'avoir envie de rien, de ne rien faire, de ne rien vouloir », elle « s'ennuie ». Elle détaille en nous indiquant passer de longs moments, assise, à ne penser à « rien ». Je songe que ses douleurs, toujours présentes, doivent occuper toutes ses pensées. Arrive-t-elle à ne penser réellement à « rien », face à ses douleurs persistantes ? Parvient-elle à se couper de ses sensations de brûlures durant les instants qu'elle décrit ? Je me questionne réellement sur l'état thymique de Mme K. lorsqu'elle est à domicile. Je m'imagine une femme totalement différente de la patiente qui se tient devant moi. Son sourire me déconcerte. Je ne parviens pas à m'en détacher. Il me perturbe et me laisse l'image d'un masque souriant, cachant en arrière-fond un visage terne, triste et désespéré. Cette image s'est marquée dans mon esprit lors de la lecture d'un livre évoquant le sujet de la dépression. L'anhédonie qu'elle exprime, le manque de motivation et son isolement sont des symptômes pouvant évoquer un état dépressif. À la suite de cet entretien, je questionne donc ma maître de stage sur ce sujet. Cette dernière m'explique alors que Mme K. a fait une dépression post-partum à la naissance de sa fille et a été sous anti-dépresseurs pendant cinq ans. Elle est actuellement sous anxiolytiques, sans diagnostic de dépression.

En conclusion, la fin de cet entretien me laisse perplexe. En effet, malgré 45 minutes de rencontre, j'ai l'impression de ne pas connaître Mme K. Elle me semble si mystérieuse. Ainsi, je tente de dresser un profil psychomoteur à la suite de cette séance afin de mieux la comprendre et

de vous la présenter. Tout d'abord, lorsqu'elle nous raconte des événements passés entre ses deux séjours d'hospitalisation, je remarque qu'elle a du mal à s'orienter temporellement. Elle est confuse dans les dates et a besoin de l'aide de ma maître de stage pour réorganiser son récit chronologiquement. Au niveau spatial, Mme K. s'est rendue seule à la salle de psychomotricité, malgré la grandeur de l'hôpital et le fait qu'elle ne soit pas revenue dans ce service depuis six mois. Au quotidien, Mme K. utilise davantage son hémicorps droit, moins impacté par son accident. Elle peut également se servir de sa main gauche mais cela lui demande plus d'efforts et d'énergie pour se montrer précise et efficace dans ses gestes. Les coordinations bimanuelles sont possibles mais demandent à Mme K. une attention soutenue. Concernant son tonus, j'observe une régulation tonique peu harmonieuse, avec des moments marqués par une haute tonicité et des instants où je remarque un effondrement tonique assez important, rendant son équilibre totalement dépendant au support de la chaise. En parallèle, Mme K. se plaint d'un manque d'équilibre tant statique que dynamique, la contraignant à utiliser un déambulateur pour pallier ses difficultés. Au niveau de son schéma corporel, sa structuration semble précaire en observant son dessin. Cependant, les parties du corps qui sont dessinées sont tout de même bien positionnées sur la feuille. Quant à son image du corps, j'émet l'hypothèse que ses douleurs et ses déficits impactent la perception qu'elle a d'elle-même. Le manque de liens et de représentations de son corps, observés sur son dessin, témoignent également d'un schéma corporel et d'une image de son corps, bouleversés. De plus, la précarité dans laquelle elle vit doit également affecter ces deux items. Enfin, je ne peux négliger la représentation potentiellement culturelle qu'elle peut avoir sur son corps et sur sa pathologie. C'est à partir de l'intrication de ses différentes sphères motrices, psychiques, affectives et sociales que Mme K. construit son équilibre.

4. Présentation d'extraits de séances

Je vais maintenant vous présenter différents extraits de séances auprès de Mme K. afin d'illustrer mes propos et mes interrogations. L'ensemble de ces bouts de séances se déroule dans une salle de psychomotricité. Le mobilier se constitue d'une table et de trois chaises ainsi que d'une table de massage et d'une barre parallèle fixée au mur. Quelques décorations et la présence de plantes créent une ambiance chaleureuse dans cette petite salle aux murs bleu pastel. L'intégralité du matériel est rangée dans une salle à proximité. Pour toutes les séances, Mme K., ma maître de stage et moi-même sommes présentes. Elles débutent tout d'abord avec une discussion autour de la table, puis continuent par un réveil corporel à l'aide de stimulations

sensorielles, avant de proposer un exercice de mise en mouvement plus dynamique. Les séances se terminent sur une conversation autour des ressentis de la patiente durant les différentes expériences proposées.

4.1. Un corps mis à distance

4.1.1. La nécessité d'un réajustement postural

La semaine suivant l'entretien, nous débutons les séances de psychomotricité avec Mme K. À peine arrivée dans la salle, la patiente s'assoit rapidement sur la chaise et se hâte de nous raconter sa première séance de balnéothérapie, réalisée en amont avec le kinésithérapeute. Elle semble ravie et excitée par cette nouvelle expérience. Je devine ses cheveux encore mouillés sous son foulard parsemé de tâches humides. Elle nous explique que ses boiteries disparaissent quand elle marche dans l'eau et qu'elle peut accélérer son allure sans perdre l'équilibre. Elle se sent plus confiante dans ses déplacements. Elle explique que l'eau prend le relais sur son corps quand ce dernier « lâche ». Je me questionne sur l'emploi de ce mot et la vision qu'elle peut porter à son corps, à son image corporelle. Nous ne l'interrompons pas dans son récit. Ses mains s'agitent dans les airs, accrochées à un corps qui m'apparaît appuyer tout son poids contre la chaise. En fin de narration, elle est essoufflée mais conserve son grand sourire et ses yeux pétillants de joie. Je suis surprise par ce flot de paroles déversées par Mme K. Lors de l'entretien, elle était plus silencieuse et avait du mal à parler d'elle. Cependant, elle semble avoir envie de partager la fierté qu'elle ressent à travers ses capacités déployées dans l'eau. La réussite des exercices lui permet de gagner en confiance face à ce corps décrit seulement comme « douloureux » et « lâche » jusqu'à maintenant.

À la suite de cette discussion, ma maître de stage interpelle Mme K. pour qu'elle porte attention à sa posture, à la manière dont elle s'est installée lors de son arrivée. Effectivement, j'ai l'impression que son poids du corps est porté seulement par son hémicorps droit. Elle est assise sur sa fesse droite et semble mettre toute sa force dans sa jambe droite pour conserver son équilibre. Sa main droite tient fermement l'accoudoir et son bras est tendu. J'observe un fort recrutement tonique dans l'ensemble de son hémicorps droit, contrairement à son hémicorps gauche. Sa jambe gauche est étendue de tout son long, avec sa fesse en lévitation dans l'air. Par ailleurs, la chaise n'est pas tournée exactement face à la table, face à nous. Elle est légèrement en biais et ainsi, Mme K. est en rotation sur l'assise : sa tête est orientée dans notre direction mais son corps est davantage tourné vers la porte. D'un point de vue extérieur, sa posture donne

l'impression d'un hémicorps droit très rigide et d'un hémicorps gauche, flasque. Cette assise pourrait suggérer une stabilité précaire. Néanmoins, Mme K. semble avoir trouvé son équilibre.

À la remarque de ma maître de stage, la patiente prend le temps d'observer son corps. Spontanément, Mme K. ne porte donc pas attention à ce dernier. J'émetts l'hypothèse qu'elle a alors besoin de l'environnement pour se montrer à l'écoute de son corps. Je me questionne sur les sensations corporelles que Mme K. peut ressentir : perçoit-elle son poids inégalement réparti dans l'espace ? Ressent-elle un certain confort dans cette position ? Je m'interroge si ses douleurs neuropathiques n'effacent pas l'ensemble de ses autres sensations. En parallèle, les troubles sensitifs de Mme K. peuvent également impacter son schéma corporel et son image du corps. Ainsi, comment Mme K. perçoit et investit son corps face à ses repères perturbés ?

Mme K. finit par se repositionner en plaçant correctement son bassin au centre de la chaise, décollant son dos auparavant affaissé sur l'assise et en tournant sa chaise face à la table qui nous sépare. Ses deux pieds sont positionnés parallèlement sur le sol, écartés à la largeur de son bassin. Son tonus semble se réguler et retrouver un équilibre tonico-postural adéquat. J'observe ainsi qu'un bon ancrage au sol permet un recrutement tonique suffisant pour maintenir une position physiologique et d'apparence confortable. De plus, ce réajustement postural témoigne de la capacité de Mme K. à pouvoir se positionner correctement.

4.1.2. Une perte de confiance en son corps, lieu d'angoisses et de douleurs

À la suite de son repositionnement, ma maître de stage questionne Mme K. sur son vécu après sa première semaine de prises en charge pluridisciplinaires. La patiente exprime seulement « être satisfaite » et dit que « tout est ok ». Ma maître de stage essaye d'approfondir ses réponses en l'interrogeant davantage. Mme K. articule alors des mots et des phrases assez paradoxales : elle exprime qu'elle se sent « bien », « fatiguée mais en forme », « contente d'être là malgré un emploi du temps bien rempli ». Ses réponses vagues attestent peut-être la difficulté de Mme K. à identifier ses ressentis et à accéder à ses propres sensations corporelles.

Ma maître de stage tente de simplifier son questionnement en amenant Mme K. à se concentrer davantage sur le moment présent : « comment vous sentez-vous dans votre corps à cette heure-ci ? Quelle sensation ressentez-vous actuellement ? ». Avec une spontanéité plutôt étonnante, Mme K. énonce « ne rien ressentir sous ses pieds ». Je suis assez surprise par cette soudaine et

rapide réponse. En énonçant cette seule phrase, son sourire reste figé malgré le mal-être qu'elle expose. Ma maître de stage développe le lien entre cette problématique et ses troubles sensitifs, présents notamment dans son hémicorps gauche. La patiente nous confie alors ses difficultés à percevoir diverses textures sous ses pieds. En fonction de ses douleurs, elle a parfois l'impression de ne plus sentir du tout son pied gauche. L'entièreté de ses sensations semble impactée. Ses troubles sensitifs sont connus et travaillés à chaque séjour hospitalier. Mme K. explique également stimuler souvent sa voûte plantaire à domicile, avec des automassages à l'huile. Cependant, elle a l'impression de perdre en sensibilité. Cela engendre une certaine appréhension lorsqu'elle se met en mouvement, d'autant plus importante lors de ses déplacements. J'émet l'hypothèse que ses angoisses corporelles sont également à mettre en lien avec sa situation de vie précaire, son manque de ressources financières et son irrégularité administrative. Le corps comme l'environnement semblent fragiles. Ainsi, comment peut-elle porter une attention à ses ressentis face à cette instabilité ?

4.1.3. Une incapacité à écouter ses sensations pour s'y ajuster

À la suite des propos de Mme K., nous orientons notre séance vers une stimulation de sa voûte plantaire, à l'aide de divers rouleaux à picots, de différentes textures et densités. Mme K. est assise sur une chaise, ma maître de stage est installée au sol, en face d'elle, avec trois rouleaux à picots différents. Je suis en position d'observatrice, placée à côté de ma maître de stage, face à Mme K. La patiente commence par tenter de retirer ses chaussures, son attelle et ses chaussettes. Je remarque que Mme K. n'appréhende pas de pencher son buste en avant pour enlever ses chaussures. Elle se baisse sans hésitation en emmenant ses deux bras en direction de ses pieds. J'aperçois qu'elle a tout de même du mal à atteindre ces derniers. Je me questionne : cette raideur est-elle due à un manque de souplesse ou est-elle en lien avec ses douleurs ? Elle se relève en posant sa main droite au niveau de ses lombaires et grimace. Ma maître de stage la questionne alors sur la présence d'une éventuelle douleur. Mme K. répond que « tout est ok ». Je remarque rapidement que cette phrase est répétée et prononcée à de nombreuses reprises, notamment lorsque nous interrogeons Mme K. sur ses ressentis corporels. J'émet l'hypothèse que Mme K. ne peut accéder à ses sensations corporelles. Ainsi, cette phrase permet-elle de pallier cette méconnaissance envers son corps et ses ressentis ? De surcroît, elle serait également le témoin d'un mécanisme de défense élaboré par Mme K. pour mettre son corps à distance. J'imagine que cette dichotomie corps-esprit viendrait protéger la patiente d'un corps souffrant, associé à une histoire douloureuse.

Mme K. teste alors des positions plus agréables pour ôter ses chaussures. En parallèle, ma maître de stage lui propose une autre solution : placer un pied sur une autre chaise pour lui éviter de trop se baisser vers l'avant. Mme K. abandonne tout de suite ses essais pour expérimenter la proposition de ma maître de stage. Je remarque qu'avec cette nouvelle installation, Mme K. parvient à hauteur de ses pieds mais ne semble pas encore très confortable et à l'aise dans cette position. En la questionnant, elle répond de plus belle : « tout est ok ». Néanmoins, j'observe que son corps dit le contraire : ses sourcils sont froncés et son tonus est haut, provoquant de légers tremblements. Ses bras sont alors tendus et ses épaules sont contractées. Son corps apparaît entièrement raide. Elle se redresse à plusieurs reprises en prenant le temps de souffler et de placer ses deux mains à la hauteur de ses lombaires. Ma maître de stage interrompt cette séquence en verbalisant ses observations, justifiant que sa solution n'est pas adaptée. Mme K. acquiesce de la tête, sans rien dire, le regard orienté vers le sol. Sa réaction me fait songer à celle d'un enfant qui ne parvient pas à réussir l'exercice. A-t-elle perçu le mal-être et l'inconfort exprimés par son corps lors de l'expérimentation de cette posture ?

Cependant, à peine eut-elle reposé ses deux pieds au sol que Mme K. place son pied gauche sur son genou droit. Elle parvient ainsi à dénouer ses lacets plus aisément. Elle semble spontanément avoir trouvé une position adéquate. Mme K. réussit alors à retirer facilement sa chaussure, sa chaussette et l'attelle de son pied gauche. Elle réitère la même action pour son pied droit. J'observe que ses mouvements bimanuels sont contrôlés et coordonnés. Ses épaules sont légèrement tournées vers le pied à déchausser, entraînant une rotation de son axe et ainsi, une bonne dissociation des ceintures pelviennes et scapulaires.

Ma maître de stage verbalise la situation : Mme K. est arrivée à trouver elle-même la position qui lui convenait. Cependant, la patiente reste muette. Son regard orienté en direction du sol, elle hausse alors les épaules. Lors de cette scène, Mme K. n'a-t-elle pas eu assez confiance en elle pour imposer sa posture, et donc prendre conscience de celle qui lui correspondait le mieux ? N'ose-t-elle pas réellement parler de ses ressentis ? J'é mets également l'hypothèse d'un manque d'organisation corporelle, d'une structuration de son schéma corporel instable, impactant sa régulation tonique, son aisance et sa fluidité corporelle.

4.2. Un retour sensoriel

4.2.1. L'expérimentation sensorielle

Mme K. est désormais pieds nus. Ma maître de stage la questionne sur les sensations qu'elle peut ressentir sur le carrelage froid de la salle. La patiente ne parvient pas à verbaliser véritablement de différences. Elle dit avec humour que ses pieds sont « libérés » des chaussures, en laissant échapper un petit rire. Ce rire est-il authentique vis-à-vis de ses ressentis ou est-il davantage une réaction de prestance face à l'impossibilité de répondre à cette question ?

Ma maître de stage présente à Mme K. trois rouleaux à picots différents. Elle lui indique un premier rouleau à faire passer sous son pied droit. La patiente soulève aussitôt sa jambe droite et déplace l'objet sous sa voûte plantaire, dans toutes les directions. Ma maître de stage lui suggère parfois d'appuyer plus ou moins fort son pied sur le rouleau afin d'accentuer certaines parties du pied. Mme K. semble concentrée et attentive aux propositions de ma maître de stage. Ses deux mains s'accrochent toniquement aux accoudoirs. Son tronc est légèrement incliné en direction du sol afin de fixer du regard le rouleau qui se déplace. Après quelques minutes d'explorations, ma maître de stage lui propose de fermer les yeux pour qu'elle se concentre davantage sur ses ressentis. Mme K. s'exécute tout en redressant son axe. Elle se tient désormais droite, son dos ne reposant pas sur le dossier. Ses sourcils se froncent et ses épaules se contractent, témoignant d'un recrutement tonique important. J'ai l'impression que la sensation et l'appui induits par le passage du rouleau amènent Mme K. à se concentrer davantage sur son corps, permettant ainsi ce repositionnement et ce recrutement tonique. Ses mouvements de pieds sont davantage ralentis et elle semble mettre plus de poids sur le rouleau. Elle garde un grand contrôle et une bonne maîtrise de son pied, dirigeant l'objet dans toutes les directions. Néanmoins, le rouleau parvient parfois à s'échapper, fuyant soudainement la voûte plantaire de Mme K. Lorsque c'est le cas, j'observe une chute flagrante de son tonus. Son corps tout entier se relâche et semble appuyer tout son poids contre le dossier de l'assise. Dès l'instant où le rouleau est repositionné sous le pied de Mme K., j'observe de nouveau un recrutement tonique plus ajusté. Ainsi, accentuer les sensations ressenties sous la voûte plantaire de Mme K. prodigue-t-il un meilleur appui au sol et un redressement de l'axe afin de permettre une régulation tonique adaptée à un bon ancrage au sol ?

Nous reproduisons cette séquence avec les deux autres rouleaux et exécutons le même exercice sous son pied gauche. Mme K. a moins de contrôle et de motricité de ce côté. C'est donc ma

maître de stage qui déplace le rouleau sous ce pied pendant que Mme K. porte sa jambe à l'aide de ses deux mains. Corporellement, j'observe un recrutement tonique légèrement moins important, que j'imagine comme la conséquence de ce portage physique.

Après ces trois expérimentations, Mme K. est capable de nous indiquer le rouleau le plus piquant, le plus agréable et le plus difficile à conserver sous ses pieds. Elle semble encore très concentrée et son tonus est toujours haut. Elle précise son impression de « moins sentir » notamment sous son pied gauche. En lien avec ses troubles sensitifs, je m'interroge également si l'effort de porter sa jambe gauche ne limite pas la concentration envers les ressentis de sa voûte plantaire sous ce pied. Afin de tester l'hypothèse de Mme K. induisant un retour sensitif plus faible sous son pied gauche, ma maître de stage lui propose de deviner le rouleau placé sous ses pieds, tout en fermant les yeux. La patiente réussit sans faute ces devinettes tant avec son pied droit qu'avec son pied gauche. Le ressenti est peut-être légèrement diminué sous ce dernier mais apparaît assez présent pour permettre cette discrimination. La patiente est surprise et exprime une certaine fierté face à « ses réussites ». Son impression de manquer de sensibilité sous son pied gauche vient-il également témoigner d'une faible confiance en ses capacités et d'une difficulté à écouter son corps ?

Pour clôturer la séance, il est proposé à Mme K. de finir sur un temps de massage de sa voûte plantaire avec un rouleau de son choix. Elle n'hésite pas et se saisit spontanément du rouleau avec les picots de taille moyenne. J'émet l'hypothèse que ce choix indique que Mme K. n'a pas forcément besoin d'un fort retour sensoriel pour que celui-ci soit agréable. Ma maître de stage déplace le rouleau sous le pied droit puis sous le pied gauche de la patiente. Cela enlève à Mme K. la contrainte de contrôler le rouleau, qui risque de lui échapper. Elle place ainsi toute son attention sur les sensations que cet exercice lui procure. Elle se laisse alors porter dans l'activité et semble prendre plaisir. Son tonus s'est abaissé, ses sourcils ne sont plus froncés et son dos est reposé contre le dossier. Elle paraît apaisée.

4.2.2. Un plaisir sensoriel

L'extrait clinique que je vais vous présenter est la quatrième séance de psychomotricité de Mme K. Elle représente également la première séance que je mène de façon autonome avec cette patiente.

Ayant préparé les exercices en amont, avec ma maître de stage, je reste tout de même légèrement stressée face à cette nouvelle responsabilité. Cependant, ma maître de stage me rassure en me rappelant que Mme K. est une patiente ouverte à toutes les propositions, souhaitant se saisir de tous les exercices et conseils que nous pouvons lui offrir. Il est vrai que je ne l'ai jamais vue ou entendue refuser un quelconque exercice, exprimer une envie d'interrompre une activité ou d'émettre un avis négatif. Elle est toujours partante pour essayer, tester et expérimenter. Elle est preneuse de tout ce que les soignants peuvent lui apporter. Je me questionne sur ce comportement de ne jamais dire « non » et de toujours acquiescer nos dires et nos faits. Est-ce un moyen de séduire les soignants en ne les contrariant jamais ? Est-elle capable de s'opposer à nos demandes, à nos attentes ? Quand je réfléchis à son histoire, les différents événements passés me font penser qu'elle a forcément dû s'affirmer et faire des choix, notamment lorsqu'elle est arrivée seule aux États-Unis.

La séance débute en s'installant autour de la table. Je suis assise face à la patiente et ma maître de stage se place en diagonale de nous. Après avoir expliqué mon nouveau rôle dans la séance, je questionne Mme K. sur le déroulement de sa semaine passée. Elle répond simplement « tout va bien, tout s'est bien passé ». Cette réponse m'apparaît comme une phrase automatique. Cependant, stressée et emportée par le mécanisme de vouloir « bien faire » et « de réaliser la séance comme prévu », je ne la questionne pas davantage. Pourtant, je m'interroge quant à la fonction de ces phrases « toutes faites ». Je mets en parallèle la phrase « tout va bien », égale à ses « tout est ok » : sont-ils les témoins de son incapacité à porter une attention à son propre corps, à son état thymique ou une simple facilité de réponse pour éviter de se livrer davantage ?

Nous continuons la séance, en commençant par un automassage avec de l'huile sur les mains. Cet exercice devient rapidement un rituel de début de séance dans le suivi de Mme K. Je me place face à elle, toutes les deux assises sur une chaise. Nous ôtons nos chaussures et nos chaussettes. Personnellement, je me baisse jusqu'à atteindre mes pieds. J'observe que Mme K. fait de même, en imitation. Je me rappelle alors la séance passée, décrite plus tôt dans mon écrit, où cette position la mettait en difficulté. Je la questionne concernant cette action, en lui demandant si elle est adaptée pour elle, si elle lui convient. Elle se relève aussitôt en se tenant de nouveau le dos au niveau de ses lombaires, comme lors de la séance précédente. Elle parvient à verbaliser son ressenti : « c'est difficile ». Mme K. ne me regarde pas dans les yeux lorsqu'elle prononce cette phrase. Elle semble assez honteuse de me l'avouer bien que nous commençons à nous connaître et à avoir conscience de ses difficultés. Cependant, contrairement à cette séance où Mme K.

n'avait pas osé exprimer directement son mal-être, elle y parvient malgré ses mots qui lui semblent coûteux. Je me questionne sur ce qui amène Mme K. à exprimer son mal-être : qu'est-ce qui a changé et ainsi « facilité » cette expression ? Au fil des séances, Mme K. a peut-être pris confiance en nous et suffisamment en elle pour dévoiler davantage ses difficultés. C'est également moi qui mène la séance pour la première fois. J'é mets alors l'hypothèse que ma posture et ma place de stagiaire ont pu faciliter son expression. En effet, n'étant pas encore diplômée donc n'étant pas véritablement considérée comme une professionnelle, je me positionne davantage comme une étudiante qui souhaite comprendre et apprendre, d'autant plus en ce début de stage. J'ai donc une place assez innocente où les professionnels comme les patients peuvent prendre un rôle de « sachant » pouvant m'informer sur les pathologies neurologiques et sur leurs problématiques. J'imagine que ce rôle peut faciliter l'échange.

Je rebondis sur sa phrase en tentant de dédramatiser son vécu et en lui proposant de reprendre la posture qu'elle avait adoptée lors d'une précédente séance. Elle continue donc le massage avec son pied droit sur sa jambe gauche, et change par la suite de pied. Mme K. semble rapidement apprécier cette activité. Elle ferme instinctivement les yeux, ses sourcils se desserrent, ses épaules se détendent, son tonus s'abaisse. Malgré mes indications expliquant l'endroit où masser et l'intensité à employer, je n'ai pas l'impression que Mme K. m'écoute. Elle semble prise dans l'exercice et ne se concentre que sur ses ressentis. Cela m'interpelle : Mme K. se montre d'habitude très attentive à nos dires, les exécutant en tentant de correspondre au mieux à nos explications. Elle semble généralement fonctionner sur un mode assez opératoire. À cet instant, j'ai le sentiment qu'elle s'évade et se détache de mes paroles, au profit des sensations qui lui parviennent. J'arrête ainsi de parler pour la laisser se concentrer davantage sur ses ressentis. Cependant, au moment où ma voix disparaît, Mme K. ouvre les yeux en m'interrogeant si cet arrêt signifie la fin de l'exercice. J'observe soudain que son axe se redresse, décollant son dos du dossier, arrêtant tout mouvement. Je la questionne sur son envie de continuer : elle me répond « comme vous voulez ». J'exprime que sa volonté est importante et que nous avons tout notre temps si cela est nécessaire. Mme K. m'interroge alors sur l'endroit à masser. J'interprète cette réponse comme son souhait de continuer l'exercice. Je recommence ainsi à la guider à l'aide de mes paroles. Elle referme les yeux et reprend son massage de manière autonome. De nouveau, j'ai l'impression qu'elle ne m'écoute plus. Cependant, je ne m'arrête pas de parler. Je suppose que mon flot de paroles apporte une certaine contenance à Mme K., qui la soutient et l'enveloppe durant le réveil sensoriel.

À la fin de cet exercice, Mme K. ne verbalise que très peu son vécu. Je tente de la questionner davantage sur ses ressentis pour l'aider à les exprimer : quelle intensité était la plus agréable ? Quelle partie du pied était la plus sensible ? Elle me répond en prononçant seulement des mots isolés tels que « fort » ou encore « dessous ». Je l'interroge également sur les angoisses de « moins ressentir ses pieds » exposées lors d'une autre séance. Mme K. me répond que « tout est ok » avec un grand sourire. Ayant déjà réussi à verbaliser une difficulté en début de séance, je ne me sens pas d'approfondir davantage cette phrase.

4.3. Les expérimentations motrices

4.3.1. Le plaisir du déséquilibre

À la suite de ce rituel de stimulations sensorielles, nous réalisons un travail plus dynamique, autour de l'équilibre de Mme K. Dès le début du suivi, nous instaurons un exercice consistant à transférer son poids du corps en se déplaçant sur des blocs en mousse, de différentes densités. Ce parcours a pour objectif d'affiner la conscience corporelle de Mme K. à travers des transferts de poids. En parallèle, cet exercice permet de travailler les appréhensions de Mme K., pour l'amener à s'appuyer et à faire confiance à son corps et notamment à son membre inférieur gauche.

Lors de la première séance qui suit l'entretien de Mme K., nous débutons cet exercice en commençant par lui présenter un à un les différents blocs de mousse. Pour cette expérimentation, Mme K. se place debout, de profil à une barre fixée au mur. Elle peut ainsi prendre appui à l'aide de sa main droite. Pendant que ma maître de stage installe Mme K., j'éloigne le déambulateur tout en restant en parade face aux déséquilibres potentiels. Je me place ainsi derrière Mme K. ; mes mains sont à la hauteur de ses hanches mais je ne la touche pas.

J'observe pour la première fois Mme K., debout, sans appui sur son déambulateur, en conservant ses chaussures et donc son attelle à son pied gauche. Elle a un bon équilibre statique, permis par son polygone de sustentation légèrement élargi. Elle tient son axe bien droit, la tête haute. De légères oscillations sont présentes mais ne la désorganisent pas. Son tonus est légèrement haut mais elle ne semble pas crispée. Elle rattrape ses petits déséquilibres à l'aide de la barre mais peut se permettre de la lâcher et ce, même en discutant avec nous. Ainsi, même si Mme K. ne focalise pas son attention sur son corps, elle conserve un bon équilibre. En questionnant la patiente sur sa posture, elle la décrit en la qualifiant « d'énergique » et de « stable ». Elle indique également ressentir que son poids est davantage transféré sur sa jambe droite, par crainte d'en déposer plus

sur son côté gauche. Ce premier exercice consiste donc à travailler cette appréhension à mettre du poids sur son membre inférieur gauche, en variant le support sur lequel ses pieds sont posés.

Pour commencer, nous invitons Mme K. à transférer son poids tantôt à gauche et tantôt à droite sur le carrelage de la pièce. Elle débute par des balancements de faible amplitude. Elle semble hésitante et porte son regard en direction de son bassin. Elle s'assure en plaçant sa main droite légèrement au-dessus de la barre, sans la tenir tout au long de l'exercice. Au fur et à mesure, ses transferts de poids sont de plus en plus importants et visibles. Ils gagnent en fluidité et j'observe son tonus s'abaisser légèrement. Cependant, il y a un recrutement tonique assez important lorsqu'elle perd l'équilibre. Ces pertes d'équilibre apparaissent généralement lorsque trop de poids est porté par sa jambe gauche. Elle parvient à se rééquilibrer spontanément en se rattrapant à la barre et en basculant son poids davantage sur sa jambe droite, de manière fluide et naturelle. Elle semble très concentrée, tout en verbalisant une certaine fierté à parvenir à ces transferts de poids. L'appréhension exprimée au départ ne semble plus perceptible. Je n'observe pas de craintes désorganisatrices durant l'exercice : Mme K. a envie de tester l'ensemble des mousses à sa disposition, notamment celles qui peuvent la mettre la plus en difficulté. Pourquoi l'appréhension n'est ici pas présente alors que l'expérimentation pourrait en induire ? J'émet l'hypothèse que le cadre de la séance l'invite à se sentir suffisamment en confiance pour se laisser expérimenter. Cependant, a-t-elle autant confiance en nous qu'en son propre corps ?

Par la suite, nous disposons les blocs de mousse les uns après les autres, en laissant entre les blocs un espace au sol. Ainsi, Mme K. passe d'un bloc à l'autre en posant ses deux pieds au sol, avant de remonter sur la mousse suivante. Les blocs vont de la mousse la plus facile à enfoncer à la plus dure, majorant au fur à mesure l'émergence de déséquilibres. Tout au long de l'exercice, Mme K. prend le temps d'expérimenter les différentes densités. Elle a son regard porté en direction de ses pieds. Son tonus est haut mais n'empêche pas Mme K. de gagner en fluidité et en souplesse dans ses mouvements au fil de son expérimentation. Elle se balance d'avant en arrière, transfère son poids à droite, à gauche. Les déséquilibres engendrés notamment lors des transferts de poids sur sa jambe gauche, semblent davantage l'amuser. L'adrénaline que peut procurer ses déséquilibres remplace la peur par de l'amusement.

Durant l'exercice, j'observe que Mme K. est essoufflée. Elle effectue des pauses plus régulières et de plus en plus longues. Elle se tient à la barre en baissant la tête vers le sol et les oscillations présentes dès le début de l'exercice semblent plus conséquentes. Je la questionne alors sur son

besoin de faire une pause, de s'asseoir quelques instants. Mme. K. refuse et souhaite continuer l'exercice. Ma maître de stage intervient en la questionnant davantage sur ses ressentis corporels, sur ses douleurs. La patiente explique que ces dernières sont légèrement accentuées par la fatigue mais qu'elles sont toujours présentes, en mouvement comme en repos : « mon corps, qu'il bouge ou qu'il ne bouge pas, c'est pareil, c'est du feu ». Je me surprends à remarquer que Mme K. ne se plaint jamais de ses douleurs qui sont tout de même prégnantes et permanentes. Est-ce pour éviter que nous nous concentrons sur ses douleurs et ainsi, qu'elle-même se focalise sur ses ressentis ? Est-ce un moyen de défense pour « survivre » à ses douleurs ? Mme. K finit par accepter de s'asseoir pour continuer la discussion autour de ses douleurs. Elle nous confie alors « réussir » à se passer de ses antalgiques depuis le début des prises en charge de ce séjour. Elle explique « parvenir à se mobiliser et à se décentrer de ses douleurs, qui occupent toutes ses pensées » lorsqu'elle est hors des murs de l'hôpital. Comment Mme K. arrive-t-elle à se passer de ses traitements face à des douleurs qui semblent si importantes ? Qu'apportent les prises en charge pour permettre à Mme K. de soulager ses douleurs ? Qu'est-ce qui fait obstacle pour qu'elle ait besoin de traitements lorsqu'elle est hors du contexte hospitalier ? J'émetts l'hypothèse que la contenance et le cadre sécurisé qui enveloppent ses expérimentations lors de ses séjours permettent à Mme K. de davantage oser, de pouvoir se mobiliser et ainsi de reprendre confiance et de se reconnecter à son propre corps.

4.3.2. La prise de conscience de ses capacités : « mon corps a réussi. »

Lors d'une quatrième séance, c'est-à-dire la première séance de Mme K. que je réalise de manière autonome, nous reprenons l'exercice débuté avec les blocs de mousse. Après avoir expérimenté les différents blocs, un par un, lors de la séance précédente, je propose l'exercice suivant : placer deux blocs de différentes densités sous chaque pied. Mme K. est debout, installée proche de la barre, toujours présente à sa droite. Pour ma part, j'ai une main placée dans son dos et l'autre disposée à hauteur de son bras gauche. Ainsi, Mme K. peut s'y appuyer pour se stabiliser si elle en ressent le besoin. Ma maître de stage est assise au bureau et nous observe.

Pour commencer l'exercice, je dispose deux blocs de mousse relativement mous sous chacun de ses pieds. Mme K. commence par poser son pied droit sur le bloc, son pied gauche restant au sol. Elle expérimente cet appui et les conséquences sur son équilibre statique. L'enfoncement de son pied et le changement d'appui ne semblent ni modifier ni perturber son équilibre. Par la suite, je l'aide à soulever son pied gauche pour le disposer sur le deuxième bloc. Mme K. perd rapidement

l'équilibre. Elle parvient à se rattraper avec la barre et à prendre appui sur mon corps pour pallier ce déséquilibre et se réorganiser corporellement. À la suite de cette perte brutale d'équilibre, elle a besoin de prendre quelques minutes pour se reconcentrer sur son corps. J'observe petit à petit un relâchement corporel face à l'hypertonie recrutée lors de ce déséquilibre. Une fois la stabilité retrouvée, Mme K. expérimente silencieusement, les deux pieds disposés sur les blocs. Elle reste plutôt statique, pliant légèrement son genou droit, tout en conservant une certaine rigidité dans sa jambe gauche. Après quelques minutes, je finis par rompre le silence pour lui proposer de reprendre l'exercice des transferts de poids d'une jambe à l'autre. Mme K. s'exécute sans me regarder. Elle reste concentrée sur son corps. Sa tête est baissée et son regard est orienté en direction de ses pieds. Cet appui visuel semble primordial pour l'aider à s'ajuster. J'observe que son recrutement tonique est important, que ses épaules sont relevées et qu'elle serre fortement la barre avec sa main droite. L'ensemble de son corps apparaît raide ; il y a peu de fluidité dans ses transferts. Ses deux genoux se plient légèrement mais j'observe que Mme K. garde un certain contrôle sur son corps. Je la laisse expérimenter et l'invite à me dire quand elle souhaitera changer de mousses. Mme K. acquiesce de la tête, tout en restant silencieuse. Je la sens légèrement en difficulté sur cet exercice et pourtant elle persiste tout en restant appliquée et minutieuse dans ses mouvements.

Après quelques minutes, Mme K. descend des deux blocs mousses, en commençant par enlever son pied droit avant de venir déposer également son pied gauche sur le sol. Elle pousse une grande expiration, une fois que ses deux pieds sont de nouveau sur le carrelage dur. Elle relève alors la tête et m'adresse un sourire. Je la questionne sur son expérimentation et les ressentis qu'elle peut identifier. Mme K. parvient à me témoigner sa difficulté à lutter contre un déséquilibre constant au cours de cette expérimentation. Malgré cette complexité, elle a pu conserver une certaine maîtrise de son corps et de son équilibre tout au long de l'exercice. Cela lui a cependant coûté en énergie et en fatigabilité au vu de son essoufflement et de son tonus actuel, plutôt relâché, laissant son tronc pencher légèrement vers l'avant. Quand je la questionne sur ce sujet, Mme K. répond que « tout est ok » et s'empresse d'exprimer une certaine surprise et fierté d'avoir réussi à garder un équilibre malgré les difficultés. Elle rajoute « aimer les défis ». Nous continuons alors l'exercice en lui proposant un bloc de mousse dur sous son pied gauche et un bloc de mousse plus mou sous son pied droit.

Avant de commencer à monter sur les blocs, Mme K. laisse échapper un petit rire nerveux en me jetant un regard complice. Elle prend une grande inspiration et dépose d'abord son pied droit sur

un bloc puis son pied gauche sur le second bloc. Son corps se raidit rapidement, son tonus est très haut. Je songe que les déséquilibres seront encore plus nombreux et qu'ainsi, le sentiment d'instabilité évoqué est d'autant plus important. Cependant, Mme K. parvient à compenser son équilibre en plaçant davantage de poids sur son pied droit, tout en conservant son appui sur la barre accrochée au mur à l'aide de sa main droite. Elle ne tente pas de transférer du poids sur sa jambe gauche. Son axe est alors basculé vers son côté droit. Sa position me rappelle la posture qu'elle avait adoptée lorsque nous l'avions accueillie à la suite de sa séance de balnéothérapie. Pour faciliter ses transferts, je lui propose de déplacer son poids du corps sur sa jambe gauche tout en venant s'appuyer sur mon corps. Sans me regarder, Mme K. vient légèrement s'appuyer sur moi. J'observe qu'elle n'ose pas mettre davantage de poids. Est-ce une question de confiance en mon corps qui ne pourrait la retenir si elle déposait plus de poids ou est-ce une question de confiance en elle pour se donner au corps de l'autre ? L'appui léger qu'elle me transmet lui permet de mettre tout de même plus de poids sur sa jambe gauche. Je lui fais observer le bloc de mousse dur qui s'enfonce faiblement. Mme K. oriente son regard en direction de son pied gauche et sourit.

De nouveau, je la mets au défi d'équilibrer la répartition de son poids du corps pour que les deux blocs de mousse soient à la même hauteur. Face à la différence de densité entre les deux blocs, Mme K. doit donc placer plus de poids sur sa jambe gauche qu'à cet instant présent. Cette proposition amène Mme K. à se concentrer davantage sur son corps, ce qui lui provoque une syncinésie faciale : j'observe, qu'à travers son sourire, un bout de langue sort de sa bouche, tel un enfant en pleine concentration. En fronçant davantage ses sourcils, Mme K. s'applique et persévère pour parvenir à ce transfert de poids. Elle prend son temps et implique l'ensemble de son corps pour y parvenir. En effet, j'observe que son buste se penche davantage à gauche et que son bassin s'oriente en conséquence vers le mur à droite. Elle plie tout d'abord son genou droit avec précaution puis réalise une flexion de son genou gauche. J'observe cependant une certaine rigidité dans ce mouvement, qui m'apparaît mécanique. Lors de ce transfert, je remarque un manque de souplesse et de fluidité. Cela est provoqué par les déficits moteurs et sûrement par l'hésitation et l'appréhension à mettre du poids sur cette jambe gauche. Après quelques tentatives, Mme K. parvient à disposer son poids de manière à égaliser la hauteur des deux blocs de mousse. Tout en conservant son équilibre, elle relève aussitôt la tête et m'adresse un sourire illustrant son sentiment de fierté. Elle me questionne spontanément sur sa « réussite ». Je lui retourne la question en lui demandant si elle pense avoir réussi. Son sourire s'agrandit, ses yeux brillent, son tonus s'abaisse : « mon corps a réussi. »

5. Fin de prise en charge : à corps ouvert

Lors de sa sixième séance, ma maître de stage et moi rencontrons Mme K. pour la dernière fois, afin de réaliser son entretien de fin de prise en charge. Ma maître de stage m'offre l'opportunité de le guider. J'ai alors la possibilité d'en demander et d'en savoir plus sur son histoire personnelle et médicale qui m'apparaît floue et qui, dans son dossier, témoigne d'informations incongrues et discordantes, décrites précédemment dans mon écrit.

Par conséquent, je débute l'entretien en l'informant de mon souhait d'obtenir davantage d'informations sur son parcours de soins et sur sa vie personnelle. Elle me regarde, me sourit et, de manière assez spontanée, commence à me raconter son histoire, accompagnée de ses mains qui participent à la conversation. Elle s'avance de sa chaise pour se rapprocher de la table et donc de moi, placée face à elle. Elle plonge ses yeux dans les miens tout en décollant son dos du dossier pour se redresser. Ma maître de stage est installée en diagonale de nous et écoute attentivement Mme K. C'est une des premières fois où je l'entends se livrer aussi facilement. J'imagine de nouveau que ma posture de stagiaire lui confère ce rôle de « sachant », me dévoilant ainsi son histoire personnelle et singulière que seule elle connaît réellement. De plus, j'émet l'hypothèse que cette facilité à me raconter son parcours témoigne de l'alliance thérapeutique qui a émergée entre elle et moi, durant le suivi. Enfin, c'est également la première fois que j'observe Mme K. se repositionner, de manière autonome, sans remarque en amont de notre part. Son visage semble se concentrer et réfléchir aux mots qu'elle va employer. Elle prend son temps avant de débiter sa narration. Cela me laisse penser que son histoire de vie doit être longue et sinueuse, remplie d'émotions et d'événements. Son sourire persiste durant l'entretien mais je ne parviens pas à deviner les émotions qu'il exprime. Durant son récit, elle évoque des détails encore inconnus pour ma maître de stage. Elle se livre entièrement, se met à nu devant nous. Je rebondis sur ses dires et m'autorise à la questionner davantage afin d'approfondir quelques points. Je reformule également ses paroles pour être certaine d'avoir bien compris.

Je l'interroge sur sa vie actuelle et, par conséquent, sur sa vie « d'avant », précédant son accident. Lors de cette séquence, les émotions sont plus marquées. Cette fois-ci, Mme K. n'arrive pas à contenir ses larmes qui coulent sur ses joues. Son sourire, qui semblait imperturbable, a disparu. Ici, je perçois pour la première fois, une émotion qui m'apparaît comme authentique, naturelle et non masquée par ce sourire qui prenait tant de place. De la tristesse transparait mais cela ne

désorganise pas Mme K. Elle conserve son axe bien droit et ses yeux plongés dans les miens. Je n'ose pas me détourner de ce regard pénétrant.

En me racontant son histoire, elle reste peu précise sur la chronologie des événements : le temps lui semble long et pourtant, elle est surprise de ses rapides progrès. Je suis obligée de recompter avec elle les années afin de situer son histoire dans le temps. Par la suite, je la questionne davantage sur ses douleurs, qui semblaient prendre tant de place lors du premier entretien. Je me rends compte que Mme K. n'arrive pas à les qualifier autrement qu'en les nommant sous le terme de « brûlure ». Elle tente de les métaphoriser en m'expliquant que « c'est comme un poulet qu'on jette au four, c'est pareil, vous comprenez. ». Je trouve cette image violente pour interpréter ce qu'elle ressent corporellement. Cela me rappelle son premier dessin du bonhomme en début de séjour (Annexe I). J'imagine que l'image qu'elle a de son corps doit être également perçue sous l'angle de la douleur. J'émetts l'hypothèse que cela impacte sa relation avec son propre corps, témoignant à travers ces différents extraits cliniques, d'un clivage entre ce corps fonctionnel et l'identification de ses besoins et désirs, difficiles à distinguer pour Mme K. Par la suite, je l'interroge sur son quotidien et notamment sur la manière dont elle s'organise en fonction de leur intensité, en dehors des lieux de soins. Elle m'indique que ses douleurs sont incontrôlables, que « c'est elles qui la contrôlent ». Elles la limitent réellement et l'empêchent parfois d'effectuer une quelconque activité. Cependant, elle m'explique que « grâce aux soins », elle ne se décourage pas et continue de « lutter » contre ses douleurs. Je me questionne alors sur la gestion personnelle de ces dernières. Lors de la prise en charge, je n'ai pas perçu qu'elles refrénaient grandement Mme K. En la questionnant, elle parvenait à exprimer leur présence mais ne s'en plaignait jamais. À domicile, elles sont un obstacle insurmontable, qui devient pourtant surmontable lorsqu'elle est au sein de l'institution. La patiente m'amène à réfléchir sur l'investissement qu'elle porte aux soins et à leurs fonctions qui lui permettent de retrouver une motivation et une mobilité perdues chez elle. De plus, elle nous confie ne plus prendre de médicaments contre ses douleurs depuis son début de séjour. L'absence d'un besoin d'antalgiques lors de ses hospitalisations me surprend davantage. Les patients ayant un traitement contre la douleur sont généralement dépendants de ces médicaments. J'émetts l'hypothèse que chez Mme K., cette dépendance se transfère aux personnels soignants, sans qui la motivation et les capacités fonctionnelles semblent amoindries voire disparues. Sur une échelle de 1 à 10, elle qualifie l'intensité de ses douleurs à 10/10, quotidiennement et sur l'ensemble de son corps. J'imagine que ces sensations doivent être insupportables. En la questionnant sur l'impact de ses douleurs au niveau psychologique, elle m'indique avoir « peur qu'elles ne s'arrêtent jamais ». Seulement, les douleurs neuropathiques

chroniques prennent-elles réellement fin un jour ? Mme K. semble accepter de vivre avec ses douleurs tout en gardant le fantasme d'une fin à cette souffrance éternelle. Cet espoir « d'arrêt des douleurs », synonyme sûrement de « guérison » pour Mme K., est-il un moyen défensif pour conserver un état thymique suffisant ? Les prises en charge en rééducation, et notamment en psychomotricité, permettent d'accompagner les patients pour les aider à apprendre à vivre, au mieux, avec leurs douleurs au quotidien. Je me questionne si Mme K. a bien compris notre mission et l'objectif de sa présence dans ce service.

Enfin, je lui propose l'épreuve du dessin du bonhomme, comme lors du premier entretien, il y a six semaines. J'indique que ce dessin doit être détaillé et qu'il doit la représenter elle. Cependant, elle dessine un individu avec une casquette, vêtu seulement d'un short. Elle m'indique avoir représenté un homme (Annexe II). J'émetts alors l'hypothèse que Mme K. n'a pas dû comprendre ou écouter la consigne jusqu'à la fin. Je réitère ma demande en accentuant la consigne de se dessiner elle et non quelqu'un d'autre. Mme K. se saisit d'une seconde feuille et reproduit, quasiment à l'identique, le même dessin (Annexe III). Elle le détaille en comparant ses deux personnages puis m'indique qu'ils correspondent tous deux à l'illustration de son père. Je m'interroge si elle a réellement compris ou écouté ma consigne : a-t-elle persévéré sur la consigne précédente, face à la tâche similaire à effectuer ? J'émetts l'hypothèse que, consciemment ou inconsciemment, Mme K. n'a peut-être pas souhaité se dessiner après s'être déjà autant livrée pendant 45 minutes. Par la suite, j'apprendrai de ma maître de stage que le dessin du bonhomme que Mme K. a effectué lors de son premier entretien en psychomotricité est également un dessin de son père. Ainsi, je me questionne si ce dessin a un lien avec le fait d'avoir raconté son histoire en amont, comme lors de son premier entretien ? Est-ce également le fait de rencontrer une autre psychomotricienne que ma maître de stage, qui provoque chez Mme K. ce besoin de répéter ce même schéma ? De plus, son père est décédé. Ainsi, en demandant à Mme K. de se représenter, elle a dessiné une personne morte, volontairement ou involontairement.

Mme K. débute ces deux dessins en traçant le contour de la tête. Cette fois-ci, elle la dessine d'un rond complet et fermé. Elle poursuit en représentant un tronc, également délimité par une double enveloppe. Elle continue en traçant les jambes, les pieds et finit par rajouter les bras et le chapeau du bonhomme. De nouveau, je suis surprise par ses dessins. Tout d'abord, j'observe qu'il y a un tronc, absent lors du premier dessin en début de séjour. Le corps du bonhomme, représenté en un bloc, a tout de même une forme plus construite sur ces deux dessins. De plus, les différentes parties du corps sont davantage liées entre elles. Son dessin apparaît plus élaboré

et plus structuré. Enfin, je porte mon attention sur son bas du corps. J'observe ici un bassin, avec deux jambes bien différenciées et deux pieds, d'une proportion importante. Cela me paraît pertinent par rapport aux expériences proposées à Mme K. dans son séjour. Effectivement, lors du réveil sensoriel, nous avons focalisé notre attention sur ses ressentis à ce niveau, et ainsi avons favorisé la conscience et la perception de ses deux pieds. De plus, en travaillant sur son équilibre et ses transferts de poids, son attention était également portée vers ce bas du corps. Leur corpulence me renvoie tout de même l'image d'un corps plus stable, et donc plus solide. Je reste toujours surprise par la présence des orteils ou bien, de ses ongles de pieds qui sont toujours détaillés tant en début qu'en fin de séjour.

Pour finir, nous concluons sur un résumé de son hospitalisation au sein du service. Mme K. semble avoir acquis une meilleure aisance corporelle. De plus, nous avons observé de nets progrès concernant son équilibre qui s'est amélioré de semaine en semaine. En parallèle, son appréhension à se mettre en mouvement s'est amoindrie. Elle exprime également se sentir plus confiante et à l'écoute de son corps. Elle semble ravie de ses progrès et de son travail réalisé en psychomotricité. Mme K. remercie ma maître de stage pour sa prise en charge avant de se retourner vers moi, en me complimentant de plus belle. Je la remercie également d'avoir répondu à mes questionnements et de m'avoir laissé prendre ma place de professionnelle durant la fin de son suivi, qui s'arrête ici.

À la suite de ces six séances, l'investissement de Mme K. dans les expérimentations l'amène à porter progressivement une attention plus fine à ses ressentis corporels. Cette écoute, associée à un meilleur engagement corporel, trouve un juste équilibre pour lui permettre de sentir son corps dans le mouvement, de prendre plaisir à se mouvoir et à être davantage en relation avec elle-même et son environnement. En s'appuyant sur ma maître de stage et moi, sur nos paroles, sur nos gestes, Mme K. intègre une certaine sécurité et stabilité qui l'invitent à se détacher de nous et à prendre appui sur elle, sur ses sensations, sur ses capacités et sur son corps. Au cours de son suivi, Mme K. a pu expérimenter le déséquilibre fonctionnel pour trouver un juste équilibre tant à travers son poids, ses appuis et ses limites qu'auprès de nous, de nos appuis et de ses besoins. Ceci m'amène à me questionner sur le terme « équilibre » au sens psychomoteur, son lien avec les appuis, la sensorialité et l'environnement. Je vais tenter d'élaborer des réponses à ces interrogations en m'appuyant sur des fondements théoriques afin d'éclaircir ma réflexion, ma vision et la prise en charge de Mme K.

PARTIE THÉORIQUE

1. L'équilibre : une définition globale

1.1. L'équilibre physiologique et sa structuration

Le mot équilibre vient du latin *aequus*, signifiant égal, et *libra*, qui signifie balance, poids. En médecine, le terme « équilibre » désigne l'équilibre du système musculosquelettique d'une posture. L'équilibre du corps est alors « atteint lorsque les forces du corps annulent celle de la gravité, permettant ainsi le maintien d'une posture stable » (Courraud-Bourhis, 2002e, p. 19). La notion de gravité est de ce fait un paradoxe pour le contrôle moteur car elle représente « le principal agent perturbateur de notre équilibre, mais aussi un référentiel stable sur lequel se base le système nerveux central pour contrôler de façon harmonieuse la plupart de nos actions » (Courraud-Bourhis, 2002e, p. 19). L'équilibre est par conséquent le « maintien de la projection du centre de gravité à l'intérieur du polygone de sustentation ou d'appui » (Courraud-Bourhis, 2002a, p. 13). Le polygone de sustentation est défini lui-même comme « la surface d'appui au sol. Lorsque la projection du centre de gravité sort du polygone d'appui, il y a déséquilibre » (Courraud-Bourhis, 2002a, p. 13). L'équilibre est alors l'aptitude du corps à répartir son poids également des deux côtés d'un point d'appui, de sorte que le corps ne bascule ni d'un côté ni de l'autre. L'équilibre corporel permet donc la stabilisation d'une posture.

1.1.1. Lien entre la posture et l'équilibre

La posture est définie par Paillard (cité par Courraud-Bourhis, 2002a, p. 13) comme « une position relative des différents segments corporels dans l'espace, les uns par rapport aux autres, tout en maintenant une cohésion de l'ensemble correspondant à un état d'équilibre du corps ». Ainsi, la posture est édictée grâce à un équilibre corporel et participe également à la mise en place de cet équilibre. Elle assure donc des fonctions de soutien, de maintien et de redressement pour conserver un certain équilibre.

En 1906, Sherrington, médecin et neurologue, entretient l'idée que, pour chaque espèce, il existe une posture dite de « référence » : « pour l'homme, c'est la station debout » (cité par Courraud-Bourhis, 2002b, p. 15). La physiologie de l'homme bipède est faite pour lutter contre la gravité, afin de conserver cette station debout. Cette position est garantie par un contrôle quasiment automatique de notre corps et par une coordination de nos mouvements et de notre équilibre de façon permanente. Les mécanismes qui permettent cette maîtrise sont complexes car ils mobilisent de nombreuses structures nerveuses spinales, corticales et sous-corticales très variées.

La perturbation de ces structures, due à diverses pathologies aussi bien somatiques que psychiques, est à l'origine de troubles de l'équilibre.

1.1.2. Le contrôle de l'équilibre

Grâce à la coordination de nombreux acteurs travaillant en concert, le corps parvient à maintenir un état d'équilibration. D'après Courrand-Bourhis (2002a, p. 14), l'état d'équilibration se définit comme la capacité à maintenir son équilibre malgré les contraintes extérieures. Cet état dépend tout d'abord de nombreux effecteurs musculaires, répartis sur l'ensemble de la musculature. Ils sont, par la suite, contrôlés par des structures du système nerveux central telles que :

- Le cortex moteur, jouant un rôle de coordinateur de l'ensemble des informations sensorielles perçues.
- Le cervelet, induisant des réactions d'équilibration statiques et dynamiques.
- L'oreille interne et ses trois canaux semi-circulaires, orientés dans les trois plans de l'espace. Ils renseignent sur les déplacements du corps dans l'espace, indispensables dans l'ajustement et la stabilisation de la posture.

Ces systèmes ne fonctionnent pas isolément. Ils travaillent en articulation, en intégrant les afférences périphériques, d'origine sensorielle, regroupant ainsi « toutes les informations provenant du système nerveux central à partir des organes de sens » (Courraud-Bourhis, 2002f, p. 41) et d'origine sensitive, c'est-à-dire « toutes les informations véhiculées par les nerfs périphériques : la sensibilité dite extéroceptive, tactile, thermique et douloureuse et la sensibilité dite profonde, incluant la proprioception et la sensibilité viscérale » (Courraud-Bourhis, 2002f, p. 41). Le contrôle de l'équilibre permet aussi bien le maintien d'une posture statique que d'une posture dynamique, grâce à l'association de processus complexes pouvant être classés en trois niveaux, d'après Courraud-Bourhis (2002c) :

- Les processus réflexes : réactions motrices involontaires, de très courtes latences, toujours identiques à une stimulation donnée.
- Les processus volontaires : réactions provenant de la maîtrise du sujet sur son propre corps.
- Les processus automatiques : réactions volontaires apprises qui, à force de répétitions, s'automatisent.

L'ensemble du processus d'équilibration, associé au contrôle de son propre équilibre, est préservé de façon automatique et inconsciente, notamment grâce aux expériences vécues par le sujet et à la coordination de l'ensemble de ces structures. Elles permettent la mise en place de synergies motrices, c'est-à-dire « de combinaisons motrices, d'unités fonctionnelles construites en grande partie par apprentissage, permettant la coordination entre les membres ou entre certains muscles afin qu'une seule commande les mette en jeu » (Courraud-Bourhis, 2002b, p. 17). Le mouvement est alors organisé à partir d'un répertoire de synergies dans lequel le système nerveux puise pour utiliser la plus adaptée au mouvement prévu.

Cette organisation permet la mise en exergue d'ajustements posturaux, définis comme « un ensemble coordonné d'actes moteurs permettant à chaque instant de maintenir ou d'adapter une posture malgré les événements qui viennent la perturber » (Hugues et al., 2021, p. 266). Ils sont acquis par apprentissage et s'adaptent tout au long de notre vie. Le mouvement étant source de déséquilibres permanents, les ajustements posturaux sont nécessaires pour les corriger, afin de maintenir une position stable.

1.1.3. L'axe corporel : soutien de l'équilibre

La station debout de l'homme, seule espèce bipodale permanente, induit la notion de verticalité, érigée grâce à un axe défini comme « une ligne droite, réelle ou fictive, autour de laquelle s'effectue une rotation » (Quevauvilliers et al., 2009, p. 100). En anatomie, il est représenté par la colonne vertébrale, ayant le « rôle de lien organique de l'ensemble du corps, elle relie la tête au bassin » (Dictionnaire Le Robert en ligne, 2023b). D'un point de vue fonctionnel, l'axe est également le lieu où transitent les informations ascendantes ou descendantes à travers les nerfs médullaires, provenant des différents segments corporels. Effectuer un mouvement est donc permis grâce à cet axe. D'après Coeman et Raulier H de Frahan (2012b, p. 35), l'équilibre de l'axe vertical, défini plus largement que par la colonne vertébrale pour ces auteurs, dépend de :

- la qualité tonique et de la coordination des muscles profonds
- la qualité de la stabilité et de la solidité interne du sujet
- la qualité du lâcher prise, de la capacité à donner du poids

Coeman et Raulier H de Frahan qualifient cet axe de « fort, souple et équilibré » permettant l'émergence d'un « mouvement juste » émanant ainsi des « sensations d'harmonie et d'aisance,

de force et de stabilité, de souplesse et de fluidité, de disponibilité » (2012c, p. 35), et par conséquent, d'ouverture au monde. En s'appuyant sur les travaux de Coeman et de Raulier H de Frahan, Meurin distingue le fait de se redresser corporellement avec la capacité à se verticaliser. Pour lui, quand l'enfant se verticalise, cela « implique non seulement une stabilité posturale nécessaire à toute son organisation praxique mais aussi un équilibre autour duquel les modulations émotionnelles et représentatives s'organisent » (2018). Ainsi, ce processus représente la constitution d'un « axe corporel ».

1.1.4. L'axe corporel : une définition psychomotrice

Lesage étaye cette définition de l'axe corporel en appuyant l'image « d'une ligne rassembleuse et organisatrice d'une structure, sans laquelle tout mouvement serait dispersion et dislocation » (2014c, p. 149). L'une des fonctions principales de l'axe serait ainsi la mise en relation, notamment par le rassemblement, des différentes parties du corps. Cela amène une cohésion et donne une direction à ces dernières pour percevoir son corps comme une unité, nécessaire à la construction psychique du sujet. En effet, l'axe corporel joue également un rôle dans la construction psychique du sujet. Hilion le définit comme « un pilier, soutenant l'intégrité corporelle et psychique mais aussi comme celui qui permet les interactions avec le milieu [...] et qui étaye les différentes représentations de soi, sources d'identité » (2011). Cette dimension identitaire, associée à l'axe corporel, témoigne de son appartenance tant au domaine du développement moteur qu'au domaine du développement psycho-affectif. « S'axialiser [est donc un] processus qui se déploie tant au niveau physique que psychique, les deux niveaux s'étayant l'un l'autre » (Lesage, 2014c, p. 156). L'identité du sujet se construit donc en parallèle à l'élaboration de cet axe.

Ainsi, l'axe s'apparente à un référentiel stable, sur lequel le sujet peut s'appuyer. Par ailleurs, la qualité de cet appui dépend de la manière dont le sujet investit et intègre cet axe. Effectivement, Lesage distingue le fait « d'avoir un axe en tant que structure statique – une évidence anatomique – et la fonction d'axialité » (2014c, p. 149) qu'il définit comme la manière d'intégrer cet axe. La maturation de cet axe, nourrie d'actions et d'interactions entre le sujet et son environnement, permet ainsi d'« habiter son corps » d'après Bullinger (Lesage, 2014c, p. 150). Par conséquent, l'axe participe à la perception et à l'adaptation que le sujet a sur le monde pour devenir un Homme à part entière. Il contribue activement au jeu d'équilibre et de déséquilibre

provoqué par les contraintes internes et externes, pour tenter de conserver une unité corporelle stable.

2. La sensorialité et l'équilibre sensori-tonique

2.1. L'équilibre sensori-tonique

Dans une visée développementale, en continuum aux travaux de Piaget et de Wallon, Bullinger enrichit son approche sensori-motrice en démontrant l'importance des flux sensoriels sur le sujet, en relation avec le monde environnant. Il définit un flux comme « un apport continu et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par un système sensoriel » (Bullinger, 2017, p. 152) et un flux sensoriel comme « un ensemble de signaux continus et orientés qui sollicitent les systèmes sensoriels archaïques » (Bullinger, 2017, p. 152).

D'après cet auteur, l'organisme est soumis à ces différents flux (visuels, auditifs, olfactifs, tactiles, gravitaires...). D'abord indifférenciés, ils vont progressivement faire sens. Leur perception par l'organisme entraîne une chaîne de réactions caractéristiques composée de deux phases : une phase d'alerte, permettant un recrutement tonique et une phase d'orientation qui, grâce au tonus, déploie des moyens posturaux pour se diriger ou bien se détourner d'une source de stimulation. Ils entraînent à leur tour un ensemble de réactions toniques et posturales, rendu possible par la coordination de diverses structures du système nerveux central. En conclusion, pour Bullinger (2017), l'organisme devient corps quand il est capable de réagir au monde extérieur et de s'adapter aux flux sensoriels qu'il reçoit.

Les stimulations perçues et traitées par le corps entraînent un recrutement tonique, nécessitant une régulation ajustée afin de déployer un comportement adapté face à cette stimulation. Chez le tout-petit, cette régulation est exercée par l'environnement. Ainsi, « c'est à travers le contact corporel avec la personne qui le porte que le bébé parvient à retrouver son équilibre » (Ajuriaguerra et al., 2017b, p. 204). À la naissance, le bébé est propulsé dans un monde sensoriel inconnu, source d'une désorganisation importante. Il doit alors s'adapter à ce « dehors » en intégrant à l'intérieur de lui ces nombreuses stimulations. Porté par son entourage, le bébé parvient à retrouver son équilibre à la suite d'une désorganisation, conséquence de stimulations tant internes qu'externes à lui. Ainsi, le rôle de l'entourage est de l'étayer dans cette découverte et dans cette adaptation permanente. Par exemple, le bébé peut ressentir une sensation désagréable, à l'intérieur de son ventre, à l'heure du repas. Encore incapable de donner du sens à

cette dernière, c'est le parent qui traduit ce ressenti comme une sensation de faim. En lui donnant succinctement le biberon, le bébé peut au fur et à mesure de la répétition de cette expérience, associer lui-même cette sensation à celle de la faim. Cette communication entre le parent et l'enfant s'effectue principalement à travers les variations toniques exprimées et ressenties par les deux protagonistes. Cet échange définit le concept de « dialogue tonique », évoqué par Ajuriaguerra, que je développerai dans mon écrit. Cette communication, où le corps de l'autre ressent immédiatement notre propre état, représente le premier mode d'échange de l'Homme avec le monde, lui permettant ainsi de s'ajuster à son milieu. Le bébé, encore immature, a donc besoin de son environnement pour s'organiser et s'adapter pour parvenir à retrouver son équilibre perturbé par l'ensemble des flux sensoriels. Bullinger le nomme « équilibre sensori-tonique » (2017, p. 158). Cet équilibre est assuré par trois piliers :

- Le premier pilier est en lien avec les propriétés physiques du milieu ; l'organisme s'adapte aux signaux environnementaux pour devenir corps.
- Le deuxième pilier correspond au milieu biologique avec l'intégrité des systèmes sensorimoteurs jouant un rôle déterminant pour accéder aux flux sensoriels.
- Le troisième pilier est en relation avec le milieu humain, nécessitant la communication entre les individus, d'où l'influence du dialogue tonique sur notre équilibre.

Pour Bullinger (2017, p. 157), l'individu peut s'appuyer sur ce dernier pilier pour rebondir face à des situations désorganisatrices. Il compare ces trois piliers à trois cordes qui tendraient une toile. La surface déployée grâce à ces cordes constitue la surface de « l'équilibre sensori-tonique » (Annexe IV). Grâce à cette surface d'équilibre, nous nous sentons exister et nous adoptons des moyens suffisants pour agir sur le monde. Si l'un des piliers vient à manquer, voire à faiblir, les compensations des deux autres ne sont pas suffisantes pour maintenir cet équilibre. Pour le conserver, le sujet privilégie des situations où les stimulations sont prévisibles et où le milieu est stable.

En conclusion, l'articulation de ces trois milieux permet la formation d'un équilibre psychocorporel chez l'individu pouvant ainsi faciliter ses interactions avec le monde extérieur. Par ailleurs, cet équilibre est sans cesse remanié par ses relations avec l'environnement. La perception de notre propre corps est alors propice à des modifications en fonction des expériences vécues.

2.2. L'effet des flux sensoriels sur notre schéma corporel et notre image du corps

La perception de flux sensoriels, internes et externes, s'impose à notre corps de manière continue et permanente. Lors des interactions entre l'organisme et le milieu, les repères de notre corps sont remaniés en fonction des informations issues de ces flux. Notre représentation corporelle s'effectue grâce à deux concepts indissociables : le schéma corporel et l'image du corps.

Head, neurologue et psychologue, définit tout d'abord le schéma corporel comme « une représentation globale et unique du corps, [...] qui gouverne l'organisation de la posture et la coordination du geste. Le cerveau contiendrait alors un modèle interne des segments corporels, de leur relation, de leur position » (cité par Courraud-Bourhis, 2002d, p. 33). De surcroît, Ajuriaguerra met en lien la construction de notre schéma corporel avec l'importance des flux sensoriels perceptibles :

Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. (Ajuriaguerra cité par Pireyre & Delion, 2011b, p. 104)

Par définition, le schéma corporel est « la source de notre perception du corps » (Courraud-Bourhis, 2002d, p. 33). Il est construit et remodelé en permanence en fonction des informations sensorielles et motrices perçues. Si ces informations sont modifiées, le schéma corporel est également restructuré en s'adaptant à celles-ci.

En 1934, Schilder, psychanalyste, ajoute une dimension psychologique à ce modèle neurophysiologique développé par Head. Il intègre le vécu à la constitution du schéma corporel, en ajoutant l'aspect émotionnel à la motricité déployée lors d'une action. Ainsi, le terme d'« image du corps » naît. Il la définit comme « la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-même » (Schilder et al., 1968, p. 35), telle une représentation symbolique de soi. Elle est singulière et se construit au fil de nos expériences de vie. En conséquence, elle est également remaniée face à nos sensations bouleversées par l'impact de ces flux sensoriels sur notre corps,

en lien avec l'environnement qui nous entoure. Pour Dolto (citée par Pireyre & Delion, 2011a, p. 39), elle représente « une forme de mémoire inconsciente du corps en relation ». D'après elle, « c'est grâce à notre image du corps portée par notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » (Dolto citée par Pireyre & Delion, 2011a, p. 38). Au cours de son développement, l'enfant se construit en lien avec une perception de lui-même, de son corps, mouvante et évolutive, afin de s'adapter à l'ensemble des contraintes internes et externes éprouvées.

3. Vers la découverte de l'équilibre

Le développement est défini comme un « processus de croissance composé d'une dynamique discontinue d'apprentissages de plus en plus élaborés » (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012a, p. 14). Marqué par des arrêts, des retours en arrière, des acquisitions rapides ou plus lentes, le développement est à la fois universel et singulier. Outre des pathologies ou des spécificités morphologiques, l'individu évolue tout au long de sa vie au gré de phases de développement successives, s'inscrivant dans un processus naturel. Cela permet au sujet de s'individualiser et s'individuer pour devenir acteur de sa vie et de son monde. Ainsi, le développement ne représente pas une phase spécifique réservé à l'enfant : « le développement n'a pas d'âge » (Nadel citée par Juillard, 2016).

Je vais cependant m'appuyer sur le développement psychomoteur de l'enfant pour comprendre comment, dès le plus jeune âge, se construit notre équilibre, tant physique à travers la découverte de notre corps, que psychique, dans la rencontre avec l'environnement et le monde. L'éclaircissement sur le développement de l'équilibre chez l'enfant me permettra de construire le parallèle avec une réappropriation de cet équilibre psychomoteur à l'âge adulte.

3.1. Le développement psychomoteur

Durant son développement, l'enfant traverse des phases discontinues, chacune fondée sur des acquis antérieurs, pouvant de plus en plus se spécifier et se complexifier. Au gré de ses acquisitions, l'enfant construit son « capital cumulatif d'expériences et de savoirs » (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012a, p. 14), lui permettant alors d'explorer le monde en profondeur et de se découvrir toujours davantage. L'enfant se fonde également sur ses bases génétiques pour

réaliser ses expérimentations de l'ordre du sensori-moteur, de l'émotionnel, du cognitif et du relationnel, formant un ensemble d'expériences psychomotrices.

Le développement psychomoteur peut être défini comme un « processus continu et dynamique, nécessitant le passage de différentes étapes psychologiques et neurologiques qui marquent l'évolution normale de l'individu dès sa naissance » (Koupernick & Dailly, 1976, p. 4). D'après ces auteurs, le développement psychomoteur est « un mode de compréhension de la genèse de l'acte humain » (Koupernick & Dailly, 1976, p. 1). Il s'élabore selon deux lois primordiales :

- la loi céphalo-caudale : le développement tonique de l'axe permet à l'enfant de constituer son axe corporel du haut vers le bas de son corps. Cela signifie que le contrôle des muscles se réalise d'autant plus précocement que leur localisation se rapproche du cerveau. Ce contrôle musculaire se fait alors des pieds à la tête.

- la loi proximo-distale : en premier lieu, le contrôle musculaire volontaire débute à partir de l'axe du corps pour aboutir à la périphérie. Par exemple, l'enfant maîtrise d'abord ses épaules et ses bras avant ses mains puis ses doigts.

3.1.1. L'enroulement

À sa naissance, le bébé est en position fœtale, enroulé sur lui-même. Cet enroulement est décrit comme « une position d'un état de détente, permettant d'observer une qualité de relâchement, de poids induisant l'expérience de « reposer sur » et de « s'ancrer dans » » (Lesage et al., 2021b, p. 87). Ce rassemblement corporel induit également un enroulement psychique. Effectivement, cette position d'unification est déjà installée lors de la grossesse et permet qu'il se reconnaisse. Elle induit alors un sentiment de continuité pour le bébé, rassurant et contenant. En se reconnaissant dans un monde inconnu, il devient son propre référentiel et intègre les informations extérieures et intérieures à partir de ce qu'il vit. Il est centré sur lui-même, sur son propre corps et doit d'abord intégrer cette position fondamentale d'enroulement suffisamment sécurisante et contenant. Elle est définie comme la base de notre motricité, permettant d'assurer le déploiement des autres étapes du développement psychomoteur, notamment celle de la verticalité : « l'intégration de l'enroulement prépare celle du redressement dans une alternance de mouvement d'ouverture et de fermeture du corps. [...] L'orientation vers le dehors est possible grâce aux débuts de rotations, organisées par les postures asymétriques » (Lesage et al., 2021b, p. 88).

3.1.2. Les rotations

La possibilité d'effectuer des rotations permet à l'enfant d'élargir sa gamme d'habilités motrices et de mettre en lien ses deux hémicorps sur une surface du sol plus grande ; « il y a un passage d'un côté et de l'autre permettant l'intégration d'un axe corporel » (Lesage et al., 2021a, p. 49). Au fil de son développement, le bébé se construit et s'organise progressivement autour de son axe corporel : il commence à prendre en compte l'avant et l'arrière de son corps, le haut et le bas ainsi que les deux côtés à la fois. Cette structuration est permise grâce à ses expérimentations corporelles et à sa compréhension progressive du monde qui l'entoure.

3.1.3. Le jeu des transferts

À travers ses jeux de rotations, l'enfant découvre sa capacité à transférer son poids d'un côté et de l'autre de son corps. Par ce poids, l'enfant ressent ses différents points d'appui et commence à les explorer, en expérimentant les repoussés et les déséquilibres qui se résolvent par des retours au sol « vécus dans la sécurité d'un poids lâché avec confiance, permettant de nouveaux rebondissements » (Lesage et al., 2021a, p. 30). C'est dans ces déséquilibres répétés qu'il va sentir son équilibre et la sûreté de ses appuis. La répétition de ses expériences et, par conséquent de ses mouvements, invite l'enfant à passer d'une certaine maladresse à une fluidité et aisance corporelle plus généralisées. L'appropriation de son propre corps est un long processus d'essai-erreur.

3.1.4. À la découverte du monde

D'après les travaux de Courraud-Bourhis (2002c), lorsque l'enfant est suffisamment coordonné pour passer d'une position à une autre, en conservant une stabilité plus efficace, il entre dans une phase de découverte de son environnement en recherchant un contact avec l'extérieur. Il passe alors d'un référentiel égocentré à exocentré. Petit à petit, il s'érige en tant que sujet dans le monde, en découvrant les conséquences de ses actions motrices sur son environnement. En parallèle, sa motricité se développe avec une libération des membres supérieurs grâce à l'acquisition de la station debout. Effectivement, avant cette position, ses membres supérieurs jouent un rôle locomoteur, une fonction de balancier et de support dans les déséquilibres, qui évolue vers une fonction de préhension, apportant une finesse et une précision manuelle. Les membres inférieurs prennent ainsi davantage la fonction d'exploration, de locomotion et de portage du corps.

3.1.5. L'acquisition de la station debout

L'équilibre de l'enfant est totalement désorganisé par cette nouvelle position. La station debout implique un centre de gravité plus haut et un appui corporel devenant bipodal. Pour acquérir un nouvel équilibre, le corps de l'enfant s'organise en un bloc, fixant la tête sur le tronc. Cela permet de répondre au risque de chute augmenté conséquemment à la réduction de la surface d'appui, au rétrécissement de son polygone de sustentation et à l'augmentation des oscillations. L'adoption d'un écartement des pieds élargi contribue à augmenter la surface d'appui et à acquérir un équilibre plus ou moins stable, afin d'atteindre l'acquisition de la marche. (Courraud-Bourhis, 2002c)

3.1.6. La maîtrise de la marche

La maîtrise de la marche, acquise en moyenne vers 13/14 mois, induit une coordination générale mais plus complexe, entre le haut et le bas du corps. Le contrôle de la bipédie est une longue conquête, qui requiert une réorganisation de l'équilibre centrée sur le bassin et sur la maîtrise de l'alternance des mouvements des membres inférieurs et des appuis pédestres. Ce n'est qu'à l'âge de 7 ans que l'enfant passe du fonctionnement en bloc de l'ensemble tête-tronc à un fonctionnement plus articulé, induit par la maîtrise totale des membres inférieurs. L'enfant réorganise progressivement la dissociation entre les mouvements de la tête et du tronc, même dans les situations menaçant son équilibre. À ce stade, la stabilisation du regard sur l'environnement est le référentiel principal pour qu'il maintienne son équilibre. À 10 ans, le mode de fonctionnement de l'enfant correspond à celui de l'adulte. Il bénéficie d'un degré articulaire performant, lui permettant d'être plus libre dans ses stratégies pour se rééquilibrer, en fonction des situations. L'acquisition d'une stabilité au travers d'un meilleur contrôle postural requiert alors une faible charge attentionnelle. Le sujet peut se tourner vers des activités cognitives plus avancées et complexifier la tâche posturale. Cependant, toute confrontation à un contexte inhabituel fait retourner l'individu à une phase antérieure du développement, en le confrontant à une situation nouvelle mais semblable à son vécu de plus petit. (Courraud-Bourhis, 2002c)

3.1.7. S'ériger en tant que sujet

La motricité étant indissociable du psychisme, c'est en devenant autonome, par la préhension, la marche et le redressement, que l'individu affirme son identité en tant que sujet. En effet, l'acquisition de la marche représente une période de transition dans le développement du contrôle postural et, également, dans le développement psychique de l'enfant. Cette étape développementale suscite une grande excitation et une jubilation chez l'entourage, partagées également par l'enfant. Effectivement, accompagné du plaisir d'exploration et de la découverte de nouvelles sensations, l'enfant est traversé par un sentiment de toute-puissance, transformant son image corporelle et son action sur le monde : « l'enfant prend possession de sa verticalité et d'un espace dans lequel il est mobile. Rien ne peut lui résister » (Delion & Vasseur, 2012, p. 153). Ainsi, il adopte la position fondamentale de l'homme. En intégrant une bipédie permanente, capable de mobilité, l'enfant jouit d'une possibilité d'agir sur l'extérieur. Cette nouvelle capacité à se déplacer induit, petit à petit, un besoin de se différencier et de s'autonomiser face à un environnement qui pourtant, demeure un appui nécessaire tout au long de sa vie.

Face à un entourage suffisamment sécurisé et adapté, l'enfant est observé et écouté, à travers ses mouvements et également, à travers ses variations toniques, qui évoluent au gré de ses progrès fonctionnels.

3.2. Le tonus et le dialogue tonique

Le tonus vient du grec *tonos* qui signifie « tension ». Il se définit comme « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions synchroniques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 161). Il existe différents types de tonus en fonction de l'activité exercée :

- Le tonus d'action, qui est impliqué dans la contraction musculaire volontaire participant à la réalisation d'une action.
- Le tonus de soutien, qui concerne le maintien d'une attitude permettant de soutenir une position, une posture comme la station debout.
- Le tonus de fond, qui représente « la contraction minimale, ou l'état de légère excitation d'un muscle au repos. Il représente le tonus minimal présent dans le corps [...] décrit comme le lieu d'inscription de l'affectivité » (Amiel-Tison cité par Pireyre & Delion, 2011b, p. 101).

Pour Robert-Ouvray et Servant-Laval, le tonus de fond contribue en première fonction, à ressentir notre corps comme une unité. Il assure une certaine cohésion de l'ensemble du corps par le maintien des segments corporels entre eux. La qualité de ce lien soutient le sentiment « d'unité corporelle » et participe au processus d'« individuation », construisant une véritable « enveloppe tonique » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 173). Cette enveloppe tonique est assurée notamment par un tonus postural, défini par « une activité tonique minimale permettant le maintien des « mises en forme corporelles » (postures) et de leur équilibre » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 173).

Pour ces autrices, la posture témoigne également d'une « façon de se tenir, d'être », dans une dimension plus psychique. Elles mettent en lumière le lien entre le mouvement corporel, accompagné de sa dimension affective, avec son environnement :

L'être humain bénéficie d'une architecture mise sous tension par des variations toniques dépendantes de la maturation du système nerveux central et de la qualité des relations à autrui. Paradoxalement, c'est l'incarnation de cette organisation de base qui est la condition d'accès à la psyché. Être un corps, c'est avoir été affecté par l'autre. La souffrance comme le plaisir psychomoteur naissent de l'espace des rencontres toniques. (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 46)

Effectivement, le second rôle du tonus, décrit par ces autrices, induit la dimension relationnelle du tonus. Elles définissent l'état tonique du sujet comme « la modification de l'expressivité corporelle en fonction de la force qu'il exerce sur les muscles des postures et sur les muscles d'expression. » (2015, p. 175). Pour Wallon (cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 175), le tonus se caractérise comme « le substrat physiologique des émotions ». Il est le témoin de l'état émotionnel de chacun. Les émotions naissent et s'expriment par les variations toniques et les sensations issues de ces variations.

Le recrutement tonique se développe à travers les interactions avec le milieu et, parallèlement, sa régulation s'effectue en adaptation aux échanges avec l'extérieur. Cette fonction de communication avec l'environnement est définie par la tonicité du sujet, c'est-à-dire la manière dont l'individu communique avec son tonus. La mise en forme du corps au travers de diverses postures permet d'exprimer cette tonicité, traduisant à l'autre notre propre état tonique. En

s'adaptant à l'état tonique d'autrui, un véritable dialogue tonique s'élabore entre les deux corps des sujets.

Ajuriaguerra définit le dialogue tonique comme une « alternance d'expression entre deux ou plusieurs protagonistes » (2017a, p. 171). Le dialogue tonique induit davantage d'informations tonico-émotionnelles circulant entre les différents corps des acteurs de la discussion :

Il se crée un lien empathique de résonance intime, qui mobilise chaque protagoniste et le remanie dans ses fondements. C'est une participation qui oriente le corps – posture, geste, tonus – et donne à vivre des états corporels, qui modulent donc l'image du corps. (Ajuriaguerra et al., 2017a, p. 172)

Par sa qualité relationnelle, la tonicité du sujet enrichit le discours verbal, s'exprimant à travers un langage infraverbal, ressenti et interprété corporellement par l'interlocuteur. Ce dernier s'adapte à ce dialogue et l'enrichit à son tour. C'est une communication corporelle, à la fois conscience et inconsciente, que Robert-Ouvray et Servant-Laval métaphorisent en « une contagion qui passe d'un corps à l'autre » (2015, p. 178). Ce dialogue tonique est la clé des premiers liens entre le parent et son enfant. Leur ajustement réciproque s'effectue sur un mode vibratoire que Wallon (cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 179) décrit selon quatre modalités : porter, palper, parler, penser.

- Le porter : lien tonique

Selon Wallon (cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 179), « le lien tonique est nourri par les premiers portages et les soins donnés à l'enfant ». La qualité de ces portages apporte une dimension contenant qui induit un sentiment de sécurité chez l'enfant. Ce « holding », pour reprendre le terme de Winnicott (2009, p. 16), témoigne de la façon dont le parent porte son enfant tant sur le plan psychique que corporel.

- Le palper : lien sensoriel

Winnicott (2009, p. 16) conceptualise le terme de « handling » pour désigner les soins que prodigue le parent à son enfant. À travers de doux et affectueux touchers durant les soins, le parent s'ajuste à la tonicité de son enfant qui, en parallèle, peut s'appuyer sur celle de sa figure parentale, l'amenant généralement à de l'apaisement.

- Le parler : lien affectif

En s'occupant de son enfant, le parent transmet de l'intention à son bébé, tant au niveau de ses gestes que par ses paroles. Lorsqu'il parle à son bébé, il tend à s'ajuster à ce que vit l'enfant et cherche à deviner ses besoins pour mettre du sens. Cela permet au bébé de comprendre ses ressentis pour devenir, progressivement, acteur de sa vie et sujet de son corps.

- Le penser : lien de pensée

Étant donné l'immaturation psychique du bébé, le parent est amené à penser pour lui, en transformant ses vécus désorganiseurs et ainsi « détoxifier son vécu ». Ici, la fonction alpha de Bion (cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 180) est mise en jeu : les éléments « bêta » représentent les émotions subies par le bébé comme sources angoissantes et terrorisantes. Par ses gestes et ses paroles, le parent apaise son enfant en intériorisant et en « détoxifiant » ses angoisses. Il endosse par conséquent la fonction « alpha ».

À travers ces quatre modalités, le parent s'ajuste pour être au plus près des besoins de son enfant. Winnicott (2009, p. 10) décrit cet ajustement par le concept de « préoccupation maternelle primaire ». Il qualifie cette notion comme un état de grande sensibilité du parent, et généralement de la mère, éprouvé pendant la grossesse et durant les quelques semaines qui suivent la naissance. À ce moment, l'enfant et le parent semblent ne former qu'un être unique. Au fil de son développement, cet état s'amoinde pour laisser place au concept de « la présentation de l'objet » élaboré par ce même auteur (2009, p. 16). Ce terme évoque la façon de présenter à l'enfant les objets et le monde environnant grâce aux soins maternels. Progressivement, la mère permet à l'enfant de s'ouvrir au monde, en lui laissant la place de devenir un sujet plus autonome, plus affirmé, plus acteur.

Par ces quatre modalités, le bébé entre en relation avec son parent. Par extension, il communique avec son environnement par des cris, des pleurs et un recrutement tonique témoignant de cet état de désorganisation. Les variations de son activité motrice sont des réponses aux sensations éprouvées par son propre corps et aux stimulations exercées par l'environnement. À travers son état tonique, le bébé informe son entourage de son état intérieur. Par conséquent, l'environnement réagit à l'aide d'une traduction adaptée à cette expression, régulant ainsi le tonus de l'enfant.

3.3. Prendre appui

Tout au long de son développement, la présence de l'autre dans un environnement sûr et prévisible est primordiale pour l'évolution motrice et la structuration psychique du bébé. En jouant un rôle d'interprète, le milieu permet l'intégration et l'intériorisation de ses sensations et de ses ressentis provenant de son propre corps. Avant de se détacher et de devenir davantage autonome, le bébé a donc besoin de prendre appui sur son environnement, pour apprendre à se découvrir, à se reconnaître, à se construire et par conséquent, à devenir un sujet à part entière. Un appui est défini comme « une action de s'appuyer sur un support afin d'exercer un repoussé permettant un redressement » (Dictionnaire Le Robert en ligne, 2023a). Ainsi, en s'appuyant sur son entourage, il s'autorise à se décoller de son parent pour satisfaire sa volonté d'agir sur le monde, le poussant à évoluer dans son propre corps. En intégrant ses diverses expériences, il apprend petit à petit à prendre appui sur lui-même, sur son propre corps pour assouvir ses besoins et continuer de grandir tout en s'individualisant. Le parent reste toujours psychologiquement présent pour l'enfant, qui a pu acquérir suffisamment de sécurité et d'affectivité pour intérioriser les expériences vécues à ses côtés.

D'après Robert-Ouvray, « la relation identifie l'humain » (2004b, p. 98). Grâce à l'autre, nous devenons nous. Un équilibre psychique entre le besoin de l'autre et d'autonomie s'établit, en parallèle d'un équilibre plus fonctionnel, qui ne cesse de se développer. Ainsi, l'enfant acquiert un équilibre physique stable et un équilibre psychique pérenne.

4. Un trouble de l'équilibre d'apparition brutale

4.1. Une désorganisation psychocorporelle

4.1.1. Le corps en relation

En perpétuelle construction, le corps est un édifice qui ne cesse d'évoluer. « Sentir son corps » (Lesage, 2014b, p. 19) demande un investissement corporel, spontanément en lien avec la sphère affective. Pour Lesage, son édification résulte également d'une identification propre à soi. Robert-Ouvray définit cette notion d'identification comme le fait de « se percevoir comme une mise en forme de son identité [...] en se percevant comme entité stabilisée dans le temps et dans l'espace » (2004b, p. 99). Cette construction corporelle s'élabore en interaction permanente avec l'environnement, en relation avec autrui. Ce lien humain renvoie aux concepts de « holding » et de « handling » élaborés par Winnicott (cité par 2009, p. 16), développé dans mon écrit. Chaque

stimulation reçue et perçue du monde extérieur sur son propre corps est ressentie corporellement et traitée psychiquement, par le système nerveux du sujet. Ce système effectue « un travail de synthèse et de régulation constante, construit des représentations de représentations qui aboutissent à la conscience » (Lesage, 2014b, p. 20). L'intégration de nos sensations et de notre capacité d'exécution résulte de la coordination de ces deux sphères, psychique et corporelle. La pathologie témoigne particulièrement de cet étayage réciproque. Le psychique et le corps étant indissociables, l'effraction de l'un ou de l'autre laisse apparaître une désorganisation psychocorporelle globale.

Lesage définit le terme psychocorporel comme un « étayage réciproque du psychisme au corporel » (2014b, p. 29). Ainsi, ce terme « ne renvoie pas à un primat du psychique sur le corporel, encore moins une hiérarchisation qui placerait le corporel sous l'influence du psychique » (Lesage, 2014b, p. 29). Le corps et le psychisme se définissent à travers une complémentarité et une influence réciproque, soutenant l'un et l'autre et l'un dans l'autre. Un travail autour du corps permet alors un travail au niveau psychique. Par exemple, un mouvement de bras est à traiter au niveau physiologique du geste et également comme « un appel à l'attention, l'intention, la conscience » (Lesage, 2014b, p. 29) de ce geste. Il faut ainsi prendre en considération son exécution et la manière dont il est exécuté, c'est-à-dire l'intentionnalité donnée au mouvement. En partant de cette réciprocité, cela élude toute dichotomie du corps et de l'esprit comme pensé aux XVIème et XVIIème siècles, par le courant dualiste. La combinaison de la sphère psychique et corporelle est le fondement même de la psychomotricité. Sa prise en charge en tant que psychomotricien ne peut se soustraire à cette combinaison : « aucun engagement corporel ne peut se faire sans participation psychique [...] » (Lesage, 2014b, p. 28).

4.1.2. Passage d'un corps à son corps

Pour Lesage, cette désorganisation globale témoigne que « nous construisons notre perception du monde à partir de notre structure corporelle, éprouvée et représentée » (2014b, p. 25). Notre organisation psychomotrice se bâtit sur l'expérience d'une vie entière faite de mouvements et d'interactions teintées d'intentions et d'émotions. Avant de pouvoir se représenter le corps comme notre corps, identifié et affecté, Piaget (cité par Lièvre & Staes, 2012, p. 17) développe quatre paliers qui amènent le sujet à s'approprier son corps et ainsi, à apprivoiser le monde qui l'entoure : le corps subi, le corps vécu, le corps perçu et le corps connu.

- Le corps subi

Lors de ses premiers mois de vie, le bébé subit son corps : il ne le contrôle pas, n'en comprend pas entièrement le fonctionnement. Il est dépendant de son entourage pour répondre à ses besoins dont lui-même ne connaît pas les réponses pour les assouvir.

- Le corps vécu

Au fil de son développement, le bébé enrichit ses expériences sensori-motrices. Vers l'âge de 3 ans, toutes ses actions sont orientées en direction d'un but à atteindre pour satisfaire ses désirs. De plus, à cet âge, l'enfant commence à devenir propre, témoignant ainsi sa capacité à maîtriser progressivement son corps.

- Le corps perçu

Cette maîtrise évolue entre 3 et 7 ans. Elle permet à l'enfant de perfectionner ses gestes et mouvements afin qu'il puisse les corriger, les améliorer et leur donner un aspect plus symbolique. Ils deviennent alors une source d'expressions et de communications : les émotions ressenties sont traduites davantage par la gestuelle et les mimiques. Lors de cette période, il y a également l'installation de la latéralité, indiquant une préférence d'utilisation d'une des parties symétriques du corps.

- Le corps connu

Enfin, le corps devient un véritable théâtre de la pensée de l'enfant à travers ses aptitudes et ses mouvements, communicatif de son état psychique envers son environnement. L'individu est alors conscient des conséquences de ses actions sur le monde et sur son propre corps. D'après les réactions de son entourage, l'enfant va modifier son attitude afin de se conforter ou de s'opposer aux attendus. Il est capable de s'adapter et de répondre de manière adaptée aux désirs et besoins de son milieu. Le corps connu est alors un « corps exprimé », un « corps maîtrisé » et ainsi, « un corps représenté ».

La brutalité d'un accident peut amener le sujet à revivre ces différentes étapes en fonction des symptômes secondaires, bouleversant les différents repères corporels du sujet. En effet, il est amené à se réapproprier un corps différent pour se reconnaître à travers son nouveau fonctionnement et ses nouvelles capacités.

4.2. Un accident neurologique : source d'altération des repères corporels

4.2.1. Le rôle du psychomotricien auprès de patients atteints de pathologies neurologiques

Dans le cas d'un accident cérébral ou médullaire, cela provoque une déstructuration autant corporelle que psychique. L'incident est brutal, imprévisible, et bouscule les repères du corps du sujet. Il balaye ses assises corporelles préétablies amenant le sujet à se retrouver dans un corps dont le fonctionnement lui échappe. Les symptômes conséquents à cet accident demandent un ajustement et une adaptation pour accepter et s'approprier ce nouveau corps. Sa désorganisation comme sa réorganisation s'effectuent tant sur le plan psychologique que corporel. Ajuriaguerra insiste sur le fait qu'un « défaut musculaire engendre un défaut de l'activité mentale et en complément, marque un déficit dans sa conscience corporelle » (2017a, p. 175).

Face à l'ensemble de ces perturbations aussi bien corporelles que psychiques, le psychomotricien accompagne le patient « au corps défaillant et à l'image du corps bouleversée dans le réinvestissement de leur corps, de leur mobilité et de leur sentiment d'identité » (Baylot et al., 2022, p. 270). À la suite de l'accident, le psychomotricien cherche à comprendre comment le patient se perçoit, la manière dont il investit son corps afin de l'étayer dans sa réappropriation corporelle. Au travers de diverses expérimentations sensori-motrices, il invite le patient à prendre conscience de ses déficits et également de ses capacités, afin d'investir progressivement ce « nouveau » corps : « le passage par l'éprouvé corporel prend ici tout son sens » (Commare et al., 2022, p. 357).

4.2.2. Un choc corporel, un bouleversement identitaire

Malgré les évolutions des déficits moteurs et sensitifs, le sujet peut difficilement accepter la situation qui lui est imposée. En reprenant l'exemple d'un accident cérébral ou médullaire, c'est le corps lui-même qui fait défaut, ce qui rend la situation d'autant moins acceptable et intégrable. Ce corps pouvant être souffrant, lieu de douleurs persistantes, de tensions multiples, d'absence de plaisir jusqu'à une perte totale de sensations, provoque une violence chez le sujet. Le patient se retrouve confronté à un flou de sa propre identité, dans un corps qui « risque de muer d'un corps en « corps étranger », en un « ennemi intime » » (Liotard, 2010, p. 109).

Pour Robert-Ouvray (2004a, p. 63), la question de l'identité ne se résume pas à répondre à « qui je suis ? » mais plutôt à « qu'est-ce que je sens ? ». Elle effectue ainsi le parallèle entre des vécus traumatiques, impactant le lien corps-psyché du patient, aux sensations vécues par le bébé. Soumis au champ sensori-moteur réflexe du début de vie et aux interactions extérieures au travers d'un système neuromoteur immature, le bébé réagit à ces stimulations avec des réactions corporelles spécifiques, appelées réflexes primaires. La recherche de ces réflexes est par conséquent une manière d'observer d'éventuelles lésions cérébrales et le niveau d'immaturité, nécessaire au bon développement futur du bébé.

Chez un patient adulte, la perte de ces réflexes et, de manière plus générale, l'apparition de déficits sensori-moteurs suscite de « perdre un équilibre autrefois acquis, faisant écho à une sensation de perdre la personne que nous étions » (Robert-Ouvray, 2004d, p. 229). Le psychisme étant indissociable du corps, la perte de capacités fonctionnelles induit un sentiment de perte et un travail psychique de deuil indispensable pour le sujet.

4.2.3. Le deuil nécessaire à un réinvestissement de soi

Tout au long de notre vie, nous sommes confrontés à des pertes qui sont, généralement, compensées par des gains. Cependant, une perte reste toujours un événement désorganisateur où le sujet a besoin d'élaborer un travail psychique pour pouvoir surmonter la situation. Pour cela, le sujet entame un travail de deuil. Il se définit comme :

Un ensemble de réactions physiques, psychologiques, affectives et comportementales à la perte d'une personne aimée, mais aussi d'un animal, d'un objet ou d'une valeur auxquels on est fortement attaché. Il est justement déterminé par la nécessité de modifier cet attachement du fait de la disparition. (Vanoverskelds, 2004)

La psychiatre américaine Kübler-Ross (citée par Vanoverskelds, 2004) développe six phases nécessaires au processus de deuil :

- Le choc se caractérise par un état de sidération, coïncidant notamment avec l'annonce de la situation.
- La dénégation survient généralement à la suite du choc, lorsque le sujet n'est pas encore prêt à se confronter à la réalité. De toutes ses forces, inconscientes ou conscientes, le sujet tente de rejeter cette réalité angoissante. Il est dans le déni de l'événement passé.

Le déni est un processus psychologique utile mais, par la possibilité de chronicisation, qui peut devenir pathologique.

- La colère ou l'agressivité témoignent que le sujet cesse de nier et se laisse atteindre par la réalité de la perte, engendrant un sentiment d'injustice face à une situation qu'il juge inacceptable, qui échappe à son contrôle. La colère est un mouvement agressif contre quelqu'un, contre quelque chose ou contre soi-même. L'agressivité est une réaction utilisée par le sujet pour exprimer cette colère.
- La dépression, ici perçue sous un angle non pathologique, s'installe progressivement quand le déni laisse place à une prise de conscience. La perte n'est plus rejetée, n'est plus minimisée. Au contraire, elle est mise en lumière et est omniprésente dans les pensées de sujet. Durant cette phase, il intériorise la situation et, progressivement, comprend ce qu'il s'est passé.
- La phase de négociation ou de marchandage atteste que le sujet persiste accrocher au passé tout en acceptant de percevoir sa nouvelle réalité. Il oscille entre l'acceptation de la perte et le souhait de retourner à l'état antérieur. Cette ambivalence est ressentie par le sujet et exprimée différemment en fonction des personnes présentes.
- La phase d'acceptation ou d'adaptation dénote que le sujet parvient à vivre avec ses capacités et ses pertes, en s'autorisant à envisager des projets en adéquation avec sa nouvelle réalité et en évoquant le passé sans nostalgie. Cette phase de réorganisation amène le sujet à se décentrer de cette perte, pour investir d'autres champs, d'autres activités et progressivement, se rouvrir au monde, dans le moment présent.

Le sujet parcourt ces différentes étapes qui peuvent être « sautées » ou revisitées de nombreuses fois pendant tout le travail de deuil. Elles ne sont pas forcément toutes traversées, le deuil n'est pas un processus linéaire. Pour surmonter l'ensemble de ces étapes, le sujet a besoin de pouvoir prendre appui autant sur un entourage adapté et attentif qu'en puisant dans ses propres ressources pour faire face à ses difficultés et lui permettre, par la suite, de mieux gérer les problématiques futures. Cette capacité est propre à chacun de nous et est évoquée sous le terme de résilience. Face au deuil, nous réagissons tous différemment grâce à notre propre capacité de résilience. Cyrulnik définit la résilience comme « la capacité de réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (2002, p. 2). Pour lui, la capacité de résilience représente la capacité à donner du sens à son existence, et ce, malgré les obstacles que nous pouvons rencontrer. D'après cet auteur (2002, p. 10), les clés de la résilience sont :

- Les ressources internes, les aptitudes psychiques que chacun a en lui.
- Les ressources environnementales, en fonction du milieu dans lequel nous vivons, de notre entourage et de leur capacité à nous soutenir.
- Du sentiment d'appartenance, lié au ressenti d'être socialement inclus.
- La curiosité de l'autre, l'intérêt que nous portons à notre entourage et, en extension, au monde environnant.

Lors d'une perte, naturelle ou brutale, un travail psychique de deuil s'élabore chez l'individu. Ce processus naturel permet à l'individu, dans une temporalité qui est la sienne, d'accepter la situation et d'en apprivoiser les conséquences. Cela l'amène à réinvestir le monde, à se réinvestir pour continuer d'être acteur et sujet malgré le bouleversement des repères corporels et psychiques. Au gré du développement, l'individu est soumis à ce processus physique, psychique et psychomoteur induit par des pertes qui commence dès sa naissance et qui se poursuit jusqu'à son dernier souffle, pour ainsi trouver son équilibre.

L'équilibre est donc un état qui résulte de multiples acteurs mis en jeu aussi bien au niveau moteur que psychique. À travers la découverte de son équilibre, l'enfant parcourt le monde en devenant de plus en plus maître de son corps et maître de sa vie. L'environnement représente un support à son exploration, le parent en est un interprète. Grâce aux diverses interactions avec le monde, l'enfant apprend à se rencontrer et à se connaître. Cependant, lors de son développement, il peut également être soumis à un environnement non adapté et faire alors « l'expérience d'un lâchage s'il ne se sent pas suffisamment soutenu et sécurisé, s'il lui manque la possibilité de s'appuyer, de se récupérer dans ses appuis et de s'enrouler » (Lesage, 2014d, p. 43). Par conséquent, la construction de son axe aussi bien corporel que psychique est à (re)questionner, à (re)construire, à (ré)adapter et à (ré)éduquer. Cette expérience peut être mise en parallèle avec les patients victimes d'un accident cérébral ou médullaire. Face à un corps qui n'a pas tenu, qui ne tient plus, il faut apprendre à de nouveau pouvoir s'y appuyer, notamment grâce à un environnement sécurisé et adapté, pour pouvoir se redresser corporellement et psychiquement afin de retrouver un équilibre.

Finalement, comment l'accompagnement psychomoteur offre-t-il des appuis pour préserver l'équilibre chez une patiente adulte ?

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

1. Quand l'équilibre est rompu

1.1. Un déséquilibre physique : un remaniement du schéma corporel et de l'image du corps

À la suite de son accident, Mme K. s'est retrouvée prisonnière d'un corps dont le fonctionnement lui échappe. Elle a subi une perte brutale de ses repères corporels, provenant d'une altération de son propre corps. Cela a engendré de grandes angoisses, comparables à un vécu de mort imminente d'après le pronostic des médecins. Aujourd'hui, malgré l'évolution de ses troubles sensitivo-moteurs, Mme K. se retrouve toujours contrainte par ses déficits. Son développement est entravé et est marqué par un retour à des stades développementaux antérieurs, provoquant un bouleversement au niveau corporel et psychique.

1.1.1. La chute, un bouleversement physique et psychique

La perturbation des fonctions motrices de Mme K. engendre des compensations physiologiques nécessaires au maintien d'un équilibre fonctionnel suffisamment stable pour lutter contre la gravité. Lors de la prise en charge de cette patiente, j'observe une asymétrie de ses appuis en diminuant ceux de son côté gauche, davantage déficitaires, et en plaçant plus de poids sur son hémicorps droit. Or, le maintien de l'équilibre est atteint lorsque le poids du corps est réparti de manière égalitaire entre ses deux hémicorps. Ainsi, ce déséquilibre des appuis chez Mme K. provoque inévitablement un déséquilibre corporel et un sentiment d'insécurité permanent. De plus, l'appréhension à se mobiliser engendre une raideur corporelle et un trouble de sa régulation tonique, qui perturbent la fluidité de ses mouvements. De ce fait, moins elle se mobilise et plus la probabilité de chuter devient conséquente face à ses compensations inadaptées. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la chute comme « le fait de se retrouver involontairement au sol ou dans une position inférieure par rapport à sa position de départ » (2023b). Ainsi, contre sa volonté et son contrôle, il y a une perte des appuis corporels qui désorganise le sujet aussi bien physiquement que psychiquement. Nous pouvons donc imaginer que les chutes répétées de Mme K. provoquent une douleur physique et psychique, conduisant à une détérioration de son image corporelle. Cela engendre une perte de confiance et d'estime d'elle-même, associées à un sentiment de perte de maîtrise de son corps. La chute est donc définie comme un vécu brutal d'effondrement corporel, qui renvoie à un effondrement psychique plus profond.

1.1.2. Un accident médullaire : une lésion de l'axe

Pour Mme K., l'origine de ses chutes provient des retentissements de son accident médullaire. Par définition, une lésion de la moelle épinière est une lésion au niveau de la colonne vertébrale, soit une lésion de l'axe anatomique qui interrompt son « rôle de lien organique de l'ensemble du corps » (Dictionnaire Le Robert en ligne, 2023b). Cet accident provoque donc un morcellement des différents segments corporels, qui ne sont plus en relation par cet axe. Ainsi, ce dernier n'est plus « fort, souple et équilibré », ne permet plus l'émergence d'un « mouvement juste » et devient donc un obstacle à ressentir des « sensations d'harmonie et d'aisance, de force et de stabilité, de souplesse et de fluidité, de disponibilité » (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012b, p. 35). La rupture de la colonne vertébrale empêche Mme K. de retrouver des appuis pour se redresser physiquement et ne lui permet pas d'accéder à la verticalisation. En répercussion, la construction de son axe corporel comme « pilier soutenant l'intégrité corporelle et psychique [...], source d'identité » (Hilion, 2011) est obstruée. Cela se retrouve dans le premier dessin du bonhomme de Mme K. (Annexe I). En effet, il n'y a pas de corps, pas de tronc et donc, pas d'axe. Face aux nombreuses répercussions sur le corps et sur la vie de Mme K., l'accident médullaire engendre une certaine régression dans son développement.

1.1.3. L'incontinence, un silence masquant l'humiliation ?

En repassant par des étapes développementales antérieures, Mme K. revit ce flou corporel, comparable au vécu du bébé. En premier lieu, ce dernier ne connaît pas et ne maîtrise pas encore son corps. Pour l'investir, il a besoin de le comprendre et de pouvoir le contrôler. Un exemple qui indique que l'enfant commence à diriger son corps est lorsqu'il apprend à maîtriser ses différents sphincters. Or, cette étape est également un obstacle pour Mme K. chez qui, ce contrôle est difficilement possible à cause de ses troubles sphinctériens. Face à ce corps qui ne répond plus comme avant, les conséquences envahissent la perception que Mme K. a d'elle-même, la manière dont elle se regarde et s'investit. Avoir l'impression de ne pas se maîtriser, qu'un accident peut arriver à tout instant demeure angoissant et dégradant, voire humiliant pour le sujet qui le vit. L'incontinence reste un sujet délicat à évoquer avec les patients. C'est peut-être pour cette raison que Mme K. ne l'a pas abordé lors du suivi. Cela reste une hypothèse. De plus, n'observant pas de gêne sur ce sujet lors des exercices, notamment de mises en mouvement, ce problème n'a pas été introduit durant les séances. Cependant, l'impact sur l'intégrité corporelle et psychique n'en demeure pas moindre.

1.1.4. La douleur : source angoissante de désinvestissement corporel

Cette intégrité corporelle et psychique est également limitée par la présence de ses douleurs neuropathiques intenses, qui la renvoient sans cesse à cet accident et ses déficits. Par conséquent, un profond désinvestissement corporel semble être la solution pour tenter de rendre ses sensations supportables. D'après la HAS (2023a), la douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite dans des termes évoquant un tel dommage ». Elle engendre « une expérience qui a des effets de transformation sur l'équilibre somatopsychique, sur les représentations, sur les relations à l'autre, voire des enjeux identitaires » (Barfety-Servignat & Bioy, 2022, p. 11). Ainsi, cette sensation redéfinit la perception que Mme K. a d'elle-même et de son propre corps. Au niveau sensoriel, la douleur représente une « expérience d'angoisse et d'éprouvé sensoriel soudain, saisissant, auquel il n'est pas possible de se soustraire » (Barfety-Servignat & Bioy, 2022, p. 15). Mme K. témoigne de ses angoisses lorsqu'elle nous indique soudainement de « ne rien ressentir sous [ses] pieds ». Elle établit elle-même le lien entre ses troubles sensitifs et l'impact de la douleur sur ses sensations. En réponse, le moyen de réassurance mis en place est d'amener Mme K. vers une reconnexion avec ses ressentis corporels à l'aide de stimulations sensorielles, tout en tentant de réguler son tonus pour pallier cette carapace tonique mise en place lors des moments d'appréhensions et de désorganisations. Le fait que Mme K. puisse également effectuer ces exercices à domicile témoigne bien de leur importance pour tenter de conserver cet « équilibre somato-psychique » malgré la persistance des douleurs.

Les angoisses de Mme K. illustrent l'impact du traumatisme corporel sur l'image que son corps lui renvoie, sa propre image du corps, redéfinissant de nouveaux repères au niveau de son schéma corporel, de nouvelles dimensions corporelles et bouleversant son sentiment identitaire et son estime d'elle-même. D'après Ciccone, « la scène corporelle est un lieu de transit de la réalité psychique et la réalité physique [qui] se construit à partir de l'expérience corporelle » (2010, p. 43). Ainsi, les déficits sensori-moteurs de Mme K. provoquent un remaniement global autant corporel que psychique. Un manque d'appui corporel engendre en conséquence une défaillance de la solidité interne du sujet.

1.2. Un déséquilibre psychique, source d'un remaniement identitaire

1.2.1. Le corps : un lieu de traumatismes douloureux

En revenant sur le parcours de vie et de soins de la patiente, je prends conscience du traumatisme de son accident autant corporel que psychique, qui a fortement impacté Mme K. dans son histoire et son investissement corporel. En définition, d'après Laplanche et Pontalis, un traumatisme psychique est « un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique » (2007, p. 499). Il marque une rupture d'un état antérieur et entraîne une désorganisation du schéma corporel et de l'image du corps, soit « une fragilité générale de l'état de santé physique et psychique qui sont alors indissociables » (Barrou et al., 2019, p. 61). En effet, le désordre que provoque ce traumatisme psychique se répercute sur le corps de Mme K., en lien avec ses déficits fonctionnels et ses sensations de brûlures qui en découlent. Par ailleurs, « la douleur se colore de l'histoire individuelle du sujet » (Barfety-Servignat & Bioy, 2022, p. 15). Ainsi, l'histoire douloureuse de Mme K. ne vient-elle pas s'exprimer sous le registre de la douleur ? D'après Breton (cité par Barfety-Servignat & Bioy, 2022, p. 16), « la douleur et le traumatisme entretiennent des liens étroits dont l'un des points de jonction est le débordement des capacités du sujet à donner du sens à ce qui lui arrive ». Ce manque de clarté peut être mis en lien avec la difficulté chez Mme K. à parler d'elle, à exprimer ses ressentis, à se décoller de nos paroles et de nos gestes pour exprimer les siens et dévoiler en tant que sujet à part entière dans sa prise en charge et, par extension, dans sa vie. « À tout âge de la vie, les manifestations du dysfonctionnement neurologique ont des répercussions psychiques et identitaires majeures et constituent un traumatisme narcissique » (Baylot et al., 2022, p. 290). Ainsi, au niveau psychique, ce « véritable vacillement identitaire » (Barfety-Servignat & Bioy, 2022, p. 15), au caractère traumatique, provoque un sentiment d'incompréhension, de perte de contrôle aussi bien sur son corps que sur sa vie. Le « sentiment d'étrangeté » (Barfety-Servignat & Bioy, 2022, p. 16) peut alors devenir quotidien et amener le patient à s'isoler du monde face à ce corps défaillant et vulnérable.

1.2.2. L'impact de la culture sur la représentation du corps

Nous ne pouvons négliger le possible impact de la culture guinéenne de Mme K. sur sa représentation corporelle. Effectivement, la représentation du corps et de la pathologie à travers une vision occidentale qu'est la mienne diffère de celle en Afrique et donc en Guinée. En me renseignant sur les cultures de ce continent et le regard que la population porte sur la maladie,

cela me renvoie rapidement à des conceptions plus croyantes et mystiques, contraire aux explications plus rationnelles de notre médecine européenne. En Afrique, la maladie peut être davantage perçue sous un modèle endogène, c'est-à-dire que « les pathologies viennent ou partent de l'intérieur du sujet malade [...] telles une dégénérescence interne de l'individu » (Campel Camara, 2013). L'origine de la souffrance vient alors de « l'inaptitude de l'organisme à répondre aux exigences de la vie normale, [...] aux conflits psychologiques propres au sujet, [ou encore] au manque de foi religieuse » (Campel Camara, 2013). Le sujet atteint est considéré comme responsable de sa pathologie à cause de ses pensées, de ses intentions ou de ses croyances. La punition est donc une souffrance physiologique, source de perturbations psychologiques. Les personnes malades peuvent être perçues comme « habitées de diables » (Campel Camara, 2013) ou « victimes de mauvais sorts, [...] auteurs de sorcellerie » (Mouanga et al., 2018), rejetées alors par leur village et leur famille. Elles peuvent également s'isoler de leur propre gré pour se cacher de cette maladie, preuve de pêchés et d'offenses.

Mme K est discrète sur ses origines. Cela reste donc des hypothèses au regard de son passé. Cependant, l'absence d'une étiologie claire sur son accident et les mots disant « qu'elle était foutue » laissent des traces qui peuvent prendre corps dans son histoire. De plus, elle déclare être toujours proche de sa famille et indique vivre grâce à leurs ressources et ceux de son village. Il est donc possible que son isolement géographique soit sa volonté pour ainsi, se cacher et se dérober de ses croyances, de cette honte d'être malade dont la seule étiologie proviendrait uniquement de ses propres actions et pensées.

1.2.3. Une succession de ruptures et de pertes

Partir de son village est autant perçu par Mme K. comme une séparation avec sa famille, un « abandon de sa vie et de sa fille » que comme un isolement « fuyant la culpabilité et le jugement de n'être plus [celle] qu'[elle] était auparavant » (Barfety-Servignat & Bioy, 2022, p. 16). Face à un vécu et un corps souffrant, cela empêche Mme K. de continuer à « vivre comme avant », malgré sa volonté et ses espoirs. L'accès à sa vie psychique est comme verrouillé, sûrement aussi douloureuse que son vécu corporel. Cela peut en partie expliquer le flou que je ressens face à elle et à l'impossibilité d'en comprendre davantage sur ses ressentis et sur son histoire de vie.

L'accident ayant induit une rupture avec son mode de vie passé, Mme K. se reconstruit autour de son vécu corporel actuel, marqué par des pertes successives : perte du contrôle de son corps, perte de confiance et d'estime d'elle-même, perte de sa vie d'avant... La solution qui lui permet

d'échapper à cet isolement autant géographique que psychique est la sociabilité qu'elle retrouve dans sa relation aux soins, à travers ses hospitalisations répétées, pour tenter de structurer davantage une désorganisation psychocorporelle globale.

1.3. Une désorganisation psychocorporelle : oubli du corps et perte de repères

1.3.1. Un corps, une machine cassée

Une désorganisation psychocorporelle transparait chez Mme K. En effet, un désinvestissement corporel en début de prise en charge est perceptible, au gré d'un état thymique fragilisé par son histoire de vie et de soins. Comme nous le constatons lors de la séance suivant l'entretien, le corps de Mme K. ne fait pas l'objet d'une attention particulière. Il semble être vécu comme un « corps-machine qu'il suffirait de réparer » (Berquin et al., 2016b, p. 105). Ainsi, son corps est davantage perçu comme « un corps objet de soin à défaut d'un corps sujet » (Barrou et al., 2019, p. 64). Ce corps lui renvoie des sensations négatives : à travers ses douleurs, il est « comme un poulet qu'on jette au four » comme l'exprime Mme K. ; à cause de ses déficits moteurs, il « lâche ». Effectivement, lors d'un moment d'inattention ou de manque d'intention, ce corps peut « lâcher », c'est-à-dire qu'il ne répond plus aux commandes, au fonctionnement habituel. Le terme « lâcher » est un verbe pouvant se définir comme le fait de « cesser de tenir » (Dictionnaire Le Robert en ligne, 2023c). Employé comme un nom, quelqu'un de lâche désigne une personne « paresseuse », qui « manque de courage », qui est « méprisable » (Dictionnaire Le Robert en ligne, 2023c). En tant que verbe ou en tant que nom, ce mot décline un ensemble d'éprouvés péjoratifs. Le corps de Mme K. lui renvoie donc des sentiments négatifs, qui la trahissent et lui rappellent brutalement ses déficits et ses incapacités. D'après Liotard, un symptôme est l'« expression corporelle d'un malaise psychique interne » (2010, p. 51). Pour omettre cette gêne, Mme K. place son corps en second plan, pour faciliter cette mise à distance avec cette souffrance corporelle qui rappelle une souffrance psychique plus profonde.

1.3.2. Exister par son propre corps

J'observe également ce manque de lien entre son corps et son esprit à travers le manque de connaissances et de repères qu'elle témoigne entre ces deux sphères, normalement indissociables, attestant ainsi d'une désorganisation plus globale de son schéma corporel. Effectivement, lors de son installation, Mme K. ne parvient pas immédiatement à trouver la position la plus confortable pour elle. Elle a besoin de prendre appui sur nous, tant à partir de nos

gestes qu'au travers de nos paroles afin qu'elle puisse retrouver le schème qui lui convient. Cet exemple témoigne d'un manque de repères envers son propre corps, bouleversés par son accident. Ces perturbations amènent Mme K. à réinvestir son corps par les différents paliers décrits par Piaget (cité par Lièvre & Staes, 2012, p. 17) :

- Le corps subi

À la suite de son accident, Mme K. s'est retrouvée face à un corps qui ne répondait plus et qui ne bougeait plus, dans un corps devenu incontrôlable et incompréhensible. Comme lorsque le bébé naît, elle fut dépendante de son entourage pour répondre à ses besoins physiologiques et psychiques tout en essayant de sortir d'une certaine sidération incontournable face au traumatisme brutal vécu.

- Le corps vécu

Au fil de sa rééducation, Mme K. enrichit ses expérimentations, vers un but à atteindre : gagner en autonomie.

- Le corps perçu

Au fur et à mesure de ses prises en charge, les troubles sensitivo-moteurs de Mme K. évoluent afin de réacquérir des compétences et des capacités physiques. Ces dernières permettent de redonner vie à un corps chamboulé, aux repères perturbés et au fonctionnement à réinventer. Progressivement, il devient de nouveau source d'expression et de communication avec l'extérieur mais également dans son intériorité, en se reconnectant à soi et à ses ressentis. Mme K. a encore du mal à porter une attention à son corps et à accéder à ses sensations et émotions mais tente d'être à l'écoute et de mettre du sens.

- Le corps connu

Lors des premières séances, Mme K. est attentive à mes propos, à mes réponses, à mes réactions. Petit à petit, elle s'autorise à s'écarter de mes suggestions en investissant les activités, notamment le réveil corporel avec les rouleaux à picots, plus en autonomie. En portant mon attention sur ses dessins du bonhomme en fin de séjour, j'observe également qu'une certaine organisation corporelle s'est probablement construite au fil de ces semaines. Je remarque tout de même que ma présence reste importante, notamment à travers ma voix qui apporte la contenance dont elle a besoin pour se permettre cette exploration durant ce réveil sensoriel. En-dehors de cet exercice, je ne remarque pas de signe d'opposition, de contestation et de critique

aux activités proposées. Je me surprends même à m'interroger sur sa possibilité à me dire « non ». Son manque d'aisance corporelle et d'accessibilité envers ses ressentis psychiques la limite et la cantonne à s'appuyer sur nous, ne lui permettant pas réellement de s'affirmer en tant que sujet à part entière, en tant qu'actrice principale de son suivi. Son corps reste mystérieux, empêchant une maîtrise totale de ce dernier et une expression limitée de toutes ses possibilités.

Ainsi, au fil des séances, nous amenons Mme K. à se reconcentrer sur son corps, à écouter ses ressentis et à s'engager corporellement afin de remettre en jeu ce lien corps-psyché. L'objectif est qu'elle puisse se reconnecter à son propre corps, pour en comprendre davantage le fonctionnement et, au fur et à mesure, s'identifier à ce dernier pour se construire en tant que sujet.

2. Vers une réappropriation de son corps

2.1. La sensorialité pour cheminer vers un meilleur ancrage et une accessibilité à ses affects

2.1.1. Porter une attention à son corps dans un travail sensoriel

Le travail de sensorialité effectué à l'aide des rouleaux à picots permet à Mme K. de porter une attention à son corps. D'après Lesage, l'attention de l'enfant envers son corps, son poids et ses appuis lui permettent d'intégrer que « tout mouvement trouve son impulsion à partir du sol » (2014c, p. 132) et participe ainsi à améliorer son ancrage. En parallèle, lors de ses activités, il est conseillé à Mme K. de fermer les yeux pour se concentrer davantage sur ses ressentis. À cet instant, nous observons un recrutement tonique important qui permet une tenue droite de l'axe. Lorsque le rouleau à picots est retiré de ses pieds, une chute de tonus est flagrante et l'axe de Mme K. s'écroule de tout son long. Par conséquent, un retour sensoriel plus marqué permet à Mme K. de porter une attention plus importante envers son corps et ses sensations. D'après Bullinger (2017), si Mme K. est capable de réagir et de s'adapter aux flux sensoriels reçus d'un objet extérieur, ici le rouleau à picots qui engendre un flux tactile important, cela témoigne de son aptitude à investir un organisme comme son propre corps. L'attention portée à son corps engendre un meilleur ancrage au sol qui permet un recrutement tonique adapté pour maintenir son axe. En reprenant « la fonction d'axialité » (Lesage, 2014a, p. 149), intégrer cet axe est autant un soutien physique pour se « tenir » toniquement qu'un soutien psychique, en lien avec son vécu et ses affects.

D'après Pireyre, « l'attention assure le lien entre la sensorialité et les affects » (2011b, p. 104). La qualité d'attention exercée par Mme K. dans ses exercices facilite cette mise en sens entre affects et sensations corporelles. En effet, à cause de ses déficits sensitifs, Mme K. se met à douter de ses propres sensations. En omettant l'aspect douloureux qui est également un obstacle à l'identification et à l'accessibilité de ses ressentis, Mme K. démontre un manque de confiance en elle et en ses capacités. Repasser par le corps pour expérimenter de plus belle permet ainsi d'affirmer ou d'infirmer ses hypothèses et ses craintes.

2.1.2. Créer de la continuité grâce à la sensorialité

Le fait qu'elle se masse de manière autonome rend possible une attention singulière envers son propre corps. Le plaisir que cette activité lui procure, engendre par ailleurs le réinvestissement d'un corps plaisir, principalement vécu en « corps douleur » en dehors des hospitalisations. Par ailleurs, sa capacité à se saisir de cet exercice et à le reproduire à domicile permet de démontrer que les soins prodigués durant ses séjours font traces. Ces automassages, réalisés en dehors de l'hôpital, permettent également de créer une certaine continuité et démontrent un possible début d'autonomisation, un objectif recherché et encouragé pour Mme K.

2.1.3. L'impact de la sensorialité sur la posture

L'impact de cette sensorialité sur le corps du patient provoque donc des sensations qui viennent influencer la manière dont le sujet se perçoit et se positionne. Elles sont ressenties par le corps du patient au travers de sa psyché. Par exemple, lors de la séance suivant celle de balnéothérapie, Mme K. a pu trouver une posture plus adéquate en se regardant, en utilisant le canal visuel pour s'observer et ainsi modifier son assise. En se repositionnant, son axe s'est redressé et sa régulation tonique s'est harmonisée. En parallèle, cela démontre bien que la posture assure les fonctions de soutien, de maintien, de redressement et ainsi d'équilibration. En portant une attention à « la position relative de [ses] différents segments corporels dans l'espace » (Paillard cité par Courraud-Bourhis, 2002a, p. 13), la posture permet d'observer comment la personne se voit, se perçoit et par conséquent, participe à la construction de son image corporelle, de son schéma corporel, et donc de sa structuration psychocorporelle.

En axant principalement notre travail sensoriel sur la voûte plantaire de Mme K., j'ai observé un impact sur l'ensemble de son corps. En souhaitant améliorer la conscience corporelle de ses

appuis pour obtenir un meilleur ancrage au sol, cela a engendré un redressement de l'axe et un recrutement tonique tant axial que segmentaire. De plus, ses dessins, réalisés en fin de suivi, témoignent bien d'une structuration de son schéma corporel plus organisé, avec un corps plus ancré, principalement, grâce à une attention portée à ses sensations. Par ailleurs, toute sa posture fut modifiée par la stimulation des récepteurs sensoriels de sa voûte plantaire. Ainsi, cela confirme qu'un bon ancrage participe à une organisation corporelle plus globale.

2.2. Des expérimentations corporelles pour favoriser un équilibre psychomoteur

2.2.1. Un corps raide, une pensée figée, un lien psychocorporel douloureux

En reprenant le terme « psychocorporel » défini par Lesage (2021a, p. 29), être en mouvement favorise « la mise en mouvement du corps et ainsi, du psychisme » (Baylot et al., 2022, p. 279). Le lien corps-psyché s'effectue donc dans la mise en route d'un corps fonctionnel vers un corps pensé et teinté d'intentions. C'est pourquoi, en premier lieu, dans le développement de l'enfant, ce dernier passe par le corps, par l'action physique avant de pouvoir structurer ses pensées. Cette intellectualisation n'est d'abord possible que par « l'agir » qui représente « le moyen par lequel se psychisent les expériences », d'après Ciconne (2010, p. 46).

En parallèle, lorsque Mme K. explique ne pas réussir à se mouvoir à domicile, restant ainsi de nombreuses heures assises à « ne rien faire », en « ne pensant à rien », elle apparaît donc immobile. Seulement, s'il n'y a pas d'action, comment ses pensées peuvent-elles s'élaborer ? Cette douleur physique aussi conséquente qu'elle empêche tout mouvement, restreint-elle totalement de penser ? Cela viendrait donc témoigner d'une douleur psychique importante et d'un état thymique dégradé par cette immobilité. Pour Ciconne, « il y a des manières d'agir qui produisent la pensée, et des manières d'agir qui évitent la pensée » (2010, p. 47). L'immobilité pourrait donc être une façon d'agir passivement face à ce corps figé. Au sein des murs de l'hôpital, Mme K. est invitée à quitter cette immobilité pour se mettre en mouvement, afin de s'autoriser à l'action, qui ne semble pas être possible, voire à éviter, dans un autre espace. Ainsi, par le mouvement, il y a une mise en jeu corporelle et psychique. Cette mobilisation remet en route la machine à penser, la machine à sentir, percevant son corps en dehors de la douleur, un corps plus supportable et ainsi, un corps plus relationnel. L'isolement social étant rompu, l'isolement entre psyché-soma l'est également. En amenant Mme K. à revisiter ses initiatives

motrices, elle redevient actrice de son mouvement, actrice de son corps et par conséquent, actrice de sa vie.

2.2.2. Un besoin de stimulation et de contenance

Pour permettre une mise en mouvement, Mme K. a besoin d'être stimulée dans un cadre sécuritaire. En effet, en-dehors des hospitalisations, elle est seule, séjourne dans un habitat qui n'est pas le sien et dans un pays où sa crainte d'expulsion est grande. Ici, l'attention et l'intention prodiguées par nos soins lui permettent de s'autoriser à expérimenter, sous le regard bienveillant de l'autre. Lors des séances, ma maître de stage et moi étayons Mme K. tant dans les temps de discussion où nous tentons d'approfondir ses paroles, en lui prêtant nos mots, que lors des exercices plus corporels où notre voix et notre contact physique apportent un sentiment rassurant et enveloppant. Notre rôle de psychomotriciennes nous amène à développer une certaine contenance pour l'accompagner dans ses expériences : « par ses interventions psychiques et corporelles, le psychomotricien transforme ce qui est difficilement supportable en éléments assimilables, base de la sécurité corporelle et psychique » (Vesser, 2014, p. 139), se rapprochant ainsi de la fonction « alpha » décrite par Bion. Notre manière de travailler face au patient représente alors la « capacité à émettre par l'expressivité de notre corps et des mots qu'on utilise » (Bourger, 2010, p. 76) en fonction de ce que nous observons, de ce que nous percevons du patient à travers notre regard de psychomotricien.

Dans ses travaux sur le rôle du regard chez la mère dans le développement de l'enfant, Winnicott (cité par Vesser, 2014, p. 147) décrit que le regard de la mère se place comme un miroir pour l'enfant, lui renvoyant son reflet comme une première image de soi. Dès la plus jeune enfance, nous nous construisons dans le regard de l'autre, à travers l'intention et l'attention qu'il nous témoigne et nous offre. Dans notre accompagnement psychomoteur, nous nous plaçons en tant que miroir pour que Mme K. s'appuie sur nous, sur notre corps, sur notre voix, sur notre vision pour redécouvrir son corps à soi, à elle, dans notre regard. Lors de l'entretien de fin de prise en charge, l'importance du regard prend toute sa place. Au moment où Mme K. nous parle de son histoire, son regard est plongé dans le mien. Je n'ose pas le contredire ou le fuir. Ce soutien visuel semble être un appui pour que Mme K. parvienne à se livrer. En m'agrippant du regard, elle soutient notre relation : « le point de rencontre de deux personnes est l'axe autour duquel s'organisent les comportements et l'identité des personnes qui voient en l'autre comme dans un miroir un reflet valorisant, vecteur de narcissisme et d'estime de soi » (Hilion, 2011, p. 162).

2.2.3. Redécouvrir son corps dans le mouvement

En l'étayant par des repères clairs et une verbalisation adaptée, Mme K. reçoit une certaine contenance et une sécurité suffisante pour qu'elle s'autorise à se mouvoir et à s'expérimenter corporellement. D'après Lesage, « plus on l'accompagne dans la remise en jeu des schèmes de développement qui sont les siens – au lieu de lui en proposer d'autres qui seraient les mêmes pour tout le monde -, plus elle est libre » (2014c, p. 133). Lors de la séance où Mme K. cherchait une position adaptée pour retirer ses chaussures, nous avons d'abord tenté de l'inviter au travers d'un schème plus commun, plus répandu. En observant cette tribulation, la solution de l'accompagner et de la valoriser sur son chemin est devenue beaucoup plus logique, ramenant une certaine autonomie à se mouvoir et à positionner son corps comme elle l'entend. Malgré ses hésitations, le fait qu'elle soit parvenue à trouver d'emblée sa position permet une affirmation qui, petit à petit, deviendra plus assurée. Ainsi, « s'expérimenter en mouvement, c'est faire l'expérience de soi » (Lesage, 2014b, p. 20), de se découvrir et de se réinventer en établissant de nouveaux repères corporels qui sont les siens.

2.3. Acceptation de son corps, de ses capacités et de ses limites

L'appréhension de son corps aux repères bouleversés, au développement entravé et au fonctionnement parasité emmène Mme K. dans un cheminement singulier pour, in fine, investir d'autres champs que celui de la rééducation et entreprendre davantage son propre projet de vie par rapport à son projet de soins. Les étapes qui mènent Mme K. à une acceptation de sa situation corporelle et psychique témoignent d'un véritable processus de deuil, inévitable face à l'ensemble des bouleversements auxquels elle doit faire face. En reprenant les étapes du deuil élaborées par Kübler-Ross (citée par Vanoverskelds, 2004), j'observe une certaine ambivalence chez Mme K.

2.3.1. Un travail de deuil : la phase de déni

En premier lieu, toute sa volonté et son implication dans ses soins peuvent être témoins d'un refus d'accepter ce corps changeant, en gardant constamment espoir d'un retour de ses capacités à leur état antérieur. Sa perception d'un « corps-machine » (Berquin et al., 2016b, p. 105) en l'investissant seulement lors de ses suivis en rééducation m'amène à penser que Mme K. n'est peut-être pas encore prête à se confronter à la réalité, à sa réalité. En résultat, de grandes angoisses apparaissent, influençant son état thymique et son engagement corporel. Cela nourrit

son incapacité à trouver de la force et du courage pour se mobiliser. Une dichotomie entre le corps et l'esprit peut alors s'installer à travers ce corps désincarné. Un corps pour un corps rompt par conséquent l'unité psychocorporelle du sujet.

Mme K. se positionnerait donc à l'étape de dénégation dans le processus de deuil. Ce mécanisme de défense universel est souvent utilisé lorsqu'un risque menace la santé mentale et psychique d'un individu d'après Vanoverskelds (2004). Au vu de l'état thymique fragile de Mme K., cette étape est « en un sens une démarche saine, dans la mesure où elle agit comme un filtre protecteur permettant un ajustement progressif à la réalité » (Vanoverskelds, 2004). Le processus psychique du déni est ainsi mis en jeu, au gré d'une possible chronicisation si aucune prise en charge psychologique n'était proposée à Mme K. De surcroît, ses progrès constants au cours de ses séjours d'hospitalisation ont participé à la maintenir dans cette phase où « le patient se réfugie dans son imaginaire tout-puissant de récupération : « plus je travaillerai, plus je récupérerai » » (Vanoverskelds, 2004). Pour compléter la définition de la dénégation établie par Kübler-Ross, Vanoverskelds (2004) explique que cette étape est « un double mouvement, d'une part une éruption brutale dans la conscience du trouble et d'autre part par un rejet aussi brutal, c'est-à-dire spontané et en bloc, de cette perte ». Le patient ne peut se représenter de façon acceptable ce qui lui est arrivé.

2.3.2. Un travail de deuil : la phase de marchandage

Au fil des séances, Mme K. se montre plus attentive envers son corps et semble plus à l'écoute de ses sensations corporelles. Elle investit les activités qui lui font du bien, où elle prend du plaisir et, en parallèle, exprime de la « fierté » envers ses capacités malgré la persistance de ses déficits. Elle semble progressivement remanier sa vision sur ce corps changeant, qui évolue sur une pente ascendante, nécessitant une répétition des séjours d'hospitalisation afin de stabiliser ses acquis et de l'accompagner dans ses progrès.

Lors de ses passages dans le service, nous observons que l'attention qui lui est portée, la contenance et la bienveillance reçues, lui offrent des intérêts bénéfiques tant pour son corps que pour son état thymique. Cette « identité de malade » (Guérin, 2021, p. 115) lui confère une place spécifique dans le service : les soignants prennent soin d'elle, font attention à elle. Est-ce le seul lieu où Mme K. peut recevoir et obtenir ce type d'attitude empathique et intentionnée ? Inconsciemment, Mme K. serait alors en incapacité de s'autonomiser totalement, au risque de

perdre cette place si importante et consolante pour elle. Elle est donc dans un processus de rétablissement, sans perspective volontaire de guérison. De plus, ses séjours hospitaliers semblent être le seul lieu et la seule activité constante et permanente dans le quotidien de Mme K. Par conséquent, ils sont un gain de stabilité, entretenant une certaine continuité qui fait émerger un sentiment de sécurité. Ainsi, il apparaît primordial pour Mme K. de poursuivre les prises en charge afin de lui permettre de récupérer et d'entretenir ses capacités, tout en conservant l'attention des soignants et la permanence de ses suivis. Ces progrès ne seraient, finalement, jamais suffisants. L'enveloppe institutionnelle et l'attention soignante amènent Mme K. à s'ancrer dans ses soins comme une bulle d'oxygène face à un environnement défaillant, voire angoissant.

La présence quasiment permanente de son sourire, ajoutée au fait qu'elle ne refuse aucune proposition, qu'elle ne réfute aucune de nos paroles, peut venir témoigner de sa forte implication dans ses soins et, en même temps, de son impossibilité à nous diriger une quelconque critique, un quelconque jugement négatif. Ses phrases telles que « tout est ok » et « tout va bien » viennent également manifester une incapacité à amener de la négativité, en la palliant par des réponses d'aspect positif, de manière automatique. Malgré ses plaintes, une volonté de « séduire » le soignant s'instaure dans l'alliance thérapeutique comme un moyen de défense, pour garantir la place que lui confère le service.

Si le symptôme est non un problème, mais une solution, à savoir le centre de l'équilibre de la personne, il offre son apparaître tout l'être de la personne. Dès lors, pour Paul Watzlavick, éradiquer le symptôme, ce serait détruire cet équilibre. (Depraz, 2021, p. 65)

En conséquence, en reprenant les phases du deuil, Mme K. se retrouve davantage dans une étape de négociation, de marchandage avec elle-même. Elle s'accroche aux événements passés tout en acceptant sa nouvelle réalité. Elle oscille entre l'acceptation de la perte de ses capacités et le souhait de retourner à sa réalité antérieure.

Le processus de deuil est un long cheminement singulier, en constante évolution. En fonction des différentes périodes de la vie, de l'état émotionnel de chacun et des progrès ou régressions psychocorporelles, le sujet est confronté à une ambivalence naturelle, à un remaniement interne : « l'appareil psychique évolue par crises qui stabilisent l'organisation du moi » (Modange & Chaumont, 2001, p. 221). Malgré la progression de Mme K. et les capacités fonctionnelles qu'elle

a pu récupérer, le handicap demeure et ainsi, il lui est normal d'apparaître dans cette ambivalence et dans ce flou d'émotions qui l'accompagnent.

2.3.3. La psychomotricité et l'accompagnement dans l'étape du deuil

L'ambivalence de Mme K. démontre bien que les différentes étapes du deuil fluctuent en fonction du temps. Le patient peut cheminer à travers ce processus au sein même de sa prise en charge. Le travail de deuil n'étant jamais totalement achevé, les suivis en rééducation peuvent être susceptibles de réactiver le processus de deuil ou de replonger le patient dans une phase antérieure. En participant aux prises en charge rééducatives, la psychomotricité amène à prendre conscience de ce nouveau corps et, par extension, permet d'activer ou d'avancer dans ce processus de deuil : « en aidant le sujet à réécouter ses sensations corporelles, en l'accompagnant progressivement dans la redécouverte de son corps, le psychomotricien peut favoriser l'émergence d'une conscience des difficultés qui se fait progressivement et par l'éprouvé de nouvelles sensations » (Commare & Michel, 2014, p. 113). Au fil des séances, Mme K. commence à exprimer des affects : tout d'abord, sous un angle plus positif, elle est capable de se sentir « fière », de ressentir des sensations « agréables ». Progressivement, elle exprime des émotions qui sont perçues plus négativement par la société : « j'ai honte » ou « c'est difficile ». Ainsi, elle s'autorise à livrer ses ressentis tout en démontrant sa capacité propre à identifier ses émotions au gré de son investissement corporel.

La psychomotricité représente donc le lieu adéquat pour réaliser une nouvelle exploration de soi, pour faire connaissance avec son nouveau corps, ses nouvelles potentialités afin de retrouver un équilibre stable, autant psychique que physique. Enfin, pour accepter ce nouvel équilibre, une « réorganisation des investissements demande des objets nouveaux à investir » (Vanoverskelds, 2004) en s'ouvrant à des activités diverses, pour pouvoir transférer les acquis tant psychiques que physiques au monde extérieur et environnant. En effet, en reprenant les propos de Cyrulnik (2002), les clés qui permettent à Mme K. d'accéder à une certaine résilience face aux obstacles vécus, sont retrouvés au sein de son investissement à l'hôpital :

- Les ressources environnementales sont incarnées par la présence bienveillante et contenante des soignants.
- Les ressources internes sont activement recherchées en invitant Mme K. à se concentrer sur son corps et ses sensations.

- Le sentiment d'appartenance émerge de cette « identité de malade » (Guérin, 2021) qui lie ainsi les différents patients présents.
- La curiosité de l'autre est encouragée dans les groupes thérapeutiques.

Ces quatre piliers font défaut dans la vie quotidienne de Mme K. : l'isolement auquel elle est soumise réduit fortement les ressources environnementales, restreignant la curiosité de l'autre. Par extension, le sentiment d'appartenance demeure absent avec le changement culturel, l'éloignement du cercle familial et son irrégularité de séjour sur le territoire. Par conséquent, l'émergence des ressources internes est fragile, voire impossible, traduite par le sentiment de « ne plus avoir la force physique et psychique de les réaliser » par Mme K.

En prenant appui sur l'environnement hospitalier, Mme K. équilibre peu à peu ces quatre modalités pour engranger cette capacité à « se développer positivement » (Cyrulnik, 2002, p. 2), à donner du sens à son existence et pouvoir, de surcroît, transposer ses acquisitions au milieu extérieur.

3. Prendre appui pour exister

3.1. Rôle du soignant et de l'institution

3.1.1. La place de la psychomotricité en service de médecine physique et de réadaptation

En service de médecine physique et de réadaptation, le psychomotricien travaille avec des patients aux repères corporels et psychiques altérés, induisant un lien soma et psyché perturbé : « en psychomotricité, le professionnel accompagne les patients, au corps défaillant et à l'image du corps bouleversée, dans le réinvestissement de leur corps, de leur mobilité et de leur sentiment d'identité » (Baylot et al., 2022, p. 270). Il cherche à rétablir le passage d' « un corps objet d'attention au corps sujet d'intention » (Baylot et al., 2022, p. 292). La séance de psychomotricité offre donc « un espace-temps de recherche et de création, où il invite le patient à revisiter sa singularité, à l'apprivoiser, à se détacher de sa vie d'avant pour s'attacher à sa vie de maintenant malgré la maladie ou l'accident [...] » (Baylot et al., 2022, p. 292). La prise en charge en psychomotricité offre donc « un axe autour duquel s'organisent le passé, le présent et le futur du patient » (Hilion, 2011, p. 162) permettant de tisser des liens entre ces différentes temporalités. Le travail du psychomotricien permet donc de « relier le temps, mais aussi de relier le corps, le corps d'avant et le corps actuel » (Commare & Michel, 2014, p. 116). En établissant ces

relations, le patient se livre intimement au psychomotricien, démontrant ainsi la création d'une alliance thérapeutique complice et confiante. L'alliance thérapeutique entre le soignant et le patient est définie comme un « échange entre au moins deux pôles, qui contribuent tous deux à la dynamique de cet échange » (Berquin et al., 2016a, p. 21). Elle amène le patient à prendre appui sur le soin pour faciliter une réconciliation avec son corps et ses nouvelles capacités, pour que son corps redevienne ce « corps nôtre » (Liotard, 2010, p. 109). Le but de cette réconciliation « n'est pas moteur mais la possibilité de sentir le corps comme objet total dans le mécanisme de relation » (Ajuriaguerra et al., 2017a, p. 176). Dans cette relation, le soignant met en place un suivi psychomoteur qui est lui-même nourrit par la volonté et l'investissement du patient. Les expériences proposées sont ainsi teintées de l'engagement relationnel lié à cette dynamique créée par l'alliance thérapeutique.

Lorsque j'ai débuté la prise en charge de mes séances avec Mme K., l'appréhension induite par une crainte que « ça ne fonctionne pas » a rapidement été balayée par son investissement, sa volonté et son dynamisme principalement corporel. En effet, l'accès au psychisme de Mme K. semblait verrouillé tant pour moi que pour elle-même. Une des plus grandes difficultés que j'ai observée chez Mme K. est alors son incapacité à s'exprimer en tant que sujet, d'identifier et de partager ses propres ressentis, ses propres émotions.

3.1.2. Le dialogue tonique du soignant-soigné

En comparaison aux besoins du bébé de s'appuyer sur son environnement pour se développer, le rôle de l'entourage, ici assuré par les soignants, fournit à Mme K. un étayage dans ses découvertes et dans son adaptation permanente envers son corps et son milieu. La communication entre soignant-soigné s'effectue, certes à travers des mots, des gestes visibles et des actions prévisibles, mais également par la présence d'un dialogue plus singulier et préconscient, témoignant d'un véritable partage émotionnel entre les deux corps. Wallon (cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 179) développe ce dialogue à travers quatre modalités : le porter, le palper, le parler, le penser. Au cours de la prise en charge de Mme K., nous retrouvons ces différentes modalités :

- Le porter : lien tonique

Illustré par le « holding » de Winnicott (2009, p. 16), le parent porte son enfant sur le plan psychique et physique. En tant que psychomotriciens, nous prêtons notre corps au patient afin qu'il puisse véritablement s'y appuyer s'il en ressent le besoin. Le contact physique disposé à proximité de Mme K. lui permet de prendre appui quand elle en ressent le besoin. De plus, en l'accompagnant dans ses expérimentations, nous la portons psychiquement pour l'amener à tester, à oser, en contenant ses angoisses, ses peurs mais aussi son excitation qui peut également être source de désorganisation. Le soignant endosse donc le rôle de « holding » à travers ces fonctions de portages psychiques et corporels.

Par ailleurs, au cours de mon écrit, j'ai retracé le parcours de soins et l'histoire de vie de Mme K. en les rassemblant, en les racontant, en la portant.

- Le palper : lien sensoriel

Dans ce portage, nous nous adaptons aux besoins et aux désirs du patient en nous ajustant à son état actuel, à sa tonicité afin qu'il puisse en retour, s'appuyer sur nous, comme un enfant peut prendre appui sur son parent.

Par ailleurs, au cours de mon écrit, je me suis adaptée à ses objectifs, à sa personnalité pour l'étayer dans sa prise en charge, pour m'ajuster au mieux à ses demandes afin d'atteindre ses objectifs. Je me suis appuyée sur elle pour construire les séances comme elle s'est appuyée sur moi pour progresser à travers mes propositions.

- Le parler : lien affectif

Ma maître de stage et moi avons écouté Mme K. évoquer son histoire, ses difficultés et perçu sa complexité à exprimer et à accéder à ses propres ressentis. En tant que psychomotriciennes, nous avons tenté de reformuler et d'approfondir ses réponses pour l'aider à extérioriser ses intentions.

Par ailleurs, au cours de mon écrit, j'ai tenté de mettre du sens sur ce qu'elle nous communiquait, sous forme d'hypothèses en m'interrogeant, en réfléchissant et en y répondant dans ces soixante-dix-neuf pages.

- Le penser : lien de pensée

En proposant à Mme K. des exercices de déséquilibre, cela favorise l'émergence de sentiments angoissants. Cependant, à travers mes gestes et mes paroles, j'ai endossé la fonction « alpha », élaborée par Bion, pour apaiser ses craintes et ses appréhensions afin de soutenir l'apparition d'émotions plus positives, plus agréables à ressentir : la peur a laissé place au plaisir.

Par ailleurs, au cours de mon écrit, j'ai enrichi mes observations de réflexions personnelles et de connaissances théoriques. Je me suis placée en tant que véritable interprète lors du suivi de Mme K. pour élaborer un raisonnement plus approfondi et ainsi, développer mon attention, mon imagination et ma compréhension de sa prise en charge.

Au fil du suivi, je me suis ajustée au plus près des besoins de ma patiente pour lui permettre, à son rythme, d'investir les expérimentations réalisées pour les intégrer comme « siennes ». Ainsi, Mme K. a pu se détacher de mes propositions pour réaliser ses massages de manière autonome, ajuster ses positions en fonction de son confort et de ses besoins, expérimenter des mises en mouvement en se concentrant sur ses ressentis corporels sans crainte d'un déséquilibre qui ne pourrait être rattrapé, tout en se sentant fière d'elle-même, de son parcours et de son évolution corporelle. Elle s'autorise à prendre la place d'un sujet plus autonome, plus affirmé pour être in fine actrice de sa propre vie en prenant appui sur elle-même.

3.1.3. Le psychomotricien : un appui pour accéder à ses ressentis et ses émotions

D'après Liotard, « le psychomotricien devient le « miroir narcissique » du sujet » (2010, p. 60). Elle développe son concept en expliquant, qu'à travers cette relation thérapeutique particulière, le patient endosse les fonctions maternantes, décrites par Winnicott, alors « indispensable à la (re)mise en route d'un psychisme défaillant » (Liotard, 2010, p. 60). Les fonctions parentales de « holding », « handling » et de « la présentation de l'objet », développées par Winnicott concernant le développement de l'enfant, prennent sens dans la fonction soignante exercée par le psychomotricien. Le parent et le soignant ont conjointement la « capacité de soutenir », la « capacité de stimuler », la « capacité d'être sécurisant » envers leur enfant et leur patient :

Le psychomotricien, avec ses mots, son corps et la relation thérapeutique, aide le sujet à remodeler ses fondations, les resolidifier en les adaptant à sa nouvelle réalité. Il sert de guide, d'appui tout en gardant la souplesse nécessaire pour suivre le rythme propre du patient. (Commare & Michel, 2014, p. 116)

Hilion développe que « le psychomotricien, par son portage tant physique que psychique peut offrir un axe de substitution pour soutenir le patient, l'aider à organiser ses ressentis et affects afin de se les approprier » (2011). Au même titre que la mère, le psychomotricien « endosse un rôle d'interprète face à ce corps qui parle une langue méconnue » (Commare et al., 2022, p. 357), en prêtant ses pensées et ses ressentis au patient. Ainsi, ce dernier peut s'y appuyer pour leur conférer graduellement sa propre singularité et authenticité. Conséquemment, ces notions maternantes aident la personne à penser, à s'entendre, à sentir, à éprouver. Cette fonction d'étayage, définie par Robert-Ouvray comme « un processus naturel accompagnant la croissance de l'individu » (2004c, p. 222), est nécessaire pour reconquérir ses propres compétences. Le soignant se place en appui à cet étayage. Le psychomotricien est alors un appui tant physique à travers son propre corps que psychique :

Notre corps de psychomotricien se présente comme support : le patient peut s'appuyer sur nous tant corporellement que psychiquement ; et comme traducteur : en proposant des mots à ce que l'on voit, en imitant les postures pour proposer un sens et renvoyer un sens au patient qui se trouve démuné. (Juillard, 2016)

Lors de sa prise en charge, Mme K. a montré le besoin d'être soutenue, contenue, tant par nos gestes que par nos paroles. Au fil des répétitions des exercices sensoriels, ma voix n'était plus un guide mais davantage un soutien à son expérimentation. Effectivement, en observant son attention dirigée vers son corps, j'ai instinctivement arrêté de parler. Ainsi, l'enveloppe sonore qui la soutenait dans son expérimentation a disparu. Par conséquent, Mme K. a arrêté son activité. La contenance apportée par mes paroles l'étaye donc indirectement dans la découverte de ses sensations. En parallèle, lors des jeux d'équilibre avec les blocs de mousse, l'appui sur mon propre corps a permis à Mme K. de s'appuyer plus en confiance sur le sien. Ce léger appui qu'elle s'est autorisé à déposer contre moi, lui a permis de transférer davantage de poids sur sa jambe gauche et ainsi, consentir à prendre appui sur elle-même. Au fil des séances, Mme K. s'appuie sur ses ressentis, sur son corps, me permettant de m'éloigner progressivement, comme une mère qui présente le monde à son enfant, afin qu'il gagne en autonomie et en indépendance.

D'après Bullinger, il y a chez cette patiente, « le besoin d'un étayage du milieu humain pour se maintenir » (2017, p. 159). En effet, en reprenant les trois piliers assurant un bon équilibre sensori-tonique, nous observons une défaillance de ces trois milieux physiques, biologiques et humains chez Mme K. :

- Concernant les propriétés physiques du milieu : Mme K. parvient à s'adapter, avec difficultés, aux signaux environnementaux pour que son organisme devienne corps.
- Au niveau du milieu biologique : l'hypoesthésie présente chez Mme K. limite l'accès à certains flux sensoriels, qui restent tout de même ressentis et perceptibles.
- Enfin, les relations qu'elle entretient avec le milieu humain semblent limitées. Effectivement, les liens sociaux n'apparaissent présents seulement lorsqu'elle est au sein de l'institution.

Pour Bullinger (2017), l'importance de ce dernier niveau est notable pour rebondir face à des situations désorganisatrices. Cependant, les ressources internes qui en émergent doivent pouvoir être intégrées et transférées pour éviter que ce milieu ne devienne un « refuge » où la séparation serait trop compliquée, voire impossible. Concernant Mme K., l'équilibre trouvé lors de ses séjours d'hospitalisation, en prenant appui auprès des soignants, semble n'être pas conservé à sa sortie, l'empêchant de prendre son envol et de s'épanouir en-dehors de ce lieu. Cette impossibilité s'explique également avec la difficulté de maintenir la toile tendue par ces trois piliers. Étant tous les trois déficitaires, l'équilibre est précaire. Par conséquent, Mme K. privilégie les situations où les stimulations sont prévisibles et où le milieu est stable.

3.2. Prendre appui sur son corps, sur ses jambes, sur son axe

Dès son plus jeune âge, le bébé prend appui sur son milieu tant au travers de contacts relationnels que sur l'environnement physique : pour effectuer ses premiers retournements, l'enfant s'aide du sol ; pour se redresser et ainsi, se verticaliser, il prend appui sur le mobilier environnant. Progressivement, ce soutien physique et stable l'amène à vivre un sentiment de sécurité : de la solidité de ses appuis émerge la solidité de son corps. Conséquemment, au gré de son développement, l'enfant se détache de ce support pour venir s'appuyer sur son propre corps. En acquérant la verticalité, à travers la station debout, l'enfant conserve le seul appui qui est le sol. Il doit alors maintenir son axe pour s'ériger contre la gravité.

En retrouvant la capacité à se redresser, à tenir debout, Mme K. redécouvre cet équilibre statique qui, par le mouvement, peut devenir dynamique. Cependant, pour réellement se saisir de cette

« posture de référence » de l'Homme (Sherrington cité par Courraud-Bourhis, 2002b, p. 15), cela nécessite une coordination de l'ensemble du corps, notamment du haut et du bas du corps. Cette coordination débute par un fonctionnement du corps en un bloc tête-tronc à un fonctionnement plus articulé nécessitant une dissociation des deux ceintures, scapulaire et pelvienne, pour une libération et une harmonie corporelle. La dissociation de ces ceintures observées chez Mme K. lors de ses six séances démontre bien le passage à cette seconde étape, induisant une fluidité de ses mouvements. Ce passage nécessite un réinvestissement du corps vécu comme « sien » indispensable et rejoint ainsi la fonction d'axialité, décrite par Lesage (2014a, p. 149). Effectivement, cet auteur distingue « le fait d'avoir un axe en tant que structure statique, une évidence anatomique, et la fonction d'axialité qui renvoi à la façon dont nous intégrons cet axe et ce qu'il soutient comme vécu » (Lesage, 2014a, p. 149). Par ailleurs, d'après Coeman et Raulier H de Frahan, « la combinaison des expériences corporelles qui amènent la verticalité et le climat relationnel dans lequel s'effectuent ces expériences est le facteur déterminant du processus d'individuation » (2012a, p. 32). Ainsi, le cadre sécurisé proposé à Mme K. pour l'accompagner dans ses expérimentations facilite leur intégration et, par conséquent, participe à ce processus défini comme le fait d'être soi, différent de l'autre.

De plus, lorsque je demande à Mme K. d'égaliser son poids du corps à travers ses appuis sur les blocs en mousse, elle parvient à harmoniser ses appuis en s'autorisant à mettre davantage de poids sur sa jambe gauche. Je remarque ainsi une aisance corporelle s'affirmer grâce à une stabilisation de posture, assurée par le maintien de son équilibre. En égalisant ses appuis projetés au sol entre ses deux hémicorps, Mme K. parvient à maintenir un état d'équilibration. Au cours de cet exercice, j'observe qu'elle conserve un certain équilibre en mettant en lumière les trois processus décrits par Courraud-Bourhis (2002d) :

- Les processus réflexes : lors de la survenue de déséquilibre, Mme K. parvient à se rattraper en s'agrippant à la barre ou à son corps grâce à des mouvements réflexes.
- Les processus volontaires : tout au long de l'exercice, Mme K. garde une certaine maîtrise sur son propre corps.
- Les processus automatiques : à force de persévérance, Mme K. apparaît plus à l'aise dans ces jeux d'équilibre, lui permettant de gagner en fluidité et en aisance corporelle et ainsi, d'automatiser petit à petit le mouvement.

Au fil des exercices, Mme K. a ajusté sa posture afin de coordonner ses « actes moteurs permettant à chaque instant de maintenir ou d'adapter une posture malgré les événements qui viennent la perturber » (Hugues et al., 2021, p. 266), acquis par apprentissage au fur et à mesure de ses expérimentations et de ses prises en charge rééducatives. Cette capacité à apprivoiser son corps et ses réactions témoigne une seconde fois de l'adaptabilité de Mme K. à son environnement extérieur, aux flux sensoriels qui accompagnent son expérience et, ici, à l'impact de la gravité sur son équilibre. Ce flux gravitaire est alors responsable d'un déséquilibre corporel qui entraîne deux phases décrites par Bullinger (2017, p. 153) :

- La phase d'alerte qui engendre une hypertonique réactionnelle.
- La phase d'orientation qui permet d'adopter une régulation tonique adéquate pour répondre à la situation dans l'immédiat.

La capacité de Mme K. à répondre à cette chaîne de réactions caractéristiques illustre le passage d'un organisme en un corps qui lui appartient et dont elle regagne le fonctionnement au fil de ses prises en charge rééducatives. La capacité de transférer son poids sur les blocs de mousse permet à Mme K. de ressentir la sûreté de ses différents points d'appui en expérimentant les repoussés et les déséquilibres engendrés. En parallèle, la qualité de ses appuis dépendra de la qualité du repoussé et inversement. Donner son poids tantôt à gauche, tantôt à droite, en arrière et en avant, marque la capacité de Mme K. à prendre en compte l'ensemble de son corps. Lors du développement de l'enfant, Lesage décrit que « le passage d'un côté et de l'autre [permet] l'intégration d'un axe corporel » (2014a, p. 49). Ainsi, tout comme le jeune enfant, Mme K. réinvestit et reconstruit progressivement son axe à travers les différentes expérimentations corporelles proposées.

3.3. Donner son poids pour s'affirmer

En proposant les exercices avec les blocs de mousse, Mme K. a pu expérimenter son équilibre dans les transferts de poids entre les deux côtés de son axe. L'enfoncement des mousses sous ses pieds démontre l'activité de la gravité qui soumet ici ces objets au poids de la patiente. Néanmoins, en lui demandant de varier ses transferts, d'appuyer davantage sur un pied, d'égaliser son poids du corps, Mme K. agit sur ce poids, pour le moduler et en contrôler son impact. Elle « donne son poids » pour participer à l'exercice et parvenir à une maîtrise de ce dernier.

Pour Lesage, le poids est certes une notion physique mais il correspond également « au poids que l'on cherche à donner à un propos ou un geste, qui renvoie à une qualité d'engagement » (2014c,

p. 144). « Donner son poids » caractérise donc une attitude à utiliser son poids du corps, en dialogue permanent avec la gravité, et est destinée à produire un impact sur l'environnement. Il ne s'agit pas du poids quantitatif de la personne, mais de son engagement en fonction d'une intention. Le résultat amène à une certaine qualité de présence, modulée par différentes tensions musculaires.

En effet, Laban (cité par Lesage, 2014c, p. 145) qualifie le geste de « léger » ou de « fort », en fonction des variations toniques utilisées pour sa réalisation. Elle lui confère la qualité de « légèreté » lorsque ce geste permet la production d'actions délicates, de motricité fine ou d'actes qui nécessitent une certaine douceur : coudre un vêtement, caresser un animal... Au contraire, un geste qualifié de « fort » est lorsque l'action suggère de la force tant physique que caractérielle : pousser un objet lourd, écraser quelque chose, soutenir une opinion... Pour réaliser ce geste, il est nécessaire d'engager tout son poids du corps, pour permettre de s'affirmer dans son action. En parvenant à maîtriser ses transferts de poids, Mme K. agit sur son milieu : son corps impacte son environnement en écrasant les blocs de mousse. Elle place tout son poids pour réussir la consigne et, par conséquent, affirmer ses capacités physiques qui témoignent d'une persévérance psychique pour surmonter la difficulté imposée.

Donner son poids nécessite tout de même « une capacité de gérer, nuancer et assumer sa présence et l'impact qu'elle peut avoir sur l'alentour » (Lesage, 2014c, p. 145). Contrôler son poids demande de porter une attention à son corps et à ses appuis pour les maîtriser, afin de porter une attention à son environnement pour s'adapter. Ainsi, utiliser son poids admet une certaine « qualité de présence à soi, affirmée et sécurisée, une qualité expressive et donc relationnelle qui évoque l'impact sur l'alentour » (Lesage, 2014c, p. 145).

En fin d'exercice et en fin du suivi, Mme K. apparaît plus confiante dans ses transferts de poids, moins hésitante et plus assurée. De plus, après être descendue des blocs de mousse, Mme K. exprime ses craintes et ses difficultés rencontrées durant l'exercice, sans oublier de préciser la fierté qu'elle a ressentie en parvenant à moduler son équilibre. L'engagement corporel permis lors de l'ensemble de ses expérimentations a pu faciliter la verbalisation autour de ses ressentis et la connexion avec son corps, qui semblait inaccessible en début de ses suivis. Au fil de ces six semaines, Mme K s'est saisie de ses prises en charge pour trouver des appuis nécessaires afin de gagner en mobilité, en écoute envers ses ressentis, en attention à son propre corps et ainsi, une manière de s'ériger pour devenir un sujet à part entière.

CONCLUSION

En débutant mon stage en hôpital de médecine physique et de réadaptation, je ne m'attendais pas à voir des profils aussi hétéroclites, atteints de pathologies aussi diverses, aux symptômes aussi multiples. Rapidement, je me suis aperçue que peu de patients ont la capacité de marcher sans aide technique, avec un fauteuil roulant, manuel ou électrique, avec une canne ou un déambulateur. Pour pallier leur déséquilibre, ils trouvent l'équilibre à travers des appuis physiques. Nous fournissions au corps des outils pour permettre sa rééducation et sa réadaptation. Ainsi, je me suis questionnée sur la place du psychisme dans un service où le corps est au centre des prises en charge. Une réorganisation globale du lien corps-psyché est à réinventer. L'équilibre de cette relation est un axe essentiel en psychomotricité, et est au cœur de mon mémoire.

La prise en charge de Mme K. en est le témoignage. Arrivée dans ce service pour un séjour de rééducation intensif en vue de gagner en autonomie, le travail à partir d'un corps fonctionnel n'était pas suffisant. Mme K. a eu besoin de pouvoir relier son corps et son esprit, en intégrant psychiquement tous les appuis solides et stables que lui offrent les soins, pour trouver progressivement son équilibre. L'équilibre est une vraie balance entre nos compétences, notre confiance en nous et le regard du monde extérieur sur nous. En prenant appui sur ma maître de stage et moi, sur notre posture professionnelle, sur le cadre de la séance de psychomotricité, nous avons soutenu Mme K. vers une écoute de ses sensations et, petit à petit, vers une prise de conscience et confiance en ses capacités et ses difficultés. Actuellement, Mme K. a encore besoin d'être épaulée dans sa réappropriation corporelle, en plaçant ses prises en charge au centre de sa vie. En se saisissant de cet axe de soins, Mme K. se redresse et pourra, je l'espère, investir son corps, investir sa vie et, ainsi, franchir les obstacles qui l'empêchent de se libérer de ce poids du corps douloureux.

Tout comme ma patiente, mon cheminement pour devenir la psychomotricienne que je souhaite être m'amène à m'appuyer sur mon entourage, sur l'environnement extérieur pour prendre peu à peu mon envol. Au cours de ce stage, je me suis sentie soutenue en premier lieu par ma maître de stage : en croyant suffisamment en moi pour me confier ses patients, elle m'a donné l'assurance dont j'avais besoin. Par ailleurs, je me suis sentie épaulée par toute l'équipe de psychomotriciens, aussi bienveillante qu'accueillante, par toute l'équipe pluridisciplinaire et, par extension, par

l'institution elle-même. De plus, l'acquisition de mes compétences actuelles a été possible en m'impliquant dans cette formation durant ces trois années, en m'appuyant sur la diversité des cours enseignés, sur les théories abordées, sur les liens théorico-cliniques exposés ainsi que sur mes enseignants, sur mes camarades, sur mes copines et sur ma maîtresse de mémoire. D'après Hilion (2011, p. 162), « notre formation favorise l'émergence d'un ajustement constant, physique, psychique, mental, corporel, émotionnel... tout comme le ferait l'axe corporel, permettant la possibilité d'organiser autour divers comportements de mise en relation ». L'ajustement de ma posture dans le suivi de Mme K. s'est également établi parallèlement à ce qu'elle me renvoyait : un échange entre nos deux corps a permis l'émergence d'une alliance thérapeutique qui s'est déployée au fil de ces six semaines. Ainsi, je me suis également appuyée sur ma patiente, grâce à notre relation, à sa confiance et à sa détermination. À travers ces différents soutiens, j'ai pu finalement apprendre à m'appuyer sur moi-même. J'ai expérimenté ce rôle de professionnelle en me sentant soutenue dans mes propositions, dans mon engagement, afin de trouver le juste équilibre dans mon implication et mon investissement.

Au cours de ces trois ans, dans ma formation et dans l'ensemble de mes stages, j'ai dû sans cesse me remettre en question, en me concentrant sur moi tout en restant attentive à l'environnement qui m'entoure. Cela demande un vrai travail sur soi, qui s'effectue au rythme de chacun. Ainsi, je me rends bien compte que le cheminement demandé à Mme K. est long et qu'un séjour de six semaines semble une temporalité bien trop courte pour qu'elle puisse se saisir et intégrer les différentes expérimentations proposées. Néanmoins, comment ne pas brusquer les choses quand le temps manque ? En rencontrant des patients hospitalisés selon les mêmes modalités, je me suis alors questionnée sur leurs prises en charge de courte durée et sur la façon de penser le projet psychomoteur de chacun. Je me suis également interrogée sur les traces que ces patients peuvent garder des séances, une fois le suivi achevé. Concernant ma posture, la découverte des suivis dans une aussi courte temporalité a influencé ma position auprès de ces patients. Bousculée par le chronomètre, je ressentais une pression d'obtenir rapidement des résultats, de proposer des exercices pertinents et adaptés dans l'immédiateté. Bien que je me sois habituée à cette temporalité, il m'est encore difficile de réfléchir et de prendre du recul sur des suivis aussi courts. En rédigeant ce mémoire, j'ai ainsi pris le temps de réfléchir à l'élaboration de ce suivi pour en comprendre davantage les points clés. Progressivement, en prenant du recul sur les séances de Mme K., j'ai perçu l'importance de prendre le temps de penser le soin, même quand il est compté.

Finalement, tout est une question d'équilibre.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. de, Joly, F. psychologue), Labès, G., & Jolivet, B. (2017a). Le corps comme relation. In *Corps, tonus et psychomotricité* (p. 163 à 185). VG éditions.
- Ajuriaguerra, J. de, Joly, F. psychologue), Labès, G., & Jolivet, B. (2017b). L'enfant et son corps. In *Corps, tonus et psychomotricité* (p. 197 à 217). VG éditions.
- Barfety-Servignat, V., & Bioy, A. (2022). Chapitre 1 : Repères en psychopathologie de la douleur. In *16 cas cliniques en psychopathologie de la douleur* (p. 12 à 25). Les Ateliers du praticien.
- Barrou, M., Commare, S., Dehestre, J., Juillard, A., Mayoux, F., Michel, A., Tsalaptis, C., & Vernay, G. (2019). *Evaluations cliniques des bilans (2)—Le schéma corporel et l'image du corps chez l'adulte atteint d'une lésion cérébrale d'apparition brutale, L'approche psychomotrice*. 184, 58 à 71.
- Baylot, A., Bednarek, S., & Fradet, M. (2022). Chapitre 21 : Psychomotricité en rééducation orthopédique et neurologie adulte. In A. Vachez-Gatecel, A. Valentin Lefranc, C. Aroulanda, B. Arzel, M. Audoye, & D. pédopsychiatre et artiste) Cohen, *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (2e édition [revue et augmentée]). Dunod.
- Berquin, A., Grisart, J., & Le Breton, D. sociologue). (2016a). Chapitre 1 : Ecouter en nous les échos de la douleur. In *Les défis de la douleur chronique* (p. 21 à 32). Mardaga.
- Berquin, A., Grisart, J., & Le Breton, D. sociologue). (2016b). Chapitre 5 : Faire face à la douleur. In *Les défis de la douleur chronique* (p. 91 à 106). Mardaga.
- Bourger, P. (2010). De l'appropriation de concepts à l'individualisation de la prise en charge en psychomotricité. In C. Potel & J.-J. Baranes, *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3e édition actualisée., p. 65 à 80). In press.
- Bullinger, A. (2017). Chapitre 13 : Habiter son organisme ou la recherche d'un équilibre sensorimoteur. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (Bibliothèque en ligne; p. 151 à 159). ERES.

- Campel Camara, M. (2013). *Femmes de Guinée et représentations endogènes de la maladie*. 15, 189 à 202.
- Ciccone, A. (2010). Psychomotricité et motricité psychique. In C. Potel & J.-J. Baranes, *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3e édition actualisée., p. 43 à 49). In press.
- Coeman, A., & Raulier H de Frahan, M. (2012a). Quelques points généraux essentiels 1- processus de développement. In *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* (p. 14 à 19). ASBL Étoile d'herbe.
- Coeman, A., & Raulier H de Frahan, M. (2012b). Quelques points généraux essentiels 4- L'axe vertical et l'émergence d'un mouvement juste. In *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* (p. 31 à 35). ASBL Étoile d'herbe.
- Commare, S., Boucraut, R., & Germain, L. (2022). L'accompagnement psychomoteur des patients présentant des troubles psychiatriques durant un séjour en rééducation neurologique. In M. Le Corre, S. Bacrie, A. Hélias-Péan, & F. Canchy-Giromini, *Psychomotricité en psychiatrie adulte* (p. 357). De Boeck supérieur.
- Commare, S., & Michel, A. (2014). *Corps et intériorité, prendre forme au fil du temps—Se remettre d'"Attaque" : Récits cliniques et réflexions sur la prise en charge de l'adulte victime d'Accident Vasculaire Cérébral*. 182, 106 à 117.
- Courraud-Bourhis, H. (2002a). Définitions de la posture et de l'équilibre. In *Le sens de l'équilibre : Éléments de neurophysiologie appliqués à la rééducation sensorielle* (p. 13). Point d'appui.
- Courraud-Bourhis, H. (2002b). Évolution des concepts. In *Le sens de l'équilibre : Éléments de neurophysiologie appliqués à la rééducation sensorielle* (p. 15 à 18). Point d'appui.
- Courraud-Bourhis, H. (2002c). Le développement postural. In *Le sens de l'équilibre : Éléments de neurophysiologie appliqués à la rééducation sensorielle* (p. 61 à 75). Point d'appui.

- Courraud-Bourhis, H. (2002d). Les ajustements posturaux : Compensation ou anticipation en lien avec le schéma corporel. In *Le sens de l'équilibre : Éléments de neurophysiologie appliqués à la rééducation sensorielle* (p. 31 à 40). Point d'appui.
- Courraud-Bourhis, H. (2002e). Les fonctions de la posture. In *Le sens de l'équilibre : Éléments de neurophysiologie appliqués à la rééducation sensorielle* (p. 19 à 20). Point d'appui.
- Courraud-Bourhis, H. (2002f). Les organes sensoriels et la gestion posturale. In *Le sens de l'équilibre : Éléments de neurophysiologie appliqués à la rééducation sensorielle* (p. 41 à 47). Point d'appui.
- Cyrulnik, B. (2002). Introduction. In *Un merveilleux malheur* (p. 2 à 10). Odile Jacob.
- Delion, P. (professeur de psychiatrie), & Vasseur, R. (médecin). (2012). 13-14 mois : Anticipation des ajustements posturaux. In *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans* (Bibliothèque en ligne; p. 149 à 161). ERES.
- Depraz, N. (2021). Chapitre 4 : Prescrire le symptôme est-il une thérapie adaptée pour les sujets malades chroniques. In J.-P. Cléro & M. Bourbon, *Symptôme et subjectivité*. MJW Fédition.
- Dictionnaire Le Robert en ligne. (2023a). *Appui—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/appui>
- Dictionnaire Le Robert en ligne. (2023b). *Axe—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/axe>
- Dictionnaire Le Robert en ligne. (2023c). *Lâcher—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/lacher>
- Guérin, N. (2021). Chapitre 7 : Les garanties du symptôme. In J.-P. Cléro & M. Bourbon, *Symptôme et subjectivité*. MJW Fédition.
- Haute Autorité de Santé. (2023a). *Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient

Haute Autorité de Santé. (2023b). *Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees

Hilion, A. (2011). *La psychomotricité en gériatrie. Axe corporel et identité du sujet âgé*. 23(93).

Hugues, A., Ferreux, T., & Yelnik, A. (2021). Chapitre 25 : Rééducation de l'équilibre du patient cérébrolésé après un AVC. In A. Yelnik & P. Herman, *Troubles de l'équilibre : Aspects sensoriels, de la physiologie à la rééducation*. Elsevier Masson.

Institut de formation de la RESC. (2022). *Définition, Origine et Charte de la Resc* [Résonance sous cutanée]. RESC. <https://resc.fr/quest-ce-que-la-resc/definition/>

Januel, É. (2022). *Infarctus médullaire : Rare mais potentiellement sévère !* Neurodiem. <https://www.neurodiem.fr/news/ischemies-medullaires-ou-en-sommes-nous-en-2022-2VFuAABE3sbaFfKymKQWwU>

Juillard, A. (2016). Chapitre 9 : De l'action psychomotrice à l'inscription neurologique. In N. Girardier & J. Boutinaud, *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences : Histoire, actualités et perspectives : Pour une pensée en mouvement* (p. 162 à 172). In press.

Koupernick, C., & Dailly, R. (1976). Introduction. In *Développement neuropsychique du nourrisson, Sémiologie normale et pathologique* (p. 1 à 38). Presses universitaires de France.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2007). *Dictionnaire de la psychanalyse* ([5e édition]). Presses universitaires de France.

- Lesage, B. (2014a). Axial'Poursuite : Axe et spatialité. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation* (BU Santé Rockefeller; p. 147 à 158). ERES.
- Lesage, B. (2014b). Corps et psychisme, une relation d'étayage. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (Bibliothèque en ligne; p. 17 à 35). ERES.
- Lesage, B. (2014c). Poids : Dialectique du support et de l'appui. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (Bibliothèque en ligne; p. 127 à 145). ERES.
- Lesage, B. (2014d). Structures. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (Bibliothèque en ligne; p. 37 à 47). ERES.
- Lesage, B., Auguste, L., Molina, L., Muñoz, C., & Canchy-Giromini, F. (2021a). Corporel, psychocorporel et médiations. In *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité* (p. 27 à 63). ERES.
- Lesage, B., Auguste, L., Molina, L., Muñoz, C., & Canchy-Giromini, F. (2021b). Habitus et dialogue tonique. In *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité* (p. 71 à 107). ERES.
- Lièvre, B. de, & Staes, L. (2012). Le schéma corporel. In *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : Notions et applications pédagogiques* (6e édition., p. 16 à 52). De Boeck.
- Liotard, D. (2010). Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur. In C. Potel & J.-J. Baranes, *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3e édition actualisée., p. 51 à 63). In press.
- Meurin, B. (2018). Axe corporel : Un appui postural, émotionnel et représentatif. *ELSEVIER*.

- Modange, L., & Chaumont, V. (2001). Chapitre 10 : La chute du sujet âgé : Approche psychologique et pratique psychomotrice. In É. Aubert & J.-M. Albaret, *Vieillesse et psychomotricité*. Solal éditeur.
- Mouanga, A. M., Mbassa Menick, D., Moukouta, C. S., Dzalamou, M., Milandou, R., Ossou-Nguet, P. M., & Bandzouzi Ndamba, B. (2018). *Corps, souffrance et relation à l'autre dans la culture africaine : L'exemple de la république du Congo*. 94, 33 à 40.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1738>
- Neurodiem. (2023). *Neurodiem, une référence en neurologie*. Neurodiem.
<https://www.neurodiem.fr/>
- Pireyre, É. W., & Delion, P. professeur de psychiatrie). (2011a). Chapitre 2 : Le problème des références théoriques. In *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (3e édition.). Dunod.
- Pireyre, É. W., & Delion, P. professeur de psychiatrie). (2011b). Chapitre 9 : Le tonus. In *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (p. 97 à 103). Dunod.
- Quevauvilliers, J., Somogyi, A., & Fingerhut, A. (2009). *Dictionnaire médical : Avec atlas anatomique* (BU Odontologie; 6e édition.). Elsevier-Masson.
- Robert-Ouvray, S. B. (2004a). Chapitre 3. Les hiatus psychomoteurs—L'expérience préliminaire. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2e éd. rév., p. 61 à 65). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2004b). Chapitre 5 : L'analyse sensorielle—Le travail perceptif du Moi. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2e éd. rév., p. 97 à 100). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2004c). Chapitre 13 : L'étayage—Définition. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (BU Santé Rockefeller; 2e éd. rév.). Desclée de Brouwer.

- Robert-Ouvray, S. B. (2004d). Chapitre 14. La sidération hypertonique de la psychose—L'identité mise en échec. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2e éd. rév., p. 229 à 231). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B., & Servant-Laval, A. (2015). Chapitre 5 : Le tonus et la tonicité. In P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement à la psychomotricité 1. Concepts fondamentaux* (Vol. 1, p. 161 à 199). De Boeck.
- Schilder, P., Gantheret, F., & Truffert, P. (1968). Introduction. In *L'image du corps : Étude des forces constructives de la psyché* (p. 35 à 40). Gallimard.
- Vanoverskelds, V. (2004). *La cérébrolésion, un deuil bien compliqué*.
- Vesser, A. (2014). Chapitre 8 : Contenance en psychomotricité, Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler. In É. W. Pireyre & C. Potel, *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 138 à 150). Dunod.
- Winnicott, D. W., & Bouillot, F. (2009). Chapitre 1 : La relation d'une mère à son bébé au tout début. In *La famille suffisamment bonne* (p. 9 à 18). Payot.

TABLE DES ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

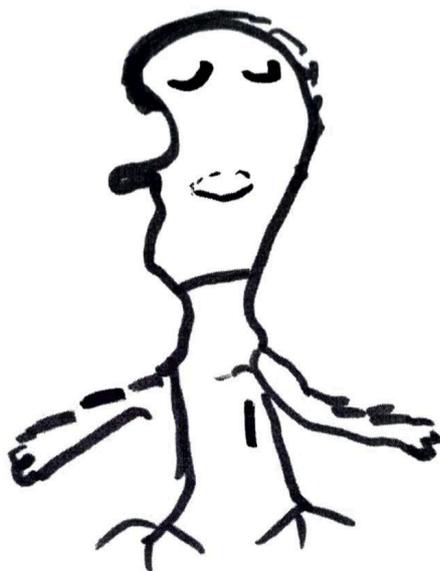
Annexe I : dessin du bonhomme de Mme K. en début de suivi

Annexe II : dessin du bonhomme de Mme K. en fin de suivi (1)

Annexe III : dessin du bonhomme de Mme K. en fin de suivi (2)

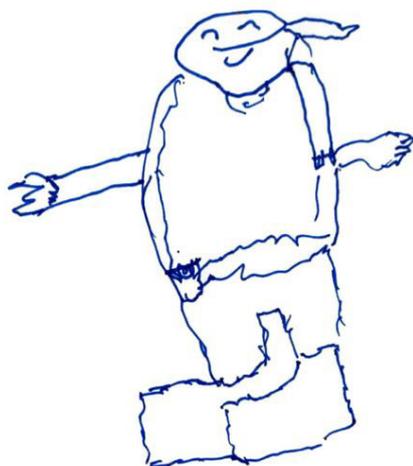
Annexe IV : Composantes de l'équilibre sensori-tonique, Bullinger (2017, p. 157)

Annexe I : dessin de Mme K. en début de suivi
(Date : 17/10/2022)



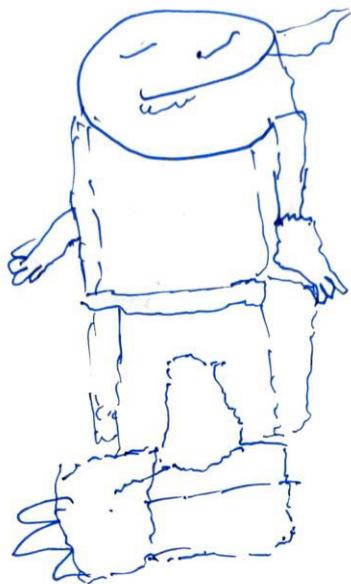
Annexe II : dessin de Mme K. en fin de suivi (1)

28/10/20



Annexe III : dessin de Mme K. en fin de suivi (2)

28/11/22



L'ÉQUILIBRE SENSORI-TONIQUE

L'équilibre sensoritonique

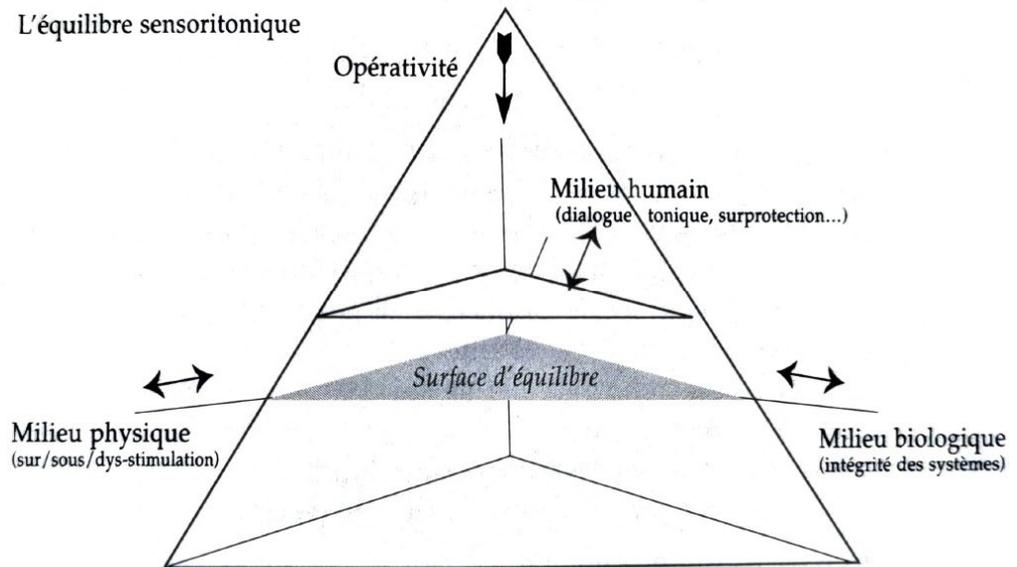


Figure 1. Composantes de l'équilibre sensori-tonique.

Vu par le maître de mémoire

A Lyon, le 10 mai 2023

Aurore Juillard

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

Auteur : Charlotte TERNOY

Titre : Tout est une question d'équilibre :

L'étayage du psychomotricien dans la recherche d'un nouvel équilibre
psychomoteur

Mots - clés : psychomotricité – rééducation – neurologie – blessure médullaire – sensorialité – équilibre – déséquilibre
psychomotricity – rehabilitation – neurology - spinal injury – sensoriality – balance - imbalance

Résumé: La survenue d'un accident vient rompre brutalement l'équilibre psychomoteur du sujet adulte. La blessure médullaire engendre des répercussions tant corporelles que psychiques. Dans un service de rééducation des pathologies neurologiques, la psychomotricité a toute sa place. En prenant en compte la personne dans sa globalité, elle tente de trouver l'équilibre entre fonctionnalité et identité. En rencontrant Mme K, une patiente âgée de 41 ans, atteinte d'une blessure médullaire, je m'intéresse à sa manière d'être actrice dans sa propre prise en charge. Au cours de son suivi, je me suis interrogée sur la manière d'étayer Mme K. dans son investissement corporel et plus généralement, **comment l'accompagnement psychomoteur offre-t-il des appuis pour préserver l'équilibre chez une patiente adulte ?**

A sudden neurological accident breaks the psychomotor balance of the adult subject. Spinal cord injury has both physical and psychological repercussions. Psychomotricity can find its place in a rehabilitation service of neurological pathologies. By taking the whole person into account, the psychomotor therapist tries to find the balance between functionality and identity. When I met Mrs K, a 41-year-old patient with a spinal cord injury, I was interested how she copes and uses her body in her rehabilitation program. During her follow-up, I wondered how to help Mrs. K in her body appropriation and more generally, **how does psychomotor support offer an adult patient a better sense of balance ?**