



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

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



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

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

Quand la douleur submerge, l'eau ramène à la surface

L'étayage psychomoteur face aux douleurs en neurologie adulte

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Ysaline ROLLET

Mai 2024 (Session 1)

N°1867

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

Quand la douleur submerge, l'eau ramène à la surface

L'étayage psychomoteur face aux douleurs en neurologie adulte

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Ysaline ROLLET

Mai 2024 (Session 1)

N°1867

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président

Pr. Frédéric FLEURY

Vice-président relations hospitalo-universitaires

Pr. Jean-François MORNEX

Président du Conseil Académique

Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président Santé

Pr. Jérôme HONNORAT

Vice-président CA

Pr. Philippe CHEVALIER

Directeur Général des Services

M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Doyen **Pr. Gilles RODE**

U.F.R. d'Odontologie

Directeur **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –
Lyon Sud Charles Mérieux

Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques

Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Comité de Coordination des études
médicales (CEM)

Présidente **Pr. Carole BURILLON**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)

Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences

Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

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

Directeur **Mr Guillaume BODET**

UFR Faculté des sciences

Directrice **Mme Sylvie VIGUIER**

Institut Universitaire de Technologie Lyon
1 (IUT)

Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

Département de Génie électrique et des
procédés

Directrice **Mme Sophie CAVASSILA**

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

Directeur **Mr Christian ROBERT**

Département Informatique

Directrice **Mme Saida BOUAKAZ
BRONDEL**

Observatoire de Lyon

Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

Département Mécanique

Directeur **Mr Marc BUFFAT**

Institut National Supérieur du
Professorat et de l'éducation (INSPé)

Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

POLYTECH LYON

Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

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

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Elodie ROYER

Coordinatrice Recherche

Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

Table des matières

| | |
|--|----|
| Lexique | |
| Introduction | 1 |
| Chapitre 1 : Clinique | 3 |
| 1. Cadre d'intervention | 3 |
| 1.1. Présentation du cadre du stage..... | 3 |
| 1.2. Modalités d'accompagnement..... | 4 |
| 1.3. Bassin de balnéothérapie | 4 |
| 2. Madame J..... | 5 |
| 2.1. Présentation de Madame J. | 5 |
| 2.2. Quand la maladie bouleverse tout | 5 |
| 2.3. Projet de soin global et psychomoteur..... | 7 |
| 2.4. Une rencontre singulière..... | 8 |
| 2.5. À la recherche d'un relâchement global | 9 |
| 2.6. S'ancrer pour mieux se relever..... | 11 |
| 2.7. Un vécu douloureux | 13 |
| Chapitre 2 : Théorie..... | 16 |
| 1. Pathologies neurologiques..... | 16 |
| 1.1. Définitions | 16 |
| 1.2. Syndrome post-covid..... | 17 |
| 1.2.1. Définition..... | 17 |
| 1.2.2. Symptomatologie..... | 18 |
| 1.2.3. Conséquences | 19 |
| 1.2.4. Prise en soin..... | 19 |
| 2. Douleurs | 20 |
| 2.1. Différents types de douleurs | 21 |
| 2.1.1. Douleurs aiguës | 21 |
| 2.1.2. Douleurs chroniques | 21 |
| 2.1.3. Douleurs neuropathiques | 23 |
| 2.2. Souffrances et impacts sur le sujet | 23 |
| 2.2.1. Souffrances psychiques | 24 |
| 2.2.2. Impacts toniques et corporels | 25 |

| | | |
|---------------------|--|----|
| 2.2.3. | Répercussions sociales | 26 |
| 3. | Balnéothérapie | 27 |
| 3.1. | Définition..... | 27 |
| 3.2. | Balnéothérapie comme médiation en psychomotricité..... | 27 |
| 3.3. | L'eau, un élément aux multiples caractéristiques..... | 28 |
| 3.3.1. | Quand l'eau vient suppléer la fonction de contenance et d'enveloppe corporelle | 29 |
| 3.3.2. | L'eau qui nous porte | 30 |
| 3.3.3. | L'eau, un support d'appuis et d'ancrages | 31 |
| 3.3.4. | Autres caractéristiques physiques..... | 32 |
| Chapitre 3 : | Théorico-clinique..... | 34 |
| 1. | La place de la psychomotricité dans cet accompagnement singulier | 34 |
| 1.1. | La balnéothérapie vue sous l'angle psychomoteur..... | 34 |
| 1.2. | Un point de vue holistique..... | 36 |
| 1.3. | Un retour au corps primordial | 37 |
| 2. | D'un corps douloureux à une réappropriation corporelle..... | 38 |
| 2.1. | Un vécu douloureux tant physiquement que psychiquement | 38 |
| 2.2. | De nombreux deuils à faire..... | 39 |
| 2.3. | Vers une réappropriation corporelle | 41 |
| 2.3.1. | Par le biais de l'eau..... | 41 |
| 2.3.2. | Par le biais de la relaxation..... | 43 |
| 3. | La notion de toucher | 44 |
| Conclusion | | 48 |
| Bibliographie | | |

Lexique

APA : Activité Physique Adaptée

COVARs : Comité de Veille et d'Anticipation des Risques Sanitaires

Déconditionnement : « Défaillance des mécanismes de régulation de l'organisme. » (Le Robert, 2021)

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

FFN : Fédération Française de Neurologie

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

MPR : Médecine Physique de Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Péricardite : « Inflammation des feuillets du péricarde. » (Larousse médical en ligne, 2024a)

Pyélonéphrite : « Infection aiguë, subaiguë ou chronique du bassinet et du tissu interstitiel d'un rein. » (Larousse Médical en ligne, 2024b)

SMR : Soins Médicaux de Réadaptation

Syndrome de Gilbert : « Trouble dû à une anomalie héréditaire du transport et de la transformation hépatique de la bilirubine (pigment biliaire issu de la dégradation de l'hémoglobine), anomalie liée à un déficit enzymatique. ... Ce syndrome, qui ne constitue pas une maladie au sens strict, ne nécessite ni surveillance, ni traitement, ni régime alimentaire. » (Larousse Médical en ligne, 2024c)

Syndrome de Raynaud : « Affection des vaisseaux sanguins, survenant sans cause décelable, qui touche les extrémités et qui se caractérise par une constriction brutale des artérioles des doigts ou des orteils, entraînant une pâleur, un refroidissement et une douleur des doigts concernés. » (Larousse Médical en ligne, 2024d)

Introduction

Introduction

Au cours de mes trois années d'études au sein de ce cursus, j'ai eu l'opportunité de vivre de nombreuses expériences, auprès de populations toutes plus riches les unes que les autres. J'ai pu prendre conscience de l'importance de la prise en soin psychomotrice auprès des patients tout en ayant l'opportunité de m'affirmer en tant que future psychomotricienne grâce à l'étayage des cours pratiques et des stages.

C'est à la fin de ma seconde année que je choisis de postuler en service de médecine physique et de réadaptation avec l'objectif de rencontrer une population suscitant spécifiquement ma curiosité professionnelle. C'est ainsi que je débute mon stage auprès d'adultes atteints de troubles neurologiques. Accompagnée par ma tutrice, je découvre ce large champ d'intervention dans lequel la psychomotricité m'apparaît alors essentielle. C'est en rencontrant cette nouvelle population et ces pathologies encore inconnues pour moi que je me questionne à de nombreuses reprises sur l'impact corporel et psychique de ces dernières, notamment en lien avec la question de la douleur, présente chez la majorité d'entre elles. Comment investir son corps lorsqu'il est douloureux ? Dans quelle mesure est-il possible de se reconnaître dans un corps bouleversé par une pathologie ? Tout autant de questionnements me donnant chaque semaine l'envie d'approfondir mes connaissances et ma pratique.

Lors de ma rencontre avec ma tutrice, celle-ci évoque la présence d'un bassin de balnéothérapie au sein de l'établissement. C'est alors immédiat pour moi, je souhaite, si l'opportunité se présente, découvrir cette nouvelle médiation m'ayant toujours attirée. C'est au début du mois de novembre que ma tutrice m'annonce qu'une ancienne patiente revient pour un nouveau séjour à l'hôpital et qu'elle souhaiterait la voir en séances de balnéothérapie. Je découvre ainsi Madame J., une mère âgée de quarante-six ans, touchée par un syndrome post-covid. Je la rencontre dans ce nouvel espace au sein duquel nous évoluerons ensemble, moi à la découverte de cette nouvelle médiation attisant chaque jour un peu plus ma curiosité et elle, redécouvrant petit à petit son corps et ses capacités. C'est de cette façon que naît notre triade, prenant ainsi forme pour plusieurs semaines.

Dès ma première rencontre dans l'eau avec Madame J., de nombreux éléments attirent mon attention. Sa manière d'habiter son corps, de se mouvoir et dont elle semble le vivre. Sa problématique douloureuse prend, à ce moment-là de son parcours, une place majeure, plaçant son accompagnement sur un versant encore inconnu pour moi, la prise en soin de la douleur. Cependant, je me rends rapidement compte en l'observant davantage que cette question de la douleur impacte fortement son corps et sa manière de l'habiter, entraînant alors d'importantes répercussions, notamment toniques.

La prise en soin auprès de Madame J. m'a permis d'orienter mes questionnements et par la suite la rédaction de mon mémoire autour de la question suivante : **En quoi la prise en soin en balnéothérapie en psychomotricité permet la gestion de la douleur et du tonus chez des patients atteints de pathologies neurologiques ?**

Pour tenter d'éclaircir cette problématique et de rendre compte de l'évolution de ma posture et de ma pensée au cours de la rédaction de ce mémoire, je débiterai ce dernier par une partie clinique dans laquelle je retrace l'histoire de Madame J., son parcours médical, nos rencontres, mais également les nombreux impacts de sa pathologie sur sa vie et sa manière d'habiter son corps, origine première de mes questionnements.

Je poursuivrai avec des fondements théoriques permettant de mieux comprendre et d'éclaircir les thématiques que sont le syndrome dont souffre Madame J., la douleur ainsi que la balnéothérapie.

Enfin, je tenterai d'apporter des réponses à ma problématique en développant des liens théorico-cliniques m'ayant permis de mieux comprendre et appréhender ce suivi singulier aux côtés de Madame J., auprès de qui, la prise en soin psychomotrice prend tout son sens selon moi.

Chapitre 1 : Clinique

Chapitre 1 : Clinique

1. Cadre d'intervention

1.1. Présentation du cadre du stage

J'effectue mon stage au sein d'un hôpital spécialisé en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et plus précisément dans le service de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR). Ce centre de rééducation spécialisé en neurologie accueille des patients adultes touchés par une pathologie d'origine oncologique, infectieuse, inflammatoire, accidentelle ou neurodégénérative ayant des altérations sur le système nerveux central ou périphérique.

L'objectif de cette structure est d'accompagner les patients vers une rééducation, une réadaptation, une autonomisation et si possible une réinsertion sociale et professionnelle grâce à une prise en soin globale et pluridisciplinaire des symptômes. Une équipe pluriprofessionnelle importante intervient au sein de cet établissement avec des médecins spécialisés en MPR, des aides-soignants, des infirmiers, des psychologues, des moniteurs d'Activité Physique Adaptée (APA), des assistants sociaux, ainsi que des professionnels rééducateurs : psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, et orthoptistes. Cette équipe pluridisciplinaire permet aux patients de disposer de nombreux suivis complémentaires afin de se voir proposer un projet de rééducation et de réadaptation complet et adapté au fil de leur prise en soin.

Les différents professionnels et rééducateurs interviennent à la fois sur des séjours en hospitalisation complète, en hospitalisation de semaine ou en hospitalisation de jour. Les hospitalisations complètes ont une durée indéterminée afin d'accompagner les patients pendant le temps nécessaire en fonction de leur pathologie. Les hospitalisations de semaine ont une durée totale de trois semaines et les hospitalisations de jour se réalisent sur six semaines. Ce large champ d'intervention permet notamment de suivre les patients selon leur évolution car leur prise en soin peut passer de l'hospitalisation conventionnelle à l'hospitalisation de semaine puis de jour. Lors de ces hospitalisations, plusieurs types de séjours peuvent être proposés avec des programmes de rééducation, des évaluations

pluridisciplinaires ou bien des reprises de rééducation dans le cadre d'une perte d'autonomie ou de symptômes ciblés.

L'hôpital dispose d'une capacité de deux cents lits environ. Dans le cadre de certaines affections longues durées, les séjours peuvent être renouvelés afin de suivre le patient au mieux dans son évolution et lui proposer de nouveaux objectifs adaptés à ses besoins et ses capacités actuelles.

1.2. Modalités d'accompagnement

Dans cet établissement, les psychomotriciens interviennent à la fois lors de prises en soins groupales et individuelles à la demande du médecin référent du patient. Les différents groupes proposés sont organisés en fonction de certaines pathologies ou besoins particuliers des patients. Les indications les plus fréquentes en psychomotricité sont des troubles de la régulation tonico-émotionnelle, des perturbations de l'image du corps et du schéma corporel, des difficultés en lien avec l'équilibre et la marche ou bien l'inhibition psychomotrice en vue d'un réinvestissement corporel. 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 spécialité.

1.3. Bassin de balnéothérapie

L'établissement est équipé d'un bassin dans lequel nous intervenons en balnéothérapie. Il fait une longueur de quinze mètres pour cinq mètres de large. Il est accessible par quatre marches, descendant progressivement dans l'eau, entourées des deux côtés par des mains courantes en métal. Il est également possible d'y accéder par une mise à l'eau en fauteuil. La profondeur de la piscine varie progressivement entre trois paliers qui évoluent entre quatre-vingt-dix centimètres et un mètre soixante, permettant aux patients de plus ou moins s'immerger dans l'eau.

La température moyenne de l'eau est de trente-deux degrés, favorisant la détente musculaire, mais cette température peut varier entre les différentes profondeurs du bassin, donnant des impressions de courants plus ou moins chauds. La main courante présente sur

toute la périphérie du bassin permet d'y accéder et propose un appui sécurisant et rassurant lorsque le patient est dans l'eau. Deux sièges immergés se trouvent également de part et d'autre du bassin, afin d'offrir la possibilité d'une assise. Un couloir avec les différents objets mis à disposition longe le bassin, permettant d'accéder à ceux-ci depuis la piscine ou bien depuis l'extérieur. On y trouve notamment des planches flottantes, des frites en mousse, des bracelets lestés de différents poids, des haltères en mousse ou encore des kits de flottaison.

2. Madame J.

2.1. Présentation de Madame J.

Je vais vous présenter Madame J. une femme de quarante-six ans que je rencontre dans le cadre de mon stage en séance individuelle en balnéothérapie.

Madame J. est mariée et mère de trois garçons âgés de dix-neuf et dix-sept ans, les deux derniers étant jumeaux. Elle m'est décrite par ma tutrice, avant notre rencontre, comme une femme très active tant dans sa vie professionnelle que personnelle. En effet, elle travaillait en tant que directrice informatique dans une grande entreprise. Elle occupait un poste de cadre supérieure à forte charge tout en participant, en parallèle, au comité de direction, l'amenant notamment à effectuer des déplacements réguliers. En outre, elle pratique la danse depuis son enfance. Elle effectue très régulièrement, avant l'apparition de sa maladie, des séances de pilates, de stretching, de natation ainsi que des activités en montagne.

2.2. Quand la maladie bouleverse tout

Madame J. est suivie dans cet hôpital spécialisé en médecine physique et de réadaptation dans le cadre d'un syndrome post-covid ou covid long. Elle présente sur le plan médical de nombreux antécédents tels qu'un syndrome de Raynaud, une hypertension artérielle traitée, un nodule au sein gauche, un syndrome de Gilbert ainsi qu'une hernie discale lombaire non opérée. Elle contracte le virus du COVID-19, dès les premières semaines de l'épidémie en France en mars 2020 et de nombreuses autres pathologies vont alors s'enchaîner. En effet, l'évolution de ce COVID s'est traduite par des douleurs

thoraciques et costales majeures accompagnées d'une fatigue très importante n'entraînant cependant pas de gêne respiratoire. C'est à la suite de quinze jours de fatigue intense que Madame J. se voit diagnostiquer une péricardite avec un épanchement de quatre centimètres. Madame J. déclenche par la suite une pyélonéphrite avec choc septique en juillet 2020. Par ailleurs, elle se fêle le coccyx en chutant d'une chaise. Suite à ces nombreuses complications, Madame J. débute un suivi libéral en kinésithérapie qui s'avère compliqué du fait de l'apparition de nombreux malaises à l'effort. Elle obtient alors une dérogation de son médecin et pratique la natation à raison de deux fois par semaine. Madame J. décrit s'y sentir « plus légère » et moins sujette aux malaises. Elle débute également un suivi psychologique au mois d'octobre afin de travailler autour de l'acceptation de sa maladie et de son arrêt de travail tout en abordant sa projection dans l'avenir. Elle recontractera le virus du COVID en janvier 2023, revivant alors son premier épisode de crise et le début de toutes ses complications médicales. Madame J. se voit repartir au début de son parcours médical compliqué avec un virus ayant déjà bouleversé sa vie. Son tableau clinique apparaît comme lourd et très coûteux tant dans l'importance du nombre de complications médicales que dans sa manière de le raconter. Ses journées sont marquées par une asthénie majeure ainsi qu'une impossibilité d'assurer ses activités quotidiennes habituelles à la suite d'un déconditionnement majeur à l'effort.

Ainsi, son quotidien se voit complètement remis en question, contrastant énormément avec sa vie « d'avant ». Nous notons notamment, depuis le début de ses prises en soins médicales, une perte de poids de plus de seize kilos suite à laquelle Madame J. dit « ne plus se reconnaître » dans son propre corps. Depuis ce syndrome post-covid, Madame J. nous confie qu'il n'est plus possible pour elle de réaliser une tâche sans se sentir fatiguée ou devoir se reposer après afin de récupérer. Elle présente des essoufflements constants lorsqu'elle parle en position debout ou lors des activités de la vie quotidienne. Elle évoque également son appréhension croissante de la chute en raison de son déconditionnement musculaire. Madame J. décrit son quotidien comme « épuisant et douloureux ». Une lassitude permanente est en outre décrite par la patiente, tant physiquement que psychiquement. La fatigue est un symptôme l'accompagnant au quotidien.

De plus, d'importantes douleurs musculaires se font ressentir chez Madame J. notamment au niveau du tronc et des membres inférieurs. Elle décrit ses douleurs comme

« un étau qui tape ». Ces dernières sont « permanentes » et « variables en intensité ». Sur le plan psychologique Madame J. nous fait facilement et très justement part de ses ressentis face à cette maladie, ses symptômes et ses répercussions. En effet, je remarque une écoute très attentive d'elle-même et de ses émotions. Elle parle alors de la difficulté que cela représente pour elle de voir ses capacités diminuer, en particulier par rapport à ses activités quotidiennes, sa vie professionnelle mais aussi sa vie de mère. Elle décrit à plusieurs reprises lors des différentes séances son rôle de mère qui se révèle souvent très éprouvant pour elle.

2.3. Projet de soin global et psychomoteur

Madame J. effectue, lorsque je la rencontre, son troisième séjour en hospitalisation de jour. Elle participe à des séances de kinésithérapie, d'activité physique adaptée et de psychomotricité.

Les objectifs principaux de ses prises en soins en rééducation sont le travail de la sensorimotricité, de la posture et de l'équilibre tout en abordant le renforcement musculaire, avec en parallèle un programme de remédiation cognitive.

En psychomotricité, les objectifs sont tournés autour de la réappropriation du corps et de la régulation tonico-émotionnelle en vue d'un réinvestissement corporel global. Une des visées de ce séjour est l'abord de son appréhension de chuter. Un travail important est demandé quant à l'écoute de ses limites car Madame J. a souvent tendance à persévérer en dépit de son état de santé. Madame J. rapporte ressentir le besoin « d'enrayer cette spirale descendante » et de « retrouver du courage pour maintenir et adapter ses activités ».

Ce séjour s'est alors orienté sur la médiation aquatique afin d'aborder l'appréhension de la chute, la gestion des douleurs et de la fatigabilité ainsi que le réinvestissement corporel, notamment des membres inférieurs. En effet, elle décrit l'eau comme le seul endroit dans lequel son corps n'est plus douloureux et source de fatigue intense.

L'objectif psychomoteur principal à travailler par le biais de la balnéothérapie s'articule autour de l'unité corporelle et de la régulation tonique, aussi bien sur le versant du relâchement que du recrutement et de la modulation. Cet objectif a pour but principal de permettre à Madame J. d'accéder à une modulation de son tonus qui s'appuiera sur l'accompagnement dans la prise en soin de sa douleur et de sa rigidité corporelle globale. Nous lui proposons alors à la fois des temps de relaxation ou bien des temps plus dynamiques autour de la dissociation des ceintures mais aussi de la prise de conscience de ses appuis et de sa force.

2.4. Une rencontre singulière

Lorsque je la rencontre, Madame J. nous attend dans la salle d'attente de la balnéothérapie. Elle est assise dans un fauteuil roulant manuel qu'elle utilise pour ses déplacements extérieurs et parfois intérieurs à cause de sa fatigabilité importante. Elle porte des vêtements souples et sombres. Elle nous salue d'une voix à peine audible. Je me présente. Nous partons ensuite chacune de notre côté pour nous préparer, elle, accompagnée par une infirmière l'aidant à se changer. Lorsque nous nous retrouvons du côté du bassin, le corps de Madame J. me semble très délicat, comme fragile. En effet, ses mouvements pour se déplacer de la douche au bassin sont très lents et nécessitent l'accompagnement de l'infirmière. Son visage est tendu, comme tirailé par la douleur et la lourdeur du poids de son corps qui me semble pourtant si frêle. Ses pas sont de très faible amplitude. Son corps est projeté en avant comme si elle portait un lourd fardeau sur son dos. Son tonus est très élevé, visible par l'élévation et la crispation de ses épaules. Ses mouvements sont saccadés. Ses pas semblent robotisés, comme limités par un poids trop conséquent à soulever. J'observe une tendance globale à une hypertonie réactionnelle aux douleurs que je remarque par ses mimiques faciales et son attitude corporelle. Sa respiration m'apparaît comme suspendue lors de ses mouvements et haletante lorsqu'elle effectue des pauses sur son trajet.

Je perçois alors une dichotomie entre sa carrure frêle et légère et son état tonique très élevé. Je ressens, à ce moment-là de notre rencontre, à la fois une envie de protection et de douceur face à cette femme dont la sensation de fragilité m'envahit ainsi qu'une

volonté de réussir à l'élever tout en lui faisant prendre conscience de sa force et ses capacités.

Lorsqu'elle rentre dans l'eau, je note immédiatement un soulagement sur le visage et dans le corps de Madame J. En effet, son corps se détend et les traits de son visage se décrispent. Sa respiration se pose davantage, reprenant peu à peu un rythme régulier. Ses épaules s'abaissent et ses jambes semblent retrouver une forme de légèreté. Ses gestes se fluidifient, retrouvant, eux aussi, une certaine aisance et agilité. Sa posture globale se modifie. J'observe alors que son corps, précédemment projeté en avant, se redresse, ses pieds et ses bras se stabilisent. Sa posture globale associée à sa voix posée, presque chuchotée, m'évoque l'image d'une plume, détonnant alors avec ma première impression de crispation globale et de lourdeur.

Dès les premiers instants, elle parle du poids que représente la pesanteur sur son corps. Elle évoque les efforts que cela lui demande de se déplacer et ce soulagement lors de son arrivée dans l'eau de ne plus ressentir cette lourdeur. J'émet alors l'hypothèse que la fonction de portage représentée par l'eau permet à Madame J. de se sentir davantage soutenue.

2.5. À la recherche d'un relâchement global

Au cours de notre première séance, ma tutrice et moi-même proposons à Madame J. un temps de relaxation. Le bassin de balnéothérapie est équipé d'un kit de flottaison composé d'un casque et de genouillères se gorgeant d'eau et aidant le patient à flotter. Pendant ce premier temps de relaxation, la psychomotricienne déplace Madame J. dans l'eau à travers le bassin tout en cherchant à amener de la dissociation entre ses ceintures scapulaire et pelvienne par de micromouvements induits par ses mains sur les omoplates et le bassin de la patiente. J'observe alors que le corps de Madame J. semble à première vue détendu, notamment par le mouvement fluide de ses bras au fil du courant de l'eau. Ces derniers suivent lentement le flux de l'eau et des directions données par les déplacements, laissant une impression de relâchement. Cependant, lorsque j'observe davantage le corps de Madame J. et les mouvements produits par les courants de l'eau, je remarque que la dissociation de ses ceintures scapulaire et pelvienne n'est pour le moment pas possible. Par

les mouvements proposés, nous recherchons une unité corporelle permettant un abaissement de son tonus global, une certaine fluidité dans son corps. Cette dernière ainsi que les ondulations recherchées lors de ces mouvements dans l'eau ne sont cependant pas obtenues chez Madame J. dont le haut et le bas du corps semblent ne former qu'un bloc à ce moment-là. Son tronc et ses jambes ne semblent pas liés, se mouvant alors dans l'eau en différés, comme si son bassin ne permettait pas une liaison souple de ces derniers. Je me demande alors dans quelle mesure la contenance de l'eau permet la détente du corps et du tonus ?

Lors d'une autre séance, nous proposons à Madame J. d'ajouter de la sensorialité au temps de relaxation. En effet, le bassin est équipé d'un jet projetant à forte intensité de l'eau dont la température est supérieure à celle du bassin. Je propose à Madame J. d'accompagner son temps de relaxation par la projection de ce jet sur l'ensemble de la surface immergée de son corps. Je suis donc ma tutrice au fil de ses déplacements dans le bassin. Madame J. est, à la fin de ce temps, en mesure de verbaliser le caractère agréable et détendant de cette chaleur combinée aux mouvements et ondulations proposés. Elle décrit que les sensations de chaleur ont eu, par moment, vocation à calmer ses douleurs ou à diminuer leur intensité.

Nous proposons également à Madame J. de réaliser des mobilisations passives au niveau de ses membres supérieurs et inférieurs. Ma tutrice me propose alors de l'accompagner dans ce temps en réalisant les mobilisations passives de mon côté afin de lui offrir des mouvements symétriques et de permettre une certaine unité corporelle. M'apparaît alors une appréhension à ce premier contact tactile avec Madame J. En effet, j'ai pu être active au sein des séances précédentes mais la question du toucher partagé ne s'était pour le moment pas posée. De nombreux questionnements me viennent. Vais-je lui faire mal ? Mes mobilisations seront-elles semblables à celles de ma tutrice ? Je ressens alors à ce moment précis que mon propre état tonique se modifie. Mes bras, habituellement flottant à la surface de l'eau, sont davantage crispés et rapprochés de mon tronc. Mes jambes se rigidifient légèrement, traduisant une volonté de me stabiliser davantage, comme pour me préparer à cet exercice. L'alliance thérapeutique est bien présente entre nous mais la place du toucher se voit complètement remaniée du fait de la proximité corporelle qu'implique cette médiation. Étant consciente de ces modifications corporelles dans mon

propre corps et confortée par la posture de ma tutrice me faisant confiance sur cette proposition, je diminue alors mon tonus afin de proposer un toucher qui se veut le plus adapté possible. Nous débutons alors les mobilisations et je ressens chez Madame J. qu'une détente est possible. Le relâchement de Madame J. est-il alors en lien avec ma propre détente corporelle ? Est-ce une forme de dialogue tonique qui s'installe au sein de notre trio ? En effet nous parvenons à réaliser des mouvements fluides et aucune contraction musculaire ne se fait ressentir. Je constate donc qu'il est désormais plus aisé pour Madame J. de se relâcher corporellement au sein des séances de relaxation proposées.

2.6. S'ancrer pour mieux se relever

Au cours de ce séjour, le temps de Madame J. passé au fauteuil est de plus en plus important à cause de sa fatigue et de ses douleurs.

Lors de plusieurs séances, Madame J. nous rapporte une diminution des sensations au niveau de ses jambes et de ses plantes de pieds. Cette perte de sensibilité complique alors considérablement la conscience de ses appuis ainsi que tout le travail à réaliser autour des transferts de poids du corps. En effet, cela rend d'autant plus difficile le travail de l'équilibre et de son appréhension de la chute, les ancrages étant indispensables à ces derniers. Cette notion de transferts d'appuis reste une question primordiale dans la prise en soin de Madame J. Cette approche permettrait de poursuivre le travail de stimulation de la marche tout en évitant davantage de pertes motrices. Suite à ces remarques, nous organisons, dans un premier temps, un travail préalable d'éveil des sensations et perception des plantes des pieds avec différents repoussés contre le mur. Nous lui proposons diverses explorations telles que des balancements, des transferts de poids du corps d'un pied à l'autre ou encore des propulsions plus ou moins fortes. Par le biais de cet exercice, nous permettons à Madame J. une exploration et une écoute plus fine de ses sensations plantaires afin d'amplifier sa conscience de ses appuis, pour faciliter le travail d'ancrage. Au début de l'exercice, elle verbalise avoir du mal à prendre conscience des différents appuis de ses pieds en fonction des divers balancements réalisés.

Nous proposons par la suite un premier travail de marche et d'ancrages à l'aide de lests à placer sur les chevilles de Madame J. Les déplacements proposés au sein du bassin

accompagnés des lests lui permettent d'expérimenter la différence entre la présence ou l'absence de poids supplémentaires et les changements impliqués. Elle verbalise alors avoir davantage conscience de l'impact de ses jambes sur le sol mais également l'effort plus important que cela lui demande pour relever ses pieds. J'observe ainsi une variation de sa marche sans lest avant et après. En effet, je note un mouvement plus fluide, comme moins coûteux et douloureux pour elle. J'émetts alors l'hypothèse qu'expérimenter cette différence de lourdeur sur ses jambes lui permet de davantage sentir la légèreté lui laissant ainsi l'opportunité d'accéder à des mouvements plus fluides.

Nous introduisons, dans un autre temps, un exercice d'ancrage et de repoussés à l'aide de planches en mousses. La largeur ainsi que l'importante flottabilité de ces dernières permettent un travail particulièrement intéressant autour des repoussés et des ancrages au sol. Nous proposons à Madame J. de placer chacun de ses pieds sur une planche et de tenter de repousser ces dernières contre le fond du bassin. Cet exercice permet d'allier l'équilibre, la régulation tonique ainsi que le travail autour des relevés des pieds et des ancrages au sol. Je me demande alors si l'expérimentation précédente aura permis à Madame J. d'être davantage à l'écoute de ses sensations et de la force requise pour réaliser ce nouvel exercice. J'observe chez elle une nette progression entre le début et la fin de cet exercice. En effet, le début semble fastidieux, son équilibre m'apparaît très précaire, la plaçant très souvent dans d'importantes situations de déséquilibres. Je réalisais moi-même cet exercice pour la première fois en même temps que Madame J. Elle a pu verbaliser une certaine satisfaction à me voir parfois échouer ou perdre l'équilibre, la rassurant alors sur ses propres capacités. À force de persévérance, il est finalement possible pour elle de trouver son équilibre au sein de ce milieu aquatique, rendant possible l'exploration complète des amplitudes et des ancrages.

Plus tard, nous proposons à Madame J. un travail de repoussés dans le bassin afin d'aider à la prise de conscience des différents appuis ainsi que leur solidité à porter et pousser son corps dans l'eau. Dans cet exercice, Madame J. est amenée à se propulser d'un bout du bassin à l'autre avec notre aide au milieu pour prolonger son impulsion. J'observe alors qu'au fil des répétitions, Madame J. prend confiance et se propulse de plus en plus loin dans le bassin. Cet exercice permet de lui montrer la capacité de repoussés de ses pieds et ses jambes en permettant d'accroître sa confiance en elle. C'est après plusieurs

propulsions qu'elle affirme qu'elle n'aurait pas pensé que ses jambes auraient pu être capables de la propulser si loin dans le bassin à cause de son déconditionnement musculaire et de ses douleurs. J'émetts alors l'hypothèse que l'expérimentation des propositions précédentes ont pu permettre à Madame J. de s'imprégner des différentes sensations et ainsi mieux comprendre l'enjeu de ce dernier exercice. Cette compréhension a alors pu lui permettre d'accéder à cette prise de confiance en ses capacités.

2.7. Un vécu douloureux

Au cours de son avant dernière semaine d'hospitalisation, Madame J. évoque en début de séance le fait que son quotidien lui pèse énormément, tant physiquement que psychiquement. En effet, Madame J. nous dit être particulièrement inquiète face à l'aggravation de sa péricardite et de son état global. Elle est dans l'obligation de ne pas réaliser trop d'efforts physiques pour ne pas se fatiguer et entraîner des malaises à l'effort. Cependant, elle est en même temps inquiète de son déconditionnement musculaire qui ne cesse d'augmenter et risque de s'aggraver si elle reste en repos total. Elle verbalise que ses douleurs prennent de plus en plus de place dans sa vie, l'empêchant de s'engager pleinement dans son quotidien et sa rééducation.

Je fais alors le lien avec un programme lancé par l'hôpital réalisé lors d'un précédent séjour, permettant à plusieurs patients présentant des symptômes d'un syndrome post-covid de se rencontrer et de discuter autour de leur pathologie. La création de ce programme a permis, grâce à sa pluridisciplinarité, d'aborder au fil des séances, les différents aspects du syndrome. Des rappels physiopathologiques et épidémiologiques concernant les symptômes prolongés après le COVID ont pu être discutés avec un médecin spécialisé du service. La gestion de la fatigue, de l'énergie et des douleurs ainsi que les aspects somatiques sont également des points ayant pu être traités afin d'apporter des outils et des partages d'expériences entre les patients. L'intervention d'une psychologue a également permis d'évoquer certaines notions telles que la résilience et l'identité. Des conseils hygiéno-diététiques et médicaux-sociaux ont pu être transmis par une diététicienne et une assistante sociale. Ce groupe avait notamment pour but de permettre aux patients de légitimer leurs symptômes et leur syndrome dans un contexte où ils sont encore trop peu reconnus.

Lors d'un début de séance, Madame J. verbalise que cette période est particulièrement compliquée pour elle car son fils aîné s'est blessé. Elle exprime alors ressentir que, suite à toutes ses propres complications physiques, son rôle de mère est mis à mal. En effet, elle décrit ne plus se sentir capable d'assurer son rôle de mère correctement et de n'être plus « qu'une figure majeure nécessaire à la signature des papiers et des autorisations » pour ses enfants. Un remaniement intrafamilial semble ici se jouer avec des changements de rôles et de responsabilités, sûrement douloureux à vivre pour Madame J. qui semble déjà subir son parcours médical. En outre, Madame J. évoque avec un sourire figé, teinté d'émotions, le moment où ses fils ont comparé sa démarche avec celle d'un personnage de film « à la démarche boiteuse ». Lorsqu'elle évoque ces derniers ressentis, j'observe chez elle une crispation corporelle globale. Sa posture dans l'eau change de sa posture habituelle. Ses pieds ne sont plus ancrés au sol et seules ses pointes de pieds touchent le fond du bassin. Ses bras sont agités autour d'elle, dissonant encore davantage avec la posture droite et posée qu'elle adopte habituellement lors de nos séances. Je comprends alors que son vécu est douloureux tant physiquement que psychiquement. En effet, sa façon d'exprimer ses douleurs et souffrances ainsi que la manière dont son corps semble les véhiculer me permet de comprendre les retentissements globaux de sa pathologie. Je comprends alors l'importance de l'accompagnement psychomoteur qui permet d'offrir à Madame J. une prise en soin globale joignant ainsi douleurs et souffrances. Madame J. verbalise avec émotion qu'elle se sent aujourd'hui davantage comme une personne majeure auprès de ses enfants qu'une mère sur laquelle on peut compter. Je me demande alors dans quelle mesure les douleurs physiques et la pathologie de Madame J. impactent ses vécus psychiques, ses représentations de son propre corps et son identité. Cependant, je me demande également dans quelle mesure la souffrance psychique la met en difficulté et la fige dans l'investissement de son corps en la rendant ainsi vulnérable à la douleur.

Ainsi, au travers de la situation de Madame J., nous comprenons que l'enjeu de la douleur s'étend bien plus largement qu'à des répercussions physiques. Les conséquences psychiques et environnementales sont aussi nombreuses, rendant nécessaire une prise en soin globale. Le travail en balnéothérapie se place ainsi au centre de ces problématiques rencontrées par Madame J., donnant ainsi tout son sens à sa prise en soin psychomotrice. Je

poursuivrai alors cet écrit en apportant des notions théoriques qui me permettront d'éclairer et d'étayer ma réflexion autour de ma problématique.

Chapitre 2 : Théorie

Chapitre 2 : Théorie

1. Pathologies neurologiques

1.1. Définitions

La neurologie est un domaine de la médecine qui accompagne les maladies du système nerveux. Cette discipline se fonde sur la clinique anatomique du sujet. La notion de déficit neurologique est définie par la Fédération Française de Neurologie (FFN) comme « la perte d'une fonction liée à un dysfonctionnement temporaire (déficit transitoire) ou lésionnel (déficit permanent) d'une région du système nerveux. » (FFN, n. d.). Sa démarche diagnostique et thérapeutique comporte trois étapes distinctes décrites comme « l'identification et caractérisation du déficit neurologique [afin] d'établir un diagnostic syndromique et topographique, identification du mécanisme et de la cause sous-jacente ..., [et enfin, la] prise en charge thérapeutique. » (FFN, n. d.).

L'identification du déficit neurologique ainsi que sa caractérisation permettent de distinguer l'origine du siège de l'atteinte afin de pouvoir en assimiler son mécanisme et ses répercussions cliniques et fonctionnelles. En effet, l'atteinte peut se déclarer tant dans le système nerveux central que périphérique. En fonction de ce foyer d'origine, l'atteinte se traduira différemment au sein du corps du patient, oscillant entre atteinte d'un hémicorps, troubles de la vigilance, signes pyramidaux ou encore déficits moteurs ou sensitifs, atteintes distales, douleurs.... Ces déficits neurologiques ont une évolution incertaine et peuvent être transitoires ou persistants. Il est donc important, pour identifier le type de pathologie neurologique, de se pencher et s'appuyer sur les symptômes précédents. Ces derniers permettront de clarifier le contexte d'apparition des signes et symptômes, leur mode d'installation en associant à ces données les examens supplémentaires réalisés par les différents professionnels. L'origine des déficits neurologiques peut être variée allant d'un déficit vasculaire brutal à des mécanismes infectieux ou toxiques sans oublier les processus expansifs rapides ou métaboliques.

L'enjeu majeur concernant ces pathologies est de se pencher sur la globalité des symptômes et retentissements sur le patient afin de l'accompagner de façon

pluridisciplinaire durant l'ensemble de son parcours médical. La psychomotricité prend ainsi tout son sens auprès de telles pathologies en permettant d'apporter un regard global sur le patient afin de lui proposer la meilleure prise en soin possible.

1.2. Syndrome post-covid

Le syndrome post-covid est un nouvel enjeu émergent dans la clinique neurologique. Son étiologie, ses mécanismes et ses répercussions sont encore peu connus des équipes soignantes rendant d'autant plus compliquée leur prise en soin. J'aborderai, dans cette partie théorique, les différents enjeux de ce nouveau syndrome naissant dans les hôpitaux.

1.2.1. Définition

En 2021, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le syndrome post-covid comme un syndrome s'appliquant aux :

Personnes présentant des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement 3 mois après l'apparition de la COVID-19 avec des symptômes qui persistent au moins 2 mois et qui ne peuvent pas être expliqués par un autre diagnostic. Ces symptômes peuvent fluctuer ou récidiver au fil du temps et ont généralement un impact sur le fonctionnement quotidien. (Soriano et al., 2021)

La Haute Autorité de Santé (HAS), complète cette définition avec une temporalité plus réduite afin d'« optimiser la précocité de la détection en lien avec le délai de prise en charge et l'amélioration du pronostic » (COVARIS, 2023). Elle définit donc que, sont concernés par un syndrome post-covid :

Les patients qui répondent aux trois critères suivants : épisode initial symptomatique de la Covid-19 ..., présence d'au moins un des symptômes initiaux, au-delà de quatre semaines suivant le début de la phase aiguë de la maladie [ainsi que les symptômes initiaux et prolongés soient] non expliqués par un autre diagnostic sans rien connu avec la Covid-19. (HAS, 2021)

Ces définitions placent ainsi le syndrome post-covid dans une temporalité mais également dans une symptomatologie déjà imprécise mais surtout impactante pour la vie quotidienne du sujet tant physiquement que psychiquement ou encore socialement.

1.2.2. Symptomatologie

La symptomatologie du syndrome post-covid reste encore imprécise. En effet, de nombreuses incertitudes persistent autour de ce syndrome notamment à propos de son évolution, sa physiopathologie ou encore sa prise en soin thérapeutique. Au fil du temps, de nouveaux symptômes sont décrits et observés chez les patients. Ces symptômes sont le plus souvent multifactoriels et se traduisent différemment en intensité et en fréquence selon les patients.

Le Comité de Veille et d'Anticipation des Risques Sanitaires sur le syndrome post-covid (COVARIS) (2023), présente les symptômes les plus fréquents comme étant une fatigabilité anormale, des symptômes neurologiques, des troubles sensitifs, des symptômes cardiaques et thoraciques mais également des troubles digestifs, une anosmie potentiellement associée à une perte de goût, des symptômes oculaires ou cutanés ainsi que des troubles anxieux et dépressifs réactionnels. Cette symptomatologie étant très large et variable, je développerai ici davantage les symptômes les plus fréquemment rapportés par les patients.

Tout d'abord, d'importants épisodes de fatigue anormale sont ressentis avec une : fatigue persistant au décours de l'épisode initial ou réapparaissant par vagues après une phase d'amélioration ... pouvant conduire à l'épuisement et entraîner une réduction substantielle des activités de la vie courante, professionnelle, sociale et personnelle ... et déclenchée ou aggravée par des efforts physiques ou intellectuels. (COVARIS, 2023).

En outre, des symptômes neurologiques se font également ressentir chez une grande partie des patients avec notamment des troubles cognitifs, des maux de tête, des vertiges ou encore des troubles du sommeil. Ces symptômes variant en intensité et dont l'étiologie est, pour la plupart du temps, inexpliquée anatomiquement, sont très handicapants au

quotidien. Des troubles sensitifs sont également relevés par les patients décrivant ces derniers comme des sensations de brûlures, des tremblements ou encore des paresthésies.

Cette symptomatologie fluctuante et multi-systémique vient poser la question des conséquences de cette dernière sur le quotidien des patients mais également sur la prise en soin de ce syndrome émergent dont la symptomatologie peut apparaître similaire à d'autres pathologies.

1.2.3. Conséquences

Il est évident de constater qu'une symptomatologie si large présente d'importantes conséquences sur le quotidien des patients. En effet, aux nombreuses répercussions somatiques viennent s'ajouter les retentissements psychiques qui en découlent. La nouveauté et la rareté de ce syndrome entraînent nécessairement un sentiment d'incompréhension rapporté par les patients avec une possibilité de ressentir une certaine « stigmatisation de leurs symptômes qui leur semble délétère dans la prise en soins et le rétablissement de leurs troubles » (COVARS, 2023). En effet, le manque de connaissances important, tant de la part des professionnels de santé que des patients peut facilement mener à des réactions défensives compliquant d'autant plus le vécu autour de ce syndrome. Ces vécus douloureux psychiques associés à la symptomatologie physique peuvent être la cause d'un « essoufflement du suivi sur le long terme ... pour les patients diagnostiqués au début de la pandémie. » (COVARS, 2023).

Ce syndrome entraîne donc des répercussions sur toute la sphère du patient, allant de la sphère personnelle et comportementale à la sphère familiale ou professionnelle.

1.2.4. Prise en soin

Face à ces multiples répercussions, le COVARS sur le syndrome post-covid publie un avis précisant un « triptyque qu'il est essentiel de rendre fonctionnel [et devant] être composé d'un versant clinique ..., d'un versant physique ... et d'un versant psychologique ». (2023). Ce triptyque place donc l'accompagnement du syndrome post-covid au cœur d'une prise en soin pluriprofessionnelle essentielle. En effet, la multiplicité

des symptômes observés et ses nombreuses conséquences nécessitent un accompagnement global du patient afin de l'accompagner au mieux dans son quotidien. La psychomotricité a alors toute sa place face à ce syndrome dont la diversité des symptômes nécessite la prise en compte tant physique que psychique et émotionnelle du sujet. Il sera également tout aussi important de soutenir la sphère physique avec un traitement médical et rééducatif que la sphère psychique avec un accompagnement psychologique. De plus, il est nécessaire de ne pas omettre la prise en charge sociale car les conséquences professionnelles et économiques peuvent être majeures.

2. Douleurs

La douleur est une notion vaste et multifactorielle que tout un chacun peut être amené à rencontrer au cours de sa vie. L'International Association for the Study of Pain (I.H.S.) définit la douleur comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle. » (Vader et al., 2021). Cette définition de la douleur permet de constater le caractère subjectif de cette dernière en mettant en avant ses répercussions négatives sur le sujet. « Il n'y a ... pas de centre de la douleur mais un ensemble de structures cérébrales en interaction qui composent l'expérience globale de la douleur. » (Lionet, 2020, p. 117). Les douleurs peuvent trouver leur origine dans plusieurs structures cérébrales. En effet, l'amygdale, le cortex cingulaire antérieur, le système limbique ou encore l'hippocampe sont tous des structures cérébrales impliquées dans la détection, le traitement ou la transmission de la douleur au corps et au cerveau. Les douleurs peuvent être variées et leur classification est large, prenant en compte la durée, l'intensité, la cause physiopathologique ou encore sa traduction. Les aspects sensoriels et émotionnels décrits dans la définition de la douleur mettent en avant la place que peut avoir la psychomotricité dans la prise en soin de cette dernière. En effet, la question de l'accompagnement de la douleur est centrale dans de nombreuses pathologies, rendant donc indispensable sa prise en soin. La psychomotricité prend ainsi sa place au sein de cette prise en soin en accompagnant le patient dans une écoute et une réappropriation de son corps douloureux, souvent vecteur d'une mise à distance de ce dernier.

2.1. Différents types de douleurs

De nombreux types de douleurs sont recensés en fonction de leur étiologie, leurs causes, leurs fonctions, leurs conséquences. Je détaillerai, sans être exhaustive, plusieurs de ces douleurs apparaissant dans cette clinique adulte en neurologie que je rencontre au sein de mon stage.

2.1.1. Douleurs aiguës

La douleur aiguë a une fonction biologique de protection de l'individu. Elle permet de détecter les stimulations nociceptives susceptibles de nuire à l'intégrité de l'organisme et constitue un signal d'alarme utile qui informe le patient de l'existence d'un dysfonctionnement et qui aide le médecin à en identifier la cause (douleur-symptôme). (Bouckenaere, 2007, p. 170)

Au travers de cette définition de la douleur aiguë, nous comprenons le caractère d'alarme de celle-ci, permettant l'orientation du diagnostic de cette dernière. La douleur aiguë est unidirectionnelle et transitoire. En effet, si cette dernière persiste elle évoluera, selon certains critères, vers une douleur caractérisée de chronique. Leurs retentissements sont ainsi davantage de l'ordre de la peur ou de l'anxiété. Ces répercussions émotionnelles seraient ainsi un potentiel point de départ intéressant à aborder en psychomotricité afin d'accompagner ces douleurs et leurs conséquences auprès des patients.

2.1.2. Douleurs chroniques

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), reprend les précédents travaux réalisés et définit la douleur chronique comme un

Syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelle que soit sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Persistance ou récurrence ;
- Durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de trois mois ;

- Réponse insuffisante au traitement ;
- Retentissement émotionnel ;
- Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme ... au travail. (2011)

Cette définition de la DGOS pose le cadre à la fois temporel, d'intensité et de répercussions de ces douleurs chroniques. Ainsi, ces douleurs chroniques sont simultanément des expériences tant corporelles que psychiques et en lien avec l'environnement socio-culturel du sujet. La prise en soin psychomotrice prend ainsi également sa place dans l'accompagnement des patients douloureux chroniques en se plaçant au centre de ces expériences multiples. La DGOS insiste également sur la plurifactorialité des mécanismes générateurs et les facteurs de chronicisation de ces dernières, imposant le passage d'un modèle somatique à un modèle davantage biopsychosocial.

La HAS (2023) évoque trois composantes subjectives de la douleur chronique : les composantes « sensori-discriminative », « affectivo-émotionnelle » et « cognitivo-comportementale ». La composante sensori-discriminative correspond aux aspects qualitatifs et quantitatifs de la sensation douloureuse et la description qu'en fait le patient. La composante affectivo-émotionnelle, elle, équivaut davantage aux représentations et au vécu intime que le sujet se fait de ces douleurs. La composante cognitivo-comportementale se réfère aux manifestations et expressions verbales et non verbales du sujet face à sa douleur ainsi qu'aux différents mécanismes mis en place tels que des mécanismes de défense ou d'adaptation. Ces trois composantes permettent d'informer, de teinter d'émotions et d'interpréter les différents signaux de douleur transmis. Au travers de ces composantes multifactorielles, la prise en soin psychomotrice permet de s'inscrire dans une démarche thérapeutique globale.

Contrairement aux douleurs aiguës, les douleurs chroniques sont permanentes, récurrentes et le plus souvent répétitives. Leur pérennisation s'inscrit dans une plurifactorialité qu'il est nécessaire de prendre en compte dans l'évaluation de ces dernières afin de les accompagner au mieux.

2.1.3. Douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques sont définies comme « une douleur survenant comme une conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie affectant le système somatosensoriel. » (Jensen et al., 2011). Ces douleurs neuropathiques sont des douleurs chroniques présentant à la fois une composante aiguë et permanente rendant leur symptomatologie très vaste. Comme l'expliquent J-M. Albaret et al. dans le *Manuel d'Enseignement de Psychomotricité* (2018, p. 379-391), les douleurs neuropathiques sont caractérisées le plus souvent par les patients comme des douleurs fulgurantes à type de décharges électriques, de brûlures mais également de l'hyperpathie (« réponse douloureuse exagérée à un stimulus répétitif ») ou de l'allodynie (« une stimulation non douloureuse provoque une douleur ou une sensation désagréable »). Ces douleurs neuropathiques ont la spécificité d'être le plus souvent résistantes aux traitements, rendant d'autant plus importante la prise en soin globale et multifactorielle de ces dernières, donnant alors sa légitimité à l'accompagnement psychomoteur.

2.2. Souffrances et impacts sur le sujet

« Si la douleur est un concept médical, souffrance est le concept du sujet qui la ressent. » (Le Breton, 2009, p. 325).

La souffrance est définie comme le « fait de souffrir ; tourment moral ou physique. » (Larousse en ligne, 2024c)

Douleur et souffrance sont intimement liées. Une douleur physique impacte nécessairement la relation du sujet à l'environnement qui l'entoure. « Elle imprègne les gestes, traverse les pensées : elle contamine la totalité du rapport au monde » (Le Breton, 2009, p. 325). La douleur ne s'imprime donc pas seulement dans le corps mais bien dans toute la singularité du sujet et de sa vie. Elle touche et atteint le sujet dans sa globalité et plus seulement son corps. Ce lien direct entre le corps et la psyché du patient se trouve au cœur de la prise en soin psychomotrice au travers de laquelle ces douleurs et souffrances pourront ainsi être abordées. Il sera alors possible d'accompagner les patients sur ces deux notions, tout en ayant connaissance de l'articulation réciproque qui se joue entre elles.

Cet aspect subjectif de la douleur résulte de l'environnement tout entier du sujet mais également de ses ressentis, de la manière dont il vit et raconte ses douleurs. La composante émotionnelle de la douleur représente une part importante de ses retentissements. En effet, en plus de son abord douloureux, cette dernière peut amener à réveiller chez le sujet, de nombreuses autres émotions telles que la peur, la colère, la culpabilité ou la tristesse. C'est souvent face à ces nombreux impacts que le sujet est amené à développer des stratégies d'ajustement ou d'évitement et qu'un déconditionnement physique peut progressivement se mettre en place.

Dans ce capharnaüm inauguré par la douleur, et à l'origine d'un corps qui ne remplit plus ou mal sa fonction première (contenance, support identitaire, interface globalement tranquille entre soi et son environnement), la personne douloureuse a bien du mal à pouvoir se situer, et à trouver les repères qui lui sont nécessaires pour poursuivre son évolution personnelle. (Bioy, 2020, p. 23).

2.2.1. Souffrances psychiques

Les douleurs entraînent ainsi des répercussions tant psychiques que corporelles. Dans un contexte douloureux, le patient sera nécessairement amené à vivre des remaniements psychiques et émotionnels pour s'adapter aux bouleversements de son quotidien. En effet, comme le disent J-M. Louvel et M. Omrana dans le *Manuel d'Enseignement de Psychomotricité* (2015, p. 147) « La douleur, ... nous renvoie immédiatement à une forme de précarité de notre « bonne santé », à un sentiment de fragilité de l'être humain. ». Nous comprenons que les retentissements psychiques de la douleur sont multiples. Il est donc nécessaire pour les professionnels soignants de parvenir à séparer les composantes somatiques, psychiques et émotionnelles afin que le corps ne soit pas perçu comme « un corps en souffrance où le psychisme est étouffé par tout ce que cette douleur vient attaquer : identités, valeurs, ressources, équilibres de vie... » (Bioy, 2020, p. 23). Il est important d'accompagner au mieux et de proposer une écoute attentive afin d'enrayer ce vécu d'abandon et de trahison de la part de son propre corps.

Les douleurs persistantes et chroniques entraînent souvent chez le patient une forme de diminution de l'élan vital et du plaisir de bouger. C'est pour cela que je développerai les impacts toniques et corporels chez le patient douloureux.

2.2.2. Impacts toniques et corporels

Le tonus est défini par Vulpien puis cité par S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval comme « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent » (2012, p. 161). Nous distinguons aujourd'hui trois types de tonus :

Le tonus de fond ou de base correspond à la contraction des muscles au repos. Ce tonus de fond est un élément indispensable permettant la « cohésion de l'ensemble du corps ». (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 173). En effet, ce dernier joue un rôle essentiel dans la contenance du corps. Il permet, entre autres, de lier les différentes parties du corps entre elles, soutenant ainsi « le sentiment d'unité corporelle et d'individuation ». (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 173). Il permet, au travers de ce rôle de soutien, de constituer une « enveloppe tonique » favorisant cette cohésion globale.

Le tonus postural représente « l'activité tonique minimale permettant le maintien des « mises en forme corporelles » (postures) et de leur équilibre ». (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 173). Par cette définition, nous comprenons que ce tonus est indispensable au maintien de la posture. Il permet notamment au sujet de pouvoir s'orienter et s'organiser dans son espace environnant grâce aux différents systèmes qui composent le corps humain.

Le tonus d'action est la tension nécessaire pour induire un mouvement. Il est le précurseur de la motricité globale et du mouvement et soutient la communication non verbale du langage.

Les répercussions douloureuses impactent l'environnement global du sujet mais également son corps et sa perception de ce dernier. En effet, comme le rappellent J-M. Albaret et al. (2018) les douleurs peuvent parfois être sources de complications diverses

telles que des modifications cardiovasculaires, pulmonaires ou encore digestives, accroissant d'autant plus le vécu douloureux du patient. Ces manifestations viendront inéluctablement modifier le tonus du patient et donc sa posture.

Ainsi, des répercussions toniques peuvent se faire ressentir et s'observer au travers de la posture, la tonicité mais également la communication non verbale du sujet. En effet, les conséquences de la douleur viennent incontestablement impacter le fonctionnement musculaire, et entraîner des tensions ou des crispations importantes chez le patient douloureux. Le tonus de fond ou de base sera impacté par la crispation potentiellement continue de certains muscles du corps. Le tonus postural, lui, pourra être modifié par ces contractions qui amèneront indéniablement des changements dans la posture globale du sujet. Enfin, le tonus d'action pourra être concerné par des changements d'activité ou d'investissement de certains muscles, entraînant de potentiels déconditionnements musculaires à la suite de douleurs importantes. Le corps, son image et son investissement sont, eux aussi, perturbés par ces douleurs. La douleur prenant déjà une place majeure dans le quotidien, le sujet pourra avoir tendance à limiter certains investissements corporels afin d'éviter ce ressenti douloureux, accroissant le désinvestissement corporel global. En effet, ces douleurs auront tendance à pousser le sujet vers un évitement des stimulations perçues comme douloureuses, entraînant des changements corporels et comportementaux. Il sera alors instinctif pour lui d'adopter une posture antalgique, néanmoins rarement optimale pour le sujet, entraînant même parfois un phénomène de compensation. « Plus l'intensité de la douleur augmente, plus l'être entier se ressent uniquement douleur. » (Louvel & Omrana, 2015, p. 151).

2.2.3. Répercussions sociales

En parallèle de ces impacts psychiques, toniques et corporels, des impacts sociaux et professionnels apparaissent souvent dans la sphère du patient douloureux. En effet, les nombreuses répercussions vues précédemment sont amenées à bouleverser le fonctionnement social et familial du sujet. Le rôle, la posture et les responsabilités du sujet au sein de son système familial changent. Son statut est amené à évoluer et à être remanié en réponse à des changements comportementaux et des réactions physiques. Ainsi, ces nombreux remaniements peuvent être source de stress chez l'entourage du patient

douloureux, accroissant encore ce vécu psychique pesant sur le patient. Les rôles et responsabilités du sujet évoluant avec ses capacités, des réorganisations se mettent en place, bouleversant d'autant plus les liens à l'environnement.

Ces douleurs peuvent également venir bouleverser l'environnement social du sujet en modifiant ses activités quotidiennes et parfois ses capacités de travail. Cela implique des remaniements professionnels et sociaux dans la vie de ce dernier. Comme l'expliquent J-M. Albaret et al. (2018), les manifestations douloureuses entraînent des altérations et des modifications de l'humeur impactant alors le quotidien du sujet.

3. Balnéothérapie

L'eau fait partie des éléments naturels qui constituent le monde qui nous entoure, dont nous faisons partie. L'eau, la terre, le vent, le feu, ces quatre éléments fondamentaux représentent chacun une force et sont chargés d'une valeur symbolique qu'on peut retrouver dans tout type de culture. De tout temps, l'eau a été investie de valeurs symboliques liées à la vie. Là où il n'y a pas d'eau, il n'y a pas de vie. (Potel Baranes, 2009c, p. 49)

3.1. Définition

La balnéothérapie, issue du latin « barnum » : bain et du grec « therapia » : traitement, se définit comme les « Soins par des bains du corps entier ou de l'une de ses parties. » (Larousse en ligne, 2024a).

Cette médiation « regroupe l'ensemble des techniques qui utilisent les propriétés physiques de l'eau à des fins thérapeutiques » (Bosco & Tourlet, 2021).

3.2. Balnéothérapie comme médiation en psychomotricité

La balnéothérapie comme médiation en psychomotricité est un support riche dont le psychomotricien peut se saisir. En effet, dans la médiation aquatique, l'engagement du corps du thérapeute est placé en égal à celui du patient et c'est par cet engagement corporel

équivalent que la relation de soin et la spécificité de cette médiation en psychomotricité prend tout son sens. C'est par cette réciprocité et cet accompagnement particulièrement riche que le psychomotricien soutiendra la mise en mouvement mais également la mise en mots, l'élaboration ou encore l'expérimentation au travers de l'eau. Par son expérience et ses nombreuses connaissances du corps du sujet dans sa globalité, le psychomotricien se place en position d'écoute du langage corporel du sujet, engageant un dialogue tonico-émotionnel avec ce dernier au travers de leurs expériences communes.

Le psychomotricien utilise l'eau dans toutes ses qualités, et permet au patient d'explorer ou de structurer ses capacités psychomotrices, de réengager son corps dans l'espace selon ses propres rythmes vitaux, de se détendre et de trouver du plaisir à éprouver des sensations, de partager avec d'autres un temps plein et vivant. (Potel, 2021, p. 45).

« L'enjeu thérapeutique majeur ... est de soutenir la construction « identitaire » dans le corps, construction qui va elle-même soutenir le sentiment d'exister ... » (Potel, 2021, p. 46). Au travers de ces citations, nous comprenons que l'accompagnement psychomoteur permettra de favoriser la réappropriation corporelle du patient au travers de diverses expériences. Ces dernières lui permettront une certaine réactualisation de ses capacités, de son corps ou de ses sensations, afin d'appuyer cette construction identitaire et ce sentiment d'exister.

Les indications en psychomotricité de cette médiation dépendent majoritairement des effets recherchés. Ces indications peuvent être nombreuses et varier entre recherche de relaxation, accompagnement de la douleur, régulation tonique, unité corporelle ou encore prise de confiance. Le psychomotricien, grâce à cette médiation, va permettre au patient de pratiquer de nouvelles expériences, parfois plus primitives, afin de l'accompagner dans un travail davantage corporel.

3.3. L'eau, un élément aux multiples caractéristiques

L'eau possède de nombreuses caractéristiques rendant son expérience très riche. Ces différentes propriétés viennent grandement stimuler le corps et influencer tant la

perception du corps lui-même que ses éprouvés, ses comportements ou ses sensations. R. Roussillon (2001) la nomme comme « médium malléable partiel » défini par son indestructibilité, son extrême sensibilité, sa transformation indéfinie, sa disponibilité ainsi que son caractère vivant qui ne peut cependant pas conserver sa forme.

« L'eau ... constitue un véritable élément du cadre » (Lefèvre & Rochet, 2005, p. 771). Au travers de ses propriétés, l'eau perturbe les perceptions et vient bouleverser les rapports auxquels est soumis le corps sur Terre.

3.3.1. Quand l'eau vient suppléer la fonction de contenance et d'enveloppe corporelle

L'eau, par ses propriétés, joue un rôle d'enveloppe, elle entoure le corps. Cette dernière vient suppléer la fonction de contenance de la peau sur le corps. Le corps, en immersion totale ou partielle, se voit contenu par l'eau, modifiant les différentes perceptions des sensations qui lui parviennent. « L'enveloppe peau elle-même enveloppée par l'eau est donc touchée à l'extérieur mais aussi à l'intérieur ... » (Thomas & Villetard, 1999, p. 11).

Rappelons le rôle important de contenance et d'enveloppe de la peau dans la prise en soin corporelle. D. Anzieu, dans son ouvrage *Le Moi-Peau* (1985), rappelle que l'une des qualités spécifiques de la peau est son rôle d'enveloppe. Par *Moi-Peau*, il soutient que cette dernière joue un rôle protecteur du corps contre les stimulations externes tout en permettant un sentiment d'unité corporelle. En effet, l'une des fonctions du *Moi-Peau* décrite par D. Anzieu est sa fonction de contenance. Cette dernière, par l'étayage du *Handling* maternel développé par D. Winnicott (1989) vient permettre au sujet de temporiser les sensations internes ou externes lui parvenant. Dans ce contexte, l'eau permettra au sujet un nouveau support d'éprouvés des limites du corps, renforçant ainsi cette enveloppe. Par cet enveloppement global, le sujet va pouvoir enrichir sa perception de lui-même grâce à la stimulation des différents organes sensoriels de la peau. Dans l'eau, cette fonction d'enveloppe s'aménage autour des différentes expositions sensorielles de l'eau décrites par P. Fernandez. Ces oppositions sensorielles fondamentales sont « - Le sec et le mouillé, - le dedans et le dehors, - l'interne et l'externe, - l'inspire et l'expire, ... - le

chaud et le froid ... » (Fernandez, 2003). Cette enveloppe permet un sentiment de sécurité et supporte l'accroissement des différentes expérimentations du sujet sur son environnement.

3.3.2. L'eau qui nous porte

En parallèle de sa fonction contenante, l'eau possède une faculté de portage. En effet, la loi de pesanteur à laquelle tout objet est soumis sur la Terre se voit modifiée au sein d'un milieu aquatique. Ce phénomène résulte de la Poussée d'Archimède. Cette dernière se définit comme une « force verticale dirigée de bas en haut, à laquelle est soumis tout corps plongé dans un fluide. » (Larousse en ligne, 2024b). C'est cette poussée qui permet à un objet de plus ou moins flotter lorsqu'il est plongé dans l'eau. Cette loi physique explique la sensation d'apesanteur ressentie lorsque nous nous trouvons dans l'eau. Cette dernière a tendance à participer à notre désorganisation dans le milieu aquatique. En effet, « les habituels mouvements d'équilibration, à l'air libre, ou les crispations hypertoniques habituelles, n'y suffisent pas. » (Latour, 2021, p. 73).

Ainsi, par le biais de cette Poussée d'Archimède, « l'eau suscite une relation de l'ordre du portage et du lâchage. » (Fernandez, 2003). C'est grâce à ce phénomène que l'eau adopte une fonction de portage particulièrement développée, rendant l'expérience aquatique inédite par rapport au quotidien terrestre. En effet, l'ensemble des systèmes du corps humain est remis en cause et bouleversé, remaniant le rapport à l'équilibre, aux mouvements, mais également à la verticalité et aux déplacements ainsi qu'à la tonicité du sujet. Le corps du sujet dans l'eau vit de nouvelles sensations internes et externes auxquelles il doit s'adapter pour entrer en relation avec l'eau. « Il s'agit non plus de s'organiser en fonction de la sensation de l'apesanteur et de nos poids mais de faire avec une nouvelle donnée : nos volumes, et leur répartition dans l'eau. » (Thomas & Villetard, 1999, p. 14). Par cette fonction de portage, le milieu aquatique favorise de nouvelles explorations en offrant au sujet un milieu plus sécuritaire. En effet, ce principe engendre de nombreux changements de perception du corps et le sujet se voit dans l'obligation de s'adapter à ce nouvel environnement. Il repart de zéro et redécouvre son corps sous un autre angle grâce aux modifications de son schéma corporel. Le corps se voit allégé, porté par l'eau qui représente alors un environnement sécurisant. Les chutes ne sont plus

possibles, amorties par cet environnement unique, comme destitué de pesanteur et donc des conséquences que ces chutes pourraient engendrer. J'émetts alors l'hypothèse que cet allègement corporel ressenti grâce au portage de l'eau, va pouvoir permettre un allègement psychique parallèle découlant de ce dernier, liant de nouveau le corps et la psyché du sujet.

Si nous reprenons l'importance de la peau dans la prise en soin psychomotrice, cette fonction de portage se lie également à la première fonction du Moi-peau évoquée par D. Anzieu (1985) : la maintenance du psychisme. Il est possible de lier cette fonction au concept de Holding, explicité par D. Winnicott (1989). Il nous rappelle l'importance du rôle du portage de la mère dans le développement de la fonction psychique du bébé. Par ce concept de Holding, il rappelle que cette fonction de portage, participe à la continuité corporelle de l'enfant. Ainsi, cette fonction de portage que possède l'eau réactualise ce Holding maternel, permettant au sujet d'expérimenter une unité corporelle.

3.3.3. L'eau, un support d'appuis et d'ancrages

Le milieu aquatique engendre, de plus, d'importants changements au niveau des appuis et des ancrages du sujet. En effet, la fonction de portage de l'eau, combinée à la Poussée d'Archimède vient bouleverser les appuis. L'eau, par son mouvement perpétuel et sa pression exercée sur le corps, vient déstabiliser l'équilibre et la posture du sujet. Au travers de son écrit explorant la médiation aquatique en psychomotricité, C. Potel affirme que « Si les appuis au sol sont conservés, marcher en avançant va demander une force particulière du fait de la résistance de l'eau. » (2009c, p. 53). Ainsi, face aux changements subis dans l'eau, le sujet vient, lors de ses différentes expérimentations, chercher de nouveaux appuis plus stables lui permettant de maintenir sa verticalité. Il se verra alors confronté à des sensations de déséquilibre et de rééquilibration, lui permettant de retrouver des appuis ainsi qu'un ancrage stable.

Cet ancrage du patient n'est cependant possible que si celui du thérapeute, lui aussi mis à mal, est stable. En effet, le professionnel devra, au cours des différentes expérimentations réalisées avec son patient, montrer un ancrage suffisamment sûr pour soutenir les déséquilibres potentiels du patient.

Par le biais de ce travail d'adaptation et de recherche d'appuis solides dans ce milieu sécurisé que représente l'eau, les mécanismes mis en place par le patient renseignent le thérapeute sur les stratégies de ce dernier. En effet comme l'évoque F. Delfour dans le livre *Dans l'eau, pour une psychomotricité aquatique* (Delfour, 2021, p. 63) « la position adoptée à l'arrêt renseigne d'une part sur les appuis préférentiellement choisis par les sujets et d'autre part sur la qualité de ces appuis (voûtes plantaires au sol, orteils seuls touchant le sol...). ». Un travail important d'observation doit alors se mettre en place afin d'identifier au mieux ces appuis préférentiels et travailler davantage sur les ancrages par différents moyens. En effet, P. Fernandez (2003) nous rappelle les changements et l'exploration des « polarités sensorielles et motrices [que sont] ... le passage du poids à l'apesanteur, - le passage des appuis solides à des appuis mouvants ». Le travail des déplacements dans l'eau permet donc au patient, grâce à l'adaptation perpétuelle de ses appuis et ses ancrages, de trouver une posture adaptée permettant une bonne rééquilibration lors de sa marche et ainsi de trouver une posture ajustée.

3.3.4. Autres caractéristiques physiques

En plus des fonctions citées précédemment, l'eau possède d'autres propriétés et caractéristiques physiques. Par sa sensibilité extrême évoquée auparavant, l'eau représente un « intermédiaire tactile » (Potel Baranes, 2009c, p. 54) entre le thérapeute et le patient. Cet intermédiaire va permettre au thérapeute et son patient de se rencontrer différemment et de créer un nouvel espace de relation.

De plus, l'eau, par sa mouvance perpétuelle et ses nombreuses caractéristiques, permet une stimulation de la peau très importante. Ces différentes sollicitations tactiles permanentes vont permettre au sujet immergé d'accroître l'écoute de ses propres sensations, favorisant la perception des différentes parties de son corps ainsi que sa propre organisation corporelle.

L'eau a un effet de recentrage des sensations, les éprouvés sur la personne elle-même qui amène une sorte de regard, d'écoute interne. [Cela] entraîne des expressions, des émotions, liées à ce corps ressenti différemment que d'habitude et que l'on peut avoir du mal à reconnaître. (Thomas & Villetard, 1999, p. 12).

En revenant sur les fonctions du Moi-Peau évoquées par D. Anzieu (1985), l'eau, par sa stimulation sensorielle importante permet d'accroître la fonction d'inter sensorialité du Moi-Peau qui « permet la liaison des différentes sensations entre elles ».

L'eau possède également, dans le cadre de la balnéothérapie, une température particulière, proche de la température corporelle humaine, favorisant un état de relâchement des muscles et donc un état de relaxation.

Enfin, C. Potel, dans son ouvrage *Le corps et l'eau*, rappelle que l'immersion « entraîne une modification des référentiels neurologiques » (2009d, p. 63). Par cette modification, les différents systèmes du corps humain sont soumis à des stimulations qui diffèrent de celles ressenties lorsque le sujet se trouve hors de l'eau, remaniant ainsi sa façon de vivre son corps dans ce milieu.

Chapitre 3 : Théorico-clinique

Chapitre 3 : Théorico-clinique

Je tenterai, dans cette dernière partie théorico-clinique, de développer les réflexions et questionnements m'ayant animée tout au long de mon travail auprès de Madame J. Je prolongerai également ma réflexion en faisant référence à une vignette clinique présentant le cas de Madame K. que je rencontre aussi en séances aquatiques.

1. La place de la psychomotricité dans cet accompagnement singulier

L'accompagnement de la douleur et de la régulation tonique sont des notions travaillées en équipe pluriprofessionnelle. Nous verrons ici quelles sont les spécificités et les intérêts de la prise en soin psychomotrice dans le cadre de ces problématiques, inscrites tant psychiquement que corporellement chez le patient.

La prise en soin psychomotrice, par ses spécificités, permet tout d'abord, au sein du projet global du patient, d'approfondir et de cibler plus précisément les objectifs de soins. Ainsi, dans la prise en soin de Madame J., l'ajout de la psychomotricité permet de mieux accompagner la question de réappropriation corporelle, d'écoute des limites et de régulation tonico-émotionnelle. C'est par le biais du regard spécifique du psychomotricien que ces objectifs précisent les objectifs globaux de prise en soin, montrant l'importance de cette pluridisciplinarité dans le suivi de Madame J.

1.1. La balnéothérapie vue sous l'angle psychomoteur

Le choix de la balnéothérapie comme médiation met également en avant le point de vue psychomoteur par lequel cette médiation sera abordée. En effet, comme le dit C. Potel :

Le psychomotricien utilise l'eau dans toutes ses qualités, et permet au patient d'explorer ou de structurer ses capacités psychomotrices, de réengager son corps dans l'espace selon ses propres rythmes vitaux, de se détendre et de trouver du plaisir à éprouver des sensations, de partager avec d'autres un temps plein et vivant. (2021, p. 45).

L'eau, par ses nombreuses caractéristiques citées précédemment, représente une « aire de jeu permettant des explorations psychomotrices structurantes » (Potel Baranes, 2009b, p. 25). En effet, ces dernières permettent un engagement des sensations sensori-motrices, toniques et posturales tout en soutenant de manière sécurisée une (re)mise en mouvement du corps du patient. Pour Madame J., l'eau est un milieu dans lequel elle peut évoluer sans crainte de tomber, au travers duquel certaines de ses sensations peuvent renaître grâce à notre propre étayage corporel. Ce milieu spécifique et cet espace que représentent les séances de psychomotricité lui permettent une mise en mouvement nouvelle de son corps. En effet, comme évoqué plus haut dans cet écrit, notre engagement corporel particulier en tant que professionnelles dans ce milieu aquatique, permet à Madame J. d'appréhender différemment cet espace que représente l'eau. Comme l'explique C. Potel, l'engagement corporel du psychomotricien, qu'il soit moteur ou sensoriel, permet un travail global et proche du patient. « L'investissement ajouté à la conscience de ses actions en interaction avec l'environnement, est la garantie d'un travail en profondeur. ». (2021, p. 39). En parallèle de cette nouvelle mise en mouvement corporelle, de nombreux processus pourront alors se jouer psychologiquement chez le sujet. Par ces nouvelles sensations corporelles vécues au sein des séances, le sujet pourra remanier ses perceptions psychiques des sensations et plus globalement de la conscience de son corps et ses actions dans l'espace, lui permettant ainsi un réinvestissement progressif.

« Dans l'eau et avec vous, je peux faire des choses que je ne pensais plus jamais pouvoir faire ».

J'évoquerai ici, pour illustrer ses propos cités ci-dessus, traduisant certainement un désinvestissement flagrant d'un corps qui apparaît comme figé, le cas de Madame K. Je la rencontre également en séances individuelles en balnéothérapie et ses vécus pourront éclairer ce réengagement corporel psychomoteur. Madame K. est une patiente âgée de quarante-trois ans, atteinte d'une lésion de la moelle épinière provoquant une paraplégie incomplète au niveau de son hémicorps gauche. Lorsque je la rencontre sur la terre ferme, Madame K. semble « traîner » sa jambe gauche sur le sol en la faisant avancer grâce à une impulsion donnée par son bassin. Nous réalisons alors avec elle un travail tourné autour du

rythme et d'une remise en mouvement par le biais d'une médiation dansée au sein du milieu aquatique. C'est grâce à cette thématique particulièrement appréciée par Madame K. que j'observe de réels changements dans sa posture et ses vécus corporels. Ses mouvements apparaissent subitement plus fluides. La danse semble ancrée dans son corps, comme naturelle, ne lui demandant alors aucun effort. Au travers de cela, nous l'invitons à explorer les différents schèmes moteurs de base. Grâce à ce regard spécifique, à ces mouvements proposés et aux caractéristiques de l'eau, je remarque que ce milieu aquatique accorde à Madame K. un soutien, notamment au niveau de sa jambe gauche. Le portage de l'eau contribue à une amélioration de son estime d'elle-même en lui permettant de réaliser des mouvements qu'elle ne pensait plus pouvoir faire. Ainsi, l'eau et ses richesses, ont pu permettre de défiger la perception d'elle-même de Madame K., dont le désinvestissement du corps semblait prendre une place majeure dans son quotidien.

1.2. Un point de vue holistique

Par holistique, j'entends que le psychomotricien, par ses connaissances spécifiques du sujet, prend en compte le patient dans son environnement global. Dans le cas des douleurs, il prend en considération les liens et impacts entre répercussions physiques et psychiques. En effet, lors de l'évocation de ses ressentis, Madame J. nous transmet une écoute fine d'elle-même, permettant de mettre en avant cette articulation complexe entre conséquences physiques et psychiques. Il est important de rappeler que « La corporalité participe à la vie affective. » (Soppelsa & Albaret, 2012, p. 12). Le soin psychomoteur se positionne ainsi sur une vision holistique du sujet en plaçant le langage verbal et infraverbal du patient au premier plan afin de proposer la meilleure prise en soin possible. C'est notamment grâce à cette élaboration de ses différents vécus que nous avons été à même de proposer à Madame J. des exercices adaptés à ses envies et besoins tout en restant dans la continuité des objectifs prévus en psychomotricité. Le psychomotricien donnera place à une écoute fine des vécus ainsi qu'à une verbalisation permettant au patient d'en prendre davantage conscience.

1.3. Un retour au corps primordial

Au cours du suivi de Madame J. j'ai pu ressentir à plusieurs reprises son envie et son appétence pour les expériences corporelles que nous lui proposons. Cette notion m'a amenée à me questionner davantage sur l'importance d'un retour au corps au sein des séances de psychomotricité. « La spécificité du professionnel de la psychomotricité réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations » (Ballouard, 2011, p. 6). Ainsi, nous comprenons que le fondement même de la psychomotricité est la primordialité d'un retour au corps et de l'attention que nous allons porter aux démonstrations de ce dernier et aux hypothèses que l'on s'en fait. En séance, de nombreuses manifestations corporelles et psychiques s'observent chez un patient douloureux. Son tonus, sa posture, ses mouvements, ses mots ou encore son langage infraverbal sont tout autant d'informations transmises consciemment ou non par le sujet qu'il est alors essentiel d'observer et de prendre en compte en tant que psychomotricien dans nos séances. Ces manifestations nous permettent une compréhension plus fine des vécus du sujet tout en nous aidant à mieux adapter notre propre posture et nos propositions. Une élaboration des vécus est alors possible, grâce à l'étayage du regard du psychomotricien autour du passage des sensations, aux perceptions, puis aux représentations.

Un psychomotricien s'occupe du corps ou plus précisément de *l'investissement* de celui-ci. Son mode d'approche demeure spécifique dans l'aide procurée à la personne à trouver un vécu harmonieux qui puisse lui permettre d'ajuster ou de réajuster sa personnalité aux conditions de l'environnement et de lui donner ainsi de meilleures possibilités d'adaptation. (Ballouard, 2011, p. 5)

Si nous reprenons le cas de Madame J., l'observation et l'écoute de son langage corporel sont primordiales pour comprendre ses vécus. Son tonus, sa posture, sa respiration ou encore sa marche, sont tout autant d'informations et de messages transmis par le corps pour traduire son état interne actuel. C'est ainsi que notre attention et notre regard ont pu nous permettre d'observer et de percevoir que lors de notre premier temps de relaxation au fil de l'eau, le corps de Madame J. n'était pas réellement détendu. Ses bras montraient

pourtant, à première vue, le contraire mais c'est en affinant notre observation de son corps et de sa respiration qu'il nous a été possible de constater l'inverse. J'émetts alors l'hypothèse que cette tension corporelle pourrait traduire un état interne psychique qui, lui-même, ne serait pas complètement apaisé.

2. D'un corps douloureux à une réappropriation corporelle

Cette présentation de Madame J., mes interrogations et l'exploration théorique de la question des douleurs m'ont permis de prendre conscience et de comprendre l'importance et l'omniprésence de leurs conséquences sur le corps du sujet et donc la nécessité d'une réappropriation corporelle.

2.1. Un vécu douloureux tant physiquement que psychiquement

Les répercussions des douleurs et d'un syndrome sont nombreuses comme évoquées précédemment. Ces impacts s'inscrivent dans un contexte biopsychosocial. Chez Madame J., la question de la « bonne » santé du corps ne paraît pas s'être posée précédemment malgré ses nombreux antécédents médicaux. Son activité professionnelle mais également ses loisirs et sa vie de famille ne s'avéraient pas être impactés par ces derniers. C'est à l'arrivée de ce premier épisode de COVID en mars 2020 qu'un point d'arrêt est marqué. Une rupture s'est alors inscrite dans son quotidien venant bouleverser ses sphères professionnelle, personnelle et familiale. Son corps ne semble maintenant plus lui laisser le choix : il faut s'arrêter.

Cette rupture marquée par l'arrivée de ce syndrome installe alors inéluctablement chez Madame J. un corps vécu douloureusement tant physiquement que psychiquement. Elle évoque ainsi un corps « lourd », une « spirale descendante » de laquelle nous devons la délivrer, ou encore un « quotidien pesant ». Ces mots forts marquent l'importance de cette rupture vécue par Madame J. Elle se voit dans l'obligation d'arrêter son activité professionnelle, un remaniement familial s'installe progressivement laissant alors une place vécue comme « passive » pour Madame J. au sein de sa sphère familiale. Je mets

alors en lien ce vécu de passivité avec une certaine passivité corporelle qui s'impose à elle du fait de son syndrome.

Ces douleurs entraînent ainsi des répercussions psychiques mais par son tonus et sa posture, Madame J. transmet également un vécu corporel douloureux. En effet, comme abordé précédemment, les douleurs ont bel et bien un impact corporel chez le sujet. J'évoquais, dans la discussion théorique, les impacts corporels et notamment toniques des douleurs. Par leur caractère désagréable, les douleurs viennent bouleverser les repères du sujet, allant même jusqu'à modifier sa posture globale. C'est le cas de Madame J. chez qui les douleurs viennent modifier le tonus. En effet, grâce aux différentes observations faites telles que sa posture, sa respiration ou bien sa marche, il est notable que son tonus ne semble pas optimal mais apparaisse comme suspendu. Ce dernier m'évoque alors un « tonus pneumatique », comme décrit par A. Bullinger (2006). Il se déclencherait pour palier un manque de tenue dans la posture globale. Ce tonus pneumatique vient directement impacter la respiration du sujet qui se retrouve elle aussi comme suspendue. Cela est notamment visible lors des déplacements de Madame J. hors de l'eau. Cette forme de tonus apparaît comme une sous composante « non optimale » ou « non fonctionnelle » du tonus d'action puisqu'il permet une forme de mouvement bien que cette dernière soit essoufflante voire rigidifiante pour le sujet.

Je note, lors de la mise en parallèle de nos ressentis, que Madame J. et moi-même présentons des ressentis relativement similaires quant à sa situation. En effet, ce sentiment de division entre la fatigue et l'envie de protection, et la volonté de se dépasser et de surmonter la situation dans laquelle elle se trouve semblent, à ce moment-là de notre rencontre, se partager.

2.2. De nombreux deuils à faire

Au fur et à mesure de nos rencontres, certaines paroles de Madame J. à propos de son histoire de vie, de son quotidien ou de ses vécus corporels, ont retenues mon attention. Cette rupture que semble vivre Madame J. par rapport à son état physique antérieur, les nombreux remaniements familiaux et sociaux subis m'amènent à me questionner sur la

notion de deuil. En effet, nous comprenons que ces modifications tant corporelles que psychiques et ces vécus douloureux viennent bouleverser l'investissement global du corps nécessitant sûrement une entrée dans différentes formes de deuils à traverser.

Le deuil est défini par V. Vanoverskelds comme :

L'ensemble des 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. (2004)

De nombreux deuils se jouent ainsi dans le cas d'une pathologie médicale telle que le syndrome post-covid. En effet, ce dernier, comme évoqué lors de la partie théorique, engendre beaucoup de remaniements tant psychiques que corporels. La perception globale du corps se voit bouleversée nécessitant alors un deuil de cet « ancien » corps. J'ai pu ressentir ce clivage entre « ancien » et « nouveau » corps au fil des séances auprès de Madame J. questionnant perpétuellement cette notion de deuil. Deuil d'un corps vécu et d'une image du corps en décalage avec celui qu'elle pourrait avoir et qu'elle a connu jusque-là avant l'évolution de sa pathologie.

Comme le décrivent M-F. Bacqué et M. Hanus dans leur livre *Le deuil* (2009), le deuil est une succession d'étapes dont la présence, l'ordre ou encore la durée est propre à chaque individu et à chaque deuil. Selon eux, les grandes étapes principales du deuil sont le choc, les comportements de recherche ou la régression, l'agressivité ou la colère, le chagrin puis l'acceptation. Ces étapes varient d'un auteur à l'autre et d'autres peuvent être rajoutées telles que la négociation ou encore le déni.

Pour Madame J., plusieurs deuils semblent alors se faire entre le deuil de son corps avec sa perte de poids importante, son déconditionnement musculaire mais également un deuil de ses pratiques sportives et de son endurance. Elle se voit aussi dans l'obligation de cesser son emploi et ses responsabilités sans oublier le deuil de sa place au sein de sa structure familiale. Elle se retrouve ainsi contrainte de passer d'une vie active et remplie d'activités diverses à une vie rythmée par la fatigue et les contraintes physiques du syndrome. Je remarque que ces processus de deuils sont engagés chez Madame J. qui

mentionne alors au cours d'une de nos séances « ne plus se reconnaître » dans son propre corps. Elle montre également une inquiétude importante quant à l'évolution de son syndrome tout en ressentant une certaine lassitude au quotidien.

2.3. Vers une réappropriation corporelle

C'est ainsi, suite à ces nombreux deuils s'enchaînant et survenant en même temps, qu'une réappropriation corporelle semble indispensable pour Madame J. En effet, nous percevons chez elle un désinvestissement progressif de son propre corps. Les remaniements dus à ses nombreuses pathologies, ajoutés aux répercussions de ces dernières l'ont contraint à modifier ses activités et on observe alors une mise à distance croissante de son corps. Ses activités physiques et sportives se voient réduites, sa profession arrêtée temporairement, sa mobilité se fragiliser petit à petit, entraînant une forme « d'abandon » progressif conduisant à une désappropriation de l'image qu'elle peut avoir d'elle-même. Ce travail de réappropriation de soi et de son corps occupe alors une place centrale dans la prise en charge en psychomotricité de Madame J. lors de ce nouveau séjour. Ce travail est cependant à faire en parallèle du travail de deuil évoqué précédemment car les changements sont nombreux et peuvent entraîner un vécu parfois douloureux à accepter. C'est donc par le biais de la médiation aquatique, du travail d'unité corporelle et de relaxation que nous décidons d'amener cet objectif au sein de nos séances avec elle. Le travail des limites du corps, d'unité corporelle ou encore de stimulation sensorielle sont tout autant de façons de débiter une « réactualisation » de l'image globale du corps.

2.3.1. Par le biais de l'eau

J'ai évoqué précédemment les différentes caractéristiques de l'eau et leur effet sur le sujet. Cette médiation est tout aussi riche que le travail s'y jouant simultanément. Cette mise en corps coexistante et équivalente entre le patient et le thérapeute permet d'entamer ce travail de retour d'une corporéité. Pour Madame J. que je rencontre pour la première fois mais dont ma tutrice m'a déjà expliqué les suivis passés, la médiation aquatique semble apparaître comme une évidence. Son attirance pour ce milieu ainsi que son aisance

au sein de ce dernier nous a permis d'accéder à ce travail de réappropriation corporelle naturellement au travers des expériences proposées.

Cette réappropriation corporelle est également possible grâce au travail réalisé autour de la notion d'enveloppe corporelle et de contenance de l'eau. Ces dernières permettent notamment une réactualisation du schéma corporel du sujet, redonnant son rôle protecteur au corps contre les stimulations extérieures. Dans le cas de Madame J., les sensations de douleurs ou de pertes motrices et sociales ajoutées au déconditionnement musculaire s'installant progressivement, représentent une forme d'abandon de la part de son corps. C'est dans ce contexte particulièrement compliqué que ce travail réalisé par l'intermédiaire de l'eau en psychomotricité permet à Madame J. de réajuster ses perceptions de son propre corps en vue d'une réappropriation corporelle.

Par ailleurs, je suis amenée à me questionner sur la notion d'enveloppe corporelle, elle aussi fondamentale dans ce travail de réadaptation à son corps, désormais différent. Les vécus évoqués par Madame J. hors de l'eau et son soulagement visible en tous points dès son entrée dans l'eau soulignent, selon moi, indéniablement cette notion de légèreté amenée par ce milieu aquatique. Ce travail est notamment possible par le biais de la fonction de portage de l'eau qui permet une élaboration autour de l'unité corporelle. Chez Madame J., ce portage qu'apporte l'eau, représente un soulagement pour elle de ne plus sentir son corps comme un poids. En effet, lorsqu'elle se déplace hors de l'eau, la pesanteur semble accroître ces sensations de lourdeur de son corps. L'effet de l'eau, notamment possible grâce au phénomène de la Poussée d'Archimède, lui permet un apaisement de ses douleurs en lui apportant une sensation de légèreté. Son tonus global est amené à diminuer, laissant place à un corps vécu davantage comme un corps source de plaisir et non plus source de tensions et de douleurs.

Enfin, j'ai pu remarquer et me questionner, au fil de nos propositions, sur cette réactualisation corporelle et son lien avec les appuis et ancrages du sujet. « Il s'agit de pointer l'émergence d'un corps qui n'était peut-être plus d'actualité : un corps en recherche d'appuis nouveaux. » (Mortamet, 2021, p. 87). Pour Madame J., le travail de la marche se complique de plus en plus en raison de son déconditionnement musculaire croissant. Il est

donc nécessaire pour nous en psychomotricité, dans ce cadre aquatique, de réaliser un travail autour des appuis et des ancrages. Ce dernier permettra de lui faire prendre conscience de la force de ses jambes et de ses capacités de marche. Les différents exercices réalisés autour des appuis au travers de la stimulation sensorielle de la plante des pieds et des repoussés lui permettent cette réactualisation et donc de se réapproprier son corps et ses capacités motrices.

2.3.2. Par le biais de la relaxation

Pour Madame J., chez qui les impacts physiques et psychiques sont nombreux, la question de la relaxation apparaît comme formelle. De cette façon, en parallèle du travail réalisé grâce aux fonctions de l'eau, cette réappropriation corporelle a pu passer par des temps de relaxation. Cet accompagnement permet, sur le moment, de réaliser un cheminement vers une réappropriation corporelle qui, elle, se fera sur le long terme.

La relaxation permet, entre autres, un relâchement tonique global amenant un tonus plus adapté et donc plus confortable en vue d'une recherche d'unité et de fluidité corporelle. Lors de nos temps de relaxation avec Madame J., j'ai pu observer un relâchement corporel progressif favorisant alors, selon ses dires, une détente psychique similaire.

Si nous retournons vers les concepts de portage et de contenance, nous observons que ces derniers jouent également un rôle fondamental sur la relaxation dans l'eau. Pour Madame J., le portage de l'eau et le portage de ma tutrice, tous deux soutenus par les différents éléments du kit de flottaison, lui permettent cette sensation de flottaison et de se sentir portée à plusieurs niveaux. Cette perception favorise ce sentiment de détente duquel va pouvoir se développer la réappropriation corporelle. En outre, il est intéressant de souligner la composante de maintenance du psychisme qui permet de mettre en avant le travail de continuité corporelle.

Les courants provoqués par les déplacements ainsi que ceux réalisés par nos mouvements en dessous du corps de Madame J., ajoutés à la chaleur de l'eau, viennent

diminuer l'intensité des douleurs ressenties. En effet, comme l'explique C. Potel : « Ce courant d'eau va avoir des effets de massage et d'enveloppement favorisant la détente musculaire et articulaire. » (2009d, p. 70). Lors de ces temps de relaxation et grâce à ces différentes stimulations tactiles et sensorielles provoquées par l'eau ou ma tutrice et moi-même, la sensation de peau et ainsi des limites du corps seront favorisées. Ces dernières permettront à Madame J., un accompagnement progressif vers un corps vécu moins douloureusement.

S'il y a « détente », ce sera un processus actif d'appropriation de soi, d'éprouvé de soi, une expérience de liberté. ... [Il s'agira alors d'] habiter son corps là où il nous semblait étrange/étranger de par la douleur, les entrave etc. (Mortamet, 2021, pp. 88-89)

La relaxation joue un rôle important puisqu'elle favorise la conscience du corps mais également la détente corporelle et psychique comme vu auprès de Madame J. Ces relâchements accompagnent tout le travail de deuil, d'acceptation et donc de réappropriation corporelle. En effet, cette détente physique et psychique progressive, va pouvoir favoriser les différents processus de deuils se jouant, en venant permettre une écoute plus fine de ses sensations et de son corps. C'est par le biais de cette attention portée à elle-même, qu'une conscience de son corps en changement pourra davantage se jouer, favorisant ainsi cette réappropriation corporelle.

Ces « exercices » ... servent à acquérir une liberté de mouvement dans l'eau, à sentir son corps unifié, rassemblé, fluide, et à maîtriser dans la détente les différents états toniques. Jouer de son corps comme d'un instrument, l'accorder pour qu'il sonne plus juste. (Potel Baranes, 2009d, p. 71)

3. La notion de toucher

« Toucher c'est accueillir. C'est échanger ou tout du moins partager un vécu qui se construit dans l'ici et le maintenant. » (Bénavidès et al., 2015, p. 293)

« Les psychomotriciens, de par leur pratique clinique, ont un intérêt particulier pour la peau et pour sa fonction de contenance, de limite et d'enveloppe. » (Potel Baranes, 2009a, p. 33). Cet intérêt spécifique et ma rencontre d'un toucher particulier et différent auprès de Madame J. m'amènent à me questionner sur cette notion qu'est le toucher.

Comme évoqué précédemment dans ma partie clinique, au moment de l'introduction des mobilisations passives, la question du toucher m'a fait parcourir des états psychiques et corporels antagonistes. En effet, une prise en soin en psychomotricité dans un milieu aquatique implique incontestablement un remaniement de la place et de la forme du toucher qui sera proposé au patient. Le port du maillot de bain suppose un toucher peau à peau faisant alors parfois entrer une notion d'intimité. Par le contact direct, le toucher peut également se révéler différent et davantage transmetteur. Ainsi, le toucher du psychomotricien est particulier puisqu'il représente un toucher réciproque entre le patient et nous-même, un toucher « intentionnel » que nous transmettons au patient.

Il existe plusieurs sortes de toucher. Certains sont de l'ordre du négatif voire du pathologique. Cependant nous nous intéresserons ici au toucher de l'ordre de ceux que nous sommes amenés à proposer au sein d'une séance de psychomotricité. Plus particulièrement ceux qui me paraissent les plus pertinents à mettre en lien avec le cas de Madame J. Ces touchers, cités par T. Bénavidès et al. dans le *Manuel d'Enseignement de Psychomotricité* sont :

- Toucher structurant et contenant du geste qui réaffirme la cohérence et l'unité de l'image du corps. ... ;
- ...
- Toucher enveloppant des gestes qui tissent la tunique de la peau. ... ;
- ...
- Toucher apaisant dont les gestes calmes transmettent l'harmonie. (2015, pp. 296-297)

C'est par le biais de ces différents touchers que nous avons pu, au sein des temps de relaxation, transmettre une intention d'unité corporelle à Madame J. Les mains de ma

tutrice sur ses omoplates et son bassin, ont permis à Madame J. de ressentir sa charpente osseuse et au travers de cela la solidité de son corps. Ce contact proposé a également pu lui offrir un portage favorisant sa détente corporelle et psychique. Ce dernier, a pu être complémentaire au portage de l'eau, tous deux apportant ainsi des touchers différents, favorisant leurs effets.

Le psychomotricien apporte alors une nouvelle forme de toucher : le toucher thérapeutique.

Le toucher thérapeutique est utilisé lorsque les patients présentent des troubles de la perception ou de la représentation de leur corps Le psychomotricien ajuste en permanence son propre tonus corporel à celui de son patient, instaurant avec lui un dialogue tonico-émotionnel qui va contribuer à restaurer les perceptions défailtantes. (Giromini et al., 2022, p. 113)

Ce toucher thérapeutique permet donc une communication infraverbale avec l'instauration possible d'un dialogue tonique. Lors des séances auprès de Madame J. ce toucher particulier m'a donc permis d'accéder à une nouvelle forme de communication avec elle. Ma tutrice et moi-même avons pu voir, lors du temps de mobilisations passives et de relaxation, que notre propre état tonique lui a permis d'accéder, elle aussi, à une forme de détente. En effet, c'est lorsque j'ai pu, moi-même, parvenir à cette détente avant d'entreprendre les mobilisations passives, que Madame J. a elle aussi pu se relâcher tant corporellement que psychiquement. Ce dialogue tonico-émotionnel permet alors une forme de portage, joignant le portage physique au portage psychique contenant se jouant au travers de cette interaction entre nous. J'ai ainsi pu, par ma disponibilité corporelle, lui proposer un toucher complémentaire à celui de ma tutrice, permettant de redonner sa fonction d'enveloppe et de contenance à sa peau.

L'expérience fondamentale du toucher thérapeutique est constituée par le dialogue sensori-moteur entre le patient et le thérapeute. Les échanges toniques dans la relation renforcent le lien entre le thérapeute et son patient, et permettent une exploration / construction de l'intériorité du patient. (Bénavidès et al., 2015, p. 293)

C'est ainsi que cette entrée dans le dialogue tonico-émotionnel entre Madame J. et nous, lui permet d'apaiser ses tensions corporelles. De plus, J-M. Albaret et al. (2018), expliquent que ce toucher particulier entre le thérapeute et le patient permet, par le biais de tout ce qu'il transmet, de participer à la réappropriation corporelle au travers de l'axe corporel, des limites ou encore d'une réactualisation du schéma corporel. Ce toucher permettra « une modification de la douleur » (2018, p. 390) grâce à la stimulation d'autres récepteurs cutanés sensitifs tout en contribuant à une libération d'hormones ayant un rôle anesthésiant, les endorphines.

Lors des mobilisation passives auprès de Madame J., mes propres ressentis quant à ce toucher ont pu évoluer, passant d'une certaine appréhension à une envie de bien faire et de faire du bien provoquant alors mon propre relâchement. Ce toucher m'a également permis de ressentir beaucoup d'éléments se dégageant du corps de Madame J. tels que son tonus ou encore sa respiration, donnant tous deux des indications majeures sur son état corporel.

C'est donc par le biais de ce toucher particulier que représente le toucher thérapeutique du psychomotricien que nous avons pu proposer à Madame J. un espace dans lequel ses douleurs et tensions ont pu s'apaiser pendant un instant.

Conclusion

Conclusion

Au cours de ces trois années d'études et plus particulièrement au cours de mes stages de troisième année, j'ai pris conscience de la diversité que peut représenter le travail du psychomotricien. Les profils singuliers rencontrés au sein du service de Médecine Physique et de Réadaptation m'ont permis de comprendre beaucoup de notions essentielles pour mon futur exercice en tant que psychomotricienne. Certains concepts ont pu prendre tout leur sens à la rencontre des patients, me confortant dans l'envie de m'engager pleinement dans cette profession. Très vite, j'ai compris et constaté l'importance de notre prise en soin holistique permettant de n'omettre aucun aspect de la vie du sujet au sein d'un établissement dont la rééducation fonctionnelle axe les prises en soins. En effet, auprès de tous les patients, et particulièrement Madame J., j'ai été confrontée aux conséquences multiples et variées que peuvent avoir de telles pathologies sur la vie d'un sujet.

En accompagnant Madame J. dans ce nouveau séjour, j'ai pu davantage comprendre qu'au travers de sa problématique douloureuse, de nombreux autres impacts ont pu être vécus chez elle. De la douleur physique à la souffrance psychique en passant par les nombreuses répercussions sur son quotidien, sa façon d'habiter son propre corps et de le reconnaître s'est vue remaniée. J'ai alors pris conscience de la pertinence de cette médiation aquatique et plus largement de la prise en soin psychomotrice auprès d'elle afin de l'accompagner dans une réappropriation corporelle à la suite de tels bouleversements.

Au cours des séances dans l'eau, Madame J. a eu besoin de retourner à des expériences corporelles simples voire « archaïques » que l'eau a pu lui offrir au travers de ses caractéristiques et ses particularités. Notre travail a donc été de l'accompagner dans ces dernières en la guidant afin de lui permettre de s'engager et de vivre son corps différemment, en prenant conscience de ses capacités et sa force. Le chemin à parcourir reste encore sûrement long et semé d'embûches mais la conscientisation de son corps et de ses difficultés ainsi que l'acceptation de son histoire lui ont permis d'évoluer jusqu'à ce stade et lui permettront de poursuivre son chemin.

J'ai ainsi pu, au travers de mes questionnements et de ma réflexion, comprendre la pertinence de la médiation aquatique dans l'accompagnement de tels syndromes engendrant d'importantes douleurs et modifications corporelles. Le travail de détente, d'adaptation au patient ou encore de réappropriation corporelle sont tout autant d'objectifs psychomoteurs permettant d'accompagner le patient dans une forme de gestion et d'acceptation de ses douleurs par l'intermédiaire de l'eau.

Par le biais de cette rencontre, j'ai moi-même pu découvrir davantage l'importance de vivre les expériences corporellement pour les vivre pleinement. Mes pratiques vécues pendant ces trois années de formation, lors des cours pratiques ou des différents stages m'ont permis de mettre en avant cet aspect en ayant l'opportunité de vivre pleinement cette pratique. Cette dernière m'a permis d'avancer dans le cheminement personnel que peuvent représenter ces études et cette formation. L'évolution de Madame J. m'a permis d'enrichir mes questionnements, mes réflexions et ma posture professionnelle. Mes interrogations au cours de cette prise en soin ont été nombreuses et, après l'élaboration et l'écriture de ce mémoire, certaines persistent. La question du toucher en psychomotricité reste, selon moi, un concept fondamental auquel j'ai été confrontée à plusieurs reprises. Ce qu'il m'a fait vivre avant, pendant et après les séances auprès de Madame J. et ce qu'il a pu engendrer chez elle sont autant d'impacts intéressants à creuser. Plus largement, cela m'amène à me questionner sur la notion du toucher sur un corps douloureux qui reste un sujet omniprésent auprès de certaines populations en psychomotricité. Expérimenter ce toucher aquatique m'a incontestablement permis d'affiner ma propre perception du toucher. Cependant je me demande dans quelle mesure est-il possible de transposer ce toucher si particulier et comment pourrais-je transmettre autant d'intentionnalité hors de ce milieu ? À quel point ce toucher si particulier que nous avons, nous permet-il d'accompagner différents types de patients aux pathologies variées dans leurs objectifs de soins ? Tout autant de questions ne cessant de me donner l'envie et la curiosité de poursuivre mon investissement autour de cette thématique si importante en psychomotricité.

Bibliographie

Bibliographie

- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. (2018). Chapitre 6. Manifestations psychomotrices des douleurs aiguës et chroniques. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 379-391). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0379>
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau* (Dunod).
- Bacqué et Hanus. (2009). Chapitre 3 : Le déroulement du deuil « normal ». In *Le deuil* (p. 27-35).
- Ballouard, C. (2011). 1. Définitions de la psychomotricité. In *L'aide-mémoire de psychomotricité: Vol. 2e éd.* (p. 3-10). Dunod. <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychomotricite--9782100563043-p-3.htm>
- Bénavidès, T., Lauras-Petit, A., Pireyre, E., Békier, S., Carrié-Milh, S., Aubigny, C., Feuillerat, B., Fillion, S., Villion, J.-P., & Baranes, C. P. (2015). Chapitre 2. Méthodes à dominante sensorielle. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 289-328). De Boeck Supérieur. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/manuel-d-enseignement-de-psychomotricite-tome-2--9782353273041-page-289.htm>
- Bioy, A. (2020). Chapitre 2. De la plainte douloureuse vers le récit de soi. In *Clinique et psychopathologie de la douleur* (p. 19-30). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2020.01.0019>
- Bosco, L., & Tourlet, C. (2021). *Intérêt de la balnéothérapie sur l'équilibre du patient AVC chronique* [Mémoire de Masso-kinésithérapie]. Aix-Marseille Université; Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03354040>

- Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 167-183. <https://doi.org/10.3917/cpc.028.0167>
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, 25(2), 125-139. <https://doi.org/10.3917/cont.025.0125>
- COVARs. (2023, novembre 7). *Avis du Comité de Veille et d'Anticipation des Risques Sanitaires (COVARs) sur le syndrome post-covid*. enseignementsup-recherche.gouv.fr. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/avis-du-comite-de-veille-et-d-anticipation-des-risques-sanitaires-covars-sur-le-syndrome-post-covid-93285>
- Delfour, F. (2021). Chapitre 2, Être dans l'eau : Une lecture ethnophénoménologique. In *Dans l'eau : Pour une psychomotricité aquatique : Théories et cliniques*. (p. 49-66) Éditions In Press.
- DGOS. (2011). *Instruction relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique*.
- Fernandez, P. (2003). *Au-delà du principe d'Archimède, l'expérience du corps aquatique*. <https://www.mediations-aquatiques.com/articles/article-Corps-aquatique.pdf>
- Fédération Française de Neurologie. (n. d.). *Qu'est-ce que la neurologie?* Fédération Française de Neurologie. <https://www.ffn-neurologie.fr/grand-public/quest-ce-que-la-neurologie>
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Gatecel, A. (2022). Chapitre VII. Techniques et médiations psychomotrices appliquées au soin. In *La psychomotricité* (p. 112-118). <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/la-psychomotricite--9782715403932-page-112.htm>
- HAS. (2021). *Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte—Diagnostic et prise en charge*.

- HAS. (2023). *Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique*.
- Jensen, T. S., Baron, R., Haanpää, M., Kalso, E., Loeser, J. D., Rice, A. S. C., & Treede, R.-D. (2011). A new definition of neuropathic pain. *PAIN*, 152(10), 2204.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.06.017>
- Larousse en ligne. (2024a). Balnéothérapie. In *Dictionnaire de français Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/baln%C3%A9oth%C3%A9rapie/7730>
- Larousse en ligne. (2024b). Poussée d'Archimède. In *Dictionnaire de français Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pouss%C3%A9e/63169#locution>
- Larousse en ligne. (2024c). Souffrance. In *Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/souffrance/73633>
- Larousse médical en ligne. (2024). Péricardite. In *Dictionnaire de français Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9ricardite/59530>
- Larousse Médical en ligne. (2024a). Pyélonéphrite. In *Dictionnaire de français Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/py%C3%A9lon%C3%A9phrite/65225>
- Larousse Médical en ligne. (2024b). Syndrome de Gilbert. In *Dictionnaire de français Larousse*.
https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/syndrome_de_Gilbert/13314
- Larousse Médical en ligne. (2024c). Syndrome de Raynaud. In *Dictionnaire de français Larousse Médical*.
https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/ph%C3%A9nom%C3%A8ne_de_Raynaud/15755

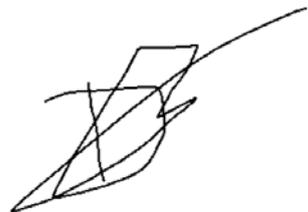
- Latour, A.-M. (2021). Chapitre 3, Intégration sensorimotrice et symbolisation primaire. In *Dans l'eau : Pour une psychomotricité aquatique : Théories et cliniques* (p. 69-83) Éditions In Press.
- Le Breton, D. (2009). Entre douleur et souffrance : Approche anthropologique. *L'information psychiatrique*, 85(4), 323-328. <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0473>
- Le Robert. (2021). *Déconditionnement*.
- Lefèvre, F., & Rochet, T. (2005). Balnéothérapie. *Adolescence*, T. 23 3(3), 765-773. <https://doi.org/10.3917/ado.053.0765>
- Lionet, B. (2020). Chapitre 10. Mémoire et souvenir de la douleur. In *Clinique et psychopathologie de la douleur* (p. 113-125). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2020.01.0113>
- Louvel, J.-P., & Omrana, M. (2015). Chapitre 12. La douleur en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 147-168). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2015.01.0147>
- Mortamet, D. (2021). Chapitre 4 : Du côté du portage : La médiation aquatique. In *Dans l'eau : Pour une psychomotricité aquatique : Théories et cliniques* (p. 87-107). Éditions In Press.
- Potel Baranes, C. (2009a). Du corps à l'enveloppe corporelle. In *Le corps et l'eau* (p. 33-39). Érès. <https://www.cairn.info/le-corps-et-l-eau--9782749211305-p-33.htm>
- Potel Baranes, C. (2009b). Le choix d'une médiation : L'eau. In *Le corps et l'eau* (p. 25-27). Érès. <https://www.cairn.info/le-corps-et-l-eau--9782749211305-p-25.htm>
- Potel Baranes, C. (2009c). L'eau. In *Le corps et l'eau* (p. 46-59). Érès. <https://www.cairn.info/le-corps-et-l-eau--9782749211305-p-46.htm>

- Potel Baranes, C. (2009d). L'eau, cet élément à connaître : Vivre l'eau. In *Le corps et l'eau* (p. 60-72). Érés. <https://www.cairn.info/le-corps-et-l-eau--9782749211305-p-60.htm>
- Potel, C. (2021a). Chapitre 1, De l'eau, un voyage. In *Dans l'eau : Pour une psychomotricité aquatique : Théories et cliniques* (p. 26-46) Éditions In Press.
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 161-199). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0161>
- Roussillon, R. (2001). L'objet « médium malléable » et la conscience de soi. *L'Autre*, 2(2), 241-254. <https://doi.org/10.3917/lautr.005.0241>
- Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2012). Chapitre 1. Situation de la psychomotricité. In *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 1-16). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0001>
- Soriano, J. B., Murthy, S., Marshall, J. C., Relan, P., & Diaz, J. V. (2021). A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(4), e102-e107. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00703-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00703-9)
- Thomas, Y., & Villetard, L. (1999). L'eau et moi, l'eau émoi : De quelques repères de l'organisation psychomotrice de l'être humain dans le milieu aquatique. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 120, 10-19.
- Vader, K., Bostick, G. P., Carlesso, L. C., Hunter, J., Mesaroli, G., Perreault, K., Tousignant-Laflamme, Y., Tupper, S., Walton, D. M., Wideman, T. H., & Miller, J. (2021). La définition révisée de la douleur de l'IASP et les notes complémentaires : Les considérations pour la profession de la physiothérapie. *Physiotherapy Canada*, 73(2), 106-109. <https://doi.org/10.3138/ptc-2020-0124-gef>

Vanoverskelds, V. (2004). *La cérébrólésion, un deuil bien compliqué.*

Winnicott, D. W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (BU Santé Rockefeller SANM 279957; [2e édition]). Payot.

Vu par le maître de mémoire
À Lyon le 14 mai 2024
Mathieu Duchêne

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping, fluid strokes that form a stylized, abstract shape.

Auteur : Ysaline ROLLET

Titre :

Quand la douleur submerge, l'eau ramène à la surface

L'étayage psychomoteur face aux douleurs en neurologie adulte

Mots - clés

Psychomotricité – rééducation – douleurs – tonus – balnéothérapie – syndrome post-covid – toucher

Psychomotricity – rehabilitation – pain – tone – balneotherapy – post-covid syndrom – touch

Résumé : Au cours de mon stage en Médecine Physique de Réadaptation, je fais la connaissance de Madame J, une mère de famille âgée de 46 ans, atteinte d'un syndrome post-covid que je rencontre en séances de balnéothérapie. C'est au fil de notre rencontre singulière et de son vécu douloureux que je me questionne autour de l'intérêt de la balnéothérapie face à une telle problématique. La prise en soin en psychomotricité, par son approche holistique, permet d'accompagner les patients vers une réappropriation corporelle pour passer d'un corps douloureux et subi à un corps source de plaisir. Au sein de ce mémoire, nous verrons alors **en quoi la prise en soin en balnéothérapie en psychomotricité permet la gestion de la douleur et du tonus chez des patients atteints de pathologies neurologiques ?**

As a part of my work placement in Physical Rehabilitation Medicine, I met Mrs J, a 46-years-old mother, suffering from post-covid syndrom that I saw in balneotherapy. It was through our unique encounter and her painful experience that I began to question the value of balneotherapy in dealing with such a problem. Through its holistic approach, psychomotor therapy helps patients to reappropriate their bodies and move on from a painful, suffered body to a body that is a source of pleasure. In this thesis, we will look at how balneotherapy and psychomotricity help to manage pain and tone in patient suffering from neurological pathologies.