



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

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



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

**UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1**

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

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

La rééducation psychomotrice de l'accident vasculaire cérébral au  
sein d'un groupe

**Mémoire présenté pour l'obtention**

**du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Jade CUNY**

Mai 2023 (Session 1)

N°1768

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

La rééducation psychomotrice de l'accident vasculaire cérébral au  
sein d'un groupe

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

**Par : Jade CUNY**

Mai 2023 (Session 1)

N°1768

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

# Université Claude Bernard Lyon 1

Président  
**Pr. Frédéric FLEURY**

Président du Conseil Académique  
**Pr. Hamda BEN HADID**

Vice-président CA  
**Pr. Didier REVEL**

## Secteur Santé

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

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –  
Lyon Sud Charles Mérieux  
Doyenne **Pr. Carole BURILLON**

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

## Secteur Sciences et Technologies

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

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

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

Département Informatique  
*Administrateur provisoire*  
**Mr Behzad SHARIAT**

Département Mécanique  
*Administrateur provisoire*  
**Mr Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON  
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

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

Vice-président Santé  
**Pr. Jérôme HONNORAT**

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

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

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

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

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

Institut Universitaire de Technologie Lyon  
1 (IUT)  
Directeur **Mr Christophe VITON**

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

Observatoire de Lyon  
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

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

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

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

**DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ**

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

Coordinateurs pédagogiques

**M. Bastien MORIN**  
*Psychomotricien*

**M. Raphaël VONSENSEY**  
*Psychomotricien*

**Mme Aurore JUILLARD**  
*Psychomotricienne*

Gestion de scolarité  
**Mme Alice GENOT**

Coordinatrice des stages

**Mme Christiane TANCRAV**  
*Psychomotricienne*

**Mme Marion MOUNIB**  
*Psychomotricienne*

# SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| LEXIQUE.....  |           |
| INTRODUCTION .....  | 1         |
| <b>PARTIE THÉORIQUE .....</b>                             | <b>3</b>  |
| <b>1 L'Accident Vasculaire Cérébral.....</b>              | <b>3</b>  |
| 1.1 L'historique de l'AVC.....                            | 3         |
| 1.2 La définition de l'AVC.....                           | 3         |
| 1.3 Généralités sur l'AVC.....                            | 4         |
| 1.3.1 Sensibilisation et prévention.....                  | 4         |
| 1.3.2 Diagnostic et dépistage.....                        | 6         |
| 1.3.3 Les traitements.....                                | 6         |
| 1.3.4 Les conséquences.....                               | 7         |
| 1.4 La prise en charge.....                               | 10        |
| 1.4.1 Dans son ensemble.....                              | 10        |
| 1.4.2 En équipe pluridisciplinaire.....                   | 11        |
| 1.4.3 En psychomotricité.....                             | 11        |
| 1.4.4 À distance de l'accident vasculaire cérébral.....   | 11        |
| <b>2 Le groupe.....</b>                                   | <b>12</b> |
| 2.1 Étymologie et définition.....                         | 13        |
| 2.2 Concept du groupe.....                                | 13        |
| 2.3 Fondements du groupe thérapeutique.....               | 14        |
| 2.4 La structure du groupe.....                           | 16        |
| 2.4.1 Le cadre.....                                       | 17        |
| 2.4.2 Les fonctions de ce cadre.....                      | 17        |
| 2.4.3 Les règles au sein de ce cadre.....                 | 18        |
| 2.4.4 Les modalités du cadre.....                         | 19        |
| 2.4.5 Support au processus thérapeutique.....             | 19        |
| 2.5 La place du thérapeute dans ce dispositif.....        | 19        |
| 2.6 La psychomotricité en groupe.....                     | 20        |
| <b>PARTIE CLINIQUE .....</b>                              | <b>22</b> |
| <b>1 Fonctionnement de l'institution.....</b>             | <b>22</b> |
| <b>2 Présentation du groupe post-AVC.....</b>             | <b>22</b> |
| 2.1 Le groupe au sein de l'hôpital.....                   | 22        |
| 2.2 Fonctionnement du groupe en psychomotricité.....      | 23        |
| <b>3 Mr Aph au sein du groupe en psychomotricité.....</b> | <b>25</b> |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 3.1      | La première rencontre .....                               | 25        |
| 3.2      | Éléments de vie.....                                      | 25        |
| 3.3      | Son AVC et sa rééducation.....                            | 26        |
| 3.4      | Bilan en psychomotricité .....                            | 27        |
| 3.5      | Les séances .....   | 27        |
| 3.5.1    | La première séance .....                                  | 27        |
| 3.5.2    | Activités motrices et cognitives collectives .....        | 28        |
| 3.5.3    | La parole se délie.....                                   | 29        |
| 3.5.4    | Les mimes.....  | 30        |
| 3.5.5    | La dernière séance .....                                  | 32        |
| 3.6      | Le départ de Mr Aph et la suite de sa rééducation .....   | 33        |
| <b>4</b> | <b>Mr No au sein du groupe de psychomotricité .....</b>   | <b>35</b> |
| 4.1      | La première rencontre.....                                | 35        |
| 4.2      | Éléments de vie.....                                      | 35        |
| 4.3      | Son AVC et sa rééducation.....                            | 36        |
| 4.4      | Bilan en psychomotricité .....                            | 36        |
| 4.5      | Les séances .....   | 37        |
| 4.5.1    | La première séance .....                                  | 37        |
| 4.5.2    | En mon absence .....                                      | 38        |
| 4.5.3    | Une évolution prend forme.....                            | 39        |
| 4.5.4    | Entraide et mimes pour la dernière séance .....           | 41        |
| 4.6      | Sortie et suite de rééducation .....                      | 42        |
| <b>5</b> | <b>Les différentes évolutions des patients .....</b>      | <b>43</b> |
|          | <b>PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....</b>                      | <b>45</b> |
| <b>1</b> | <b>Le groupe, un ensemble .....</b>                       | <b>45</b> |
| 1.1      | Cercle de personnes .....                                 | 45        |
| 1.2      | Espace d'échange et de relations .....                    | 46        |
| 1.3      | Création de cohésion .....                                | 47        |
| <b>2</b> | <b>Un espace particulier .....</b>                        | <b>48</b> |
| 2.1      | Un cadre favorable.....                                   | 48        |
| 2.2      | Un espace contenant .....                                 | 48        |
| 2.3      | Le cadre interne et externe du psychomotricien .....      | 50        |
| <b>3</b> | <b>Les processus pouvant se jouer dans le groupe.....</b> | <b>52</b> |
| 3.1      | Une mise en mouvement ludique.....                        | 52        |
| 3.2      | La sphère émotionnelle et relationnelle du patient .....  | 52        |
| 3.3      | Une enveloppe, une illusion, un miroir.....               | 53        |
| 3.4      | La place de chacun .....                                  | 54        |
| 3.5      | La pair-aidance.....                                      | 55        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 3.6      | Le changement.....  | 56        |
| <b>4</b> | <b>Pourquoi le groupe ? .....</b>                         | <b>57</b> |
| 4.1      | Les différences avec la prise en charge individuelle..... | 57        |
| 4.2      | Bénéfices pour les patients .....                         | 58        |
| 4.3      | Limites de la prise en charge groupale .....              | 59        |
|          | <b>CONCLUSION.....</b>                                    | <b>62</b> |
|          | <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>                                |           |

# LEXIQUE

AIC : Accident Ischémique Constitué

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DCPA : Douleur Centrale Post Accident vasculaire cérébral

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRM : Imagerie Par Résonance Magnétique

NIHSS : National Institute of Health Stroke Score

# INTRODUCTION

# INTRODUCTION

« Le petit d'homme naît, vit et se construit au sein d'un groupe » (Bertin, 2010, p. 38).

L'Homme vit et évolue en société. Chacun de nous ressent parfois le besoin d'appartenir à un groupe, qu'il soit de la sphère professionnelle, du cadre familial ou amical ou plus généralement de la dimension sociale. Pour ma part, être entourée par ses pairs apparaît comme une situation sécurisante et j'apprécie d'être entourée de personnes lors d'un événement important ou bien pour découvrir de nouveaux horizons.

Lors de mon premier jour de stage, je me retrouve immergée dans une séance groupale. Les patients m'accueillent et au fil des séances, je remarque une évolution entre eux. Il se passe quelque chose que je ne ressens pas dans les séances individuelles. Puis, je participe à d'autres groupes totalement différents. Pourtant, il y a toujours cette « chose » qui me questionne, cet aspect collectif de la rééducation qui apporte de nouveaux objectifs. Je suis moi-même parfois emportée par l'ambiance de groupe. C'est un dispositif que j'avais pu observer également dans mes autres stages avec des personnes âgées, des adolescents et des enfants mais jamais au sein d'un hôpital.

Dans cette structure, il s'agit d'un groupe spécifique pour des patients atteints de la même pathologie : l'accident vasculaire cérébral, lequel touche une personne toutes les quatre minutes en France et qui peut entraîner des séquelles ayant un impact sur la vie quotidienne. Le patient est atteint corporellement, psychiquement mais également dans son identité propre. La prise en charge doit être très rapide afin d'utiliser les meilleurs traitements, dans les meilleures conditions et de permettre une récupération la plus complète possible. C'est un enjeu de santé publique. Ainsi, de nombreuses campagnes de prévention voient le jour pour sensibiliser la population à cette pathologie.

Souvent, une hospitalisation complète a lieu précocement afin de mettre en place une rééducation intensive. Le maillage de différentes professions permet alors de prendre en charge au mieux le patient selon ses besoins. C'est au sein de cette rééducation que je découvre le groupe post-AVC dans le cadre d'un programme de rééducation intensive de l'AVC. La prise en charge en psychomotricité y est développée uniquement par le biais

de groupe, excepté pour quelques patients nécessitant un suivi individuel. Je me suis alors questionnée sur ce type de dispositif de soin.

**Que peut apporter la prise en soin groupale en psychomotricité dans la rééducation intensive de l'accident vasculaire cérébral ?**

Afin de répondre à mon questionnement, je me suis tout d'abord renseignée sur la théorie englobant l'accident vasculaire cérébral, ses conséquences et l'impact sur le patient. Puis, je me suis penchée sur le concept du groupe, notamment les fondements, la structure, la place du thérapeute et l'apport de la psychomotricité.

Dans un second temps, je présenterai le groupe au sein de ma structure d'accueil de stage, ainsi que deux patients en particulier, que je nommerai Mr Aph et Mr No. J'évoquerai mes observations, leur évolution et mes hypothèses.

Je finirai cet écrit par la mise en lien de la théorie et de la clinique afin de répondre au mieux à ma problématique en développant la notion d'être ensemble, les enjeux et processus liés au dispositif groupal, ainsi que les bénéfices et limites de ce type de prise en charge.

# **PARTIE THÉORIQUE**

# PARTIE THÉORIQUE

## 1 L'Accident Vasculaire Cérébral

### 1.1 *L'historique de l'AVC*

L'histoire des AVC commence quelque quatre cents ans avant J.-C., avec Hippocrate qui décrit sous le terme *apoplexie*, ou *attaque d'apoplexie*, « un désordre soudain du cerveau se manifestant par une paralysie du corps entier ou d'un côté du corps, ou par une perte de sensation, ou encore par une perte de conscience » (Bousser, 2016, p. 11).

Ainsi commencent les premières recherches sur l'apoplexie décrite par Hippocrate. En revanche, ce n'est qu'au XVII<sup>ème</sup> siècle que sont identifiées les premières lésions cérébrales : d'abord l'hémorragie cérébrale, puis l'infarctus cérébral précédemment nommé *ramollissement cérébral*, ensuite l'hémorragie méningée et bien plus tard la thrombose veineuse cérébrale. Dès lors, toutes ces lésions étaient rassemblées sous les noms d'*attaques d'apoplexie* ou *attaques*. À la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les découvertes scientifiques ont permis de mettre en lien « la topographie des lésions cérébrales constatées à l'autopsie et les symptômes présentés par les malades » (Bousser, 2016, p. 16). Ce n'est qu'en 1935 que le terme « stroke » (Bousser, 2016, p. 17) apparaît ultérieurement, traduit en français par *accident vasculaire cérébral*.

En 1971, Godfrey Hounsfiels (ingénieur anglais) crée le premier scanner cérébral permettant de différencier une hémorragie d'un infarctus cérébral. Dix ans plus tard, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) fait son apparition.

### 1.2 *La définition de l'AVC*

« Le terme AVC fait généralement référence à un infarctus cérébral ou à une hémorragie cérébrale non traumatique » (Uchino et al., 2009, p. 1).

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une manifestation neurologique aiguë d'origine vasculaire non traumatique. Il se caractérise par des premiers symptômes brutaux qui sont localisés sur un territoire vasculaire en particulier. C'est une pathologie fréquente, en constante augmentation, pouvant causer des séquelles dépendant de la topographie et des lésions cérébrales.

Cette pathologie peut être ischémique (85% des cas) ou hémorragique (15% des cas). Il existe également la thrombose veineuse cérébrale, mais qui est très rare (moins de 1%). Les AVC ischémiques sont dus à une artère qui se bouche, bloquant ainsi la circulation sanguine. Nous pouvons parler d'accident ischémique constitué (AIC), ou d'accident ischémique transitoire (AIT) dont la durée est d'environ une heure dans le cas où le caillot est petit. L'accident ischémique transitoire « se différencie des autres par l'absence de lésion cérébrale » (Boussier, 2016, p. 19). Les AVC hémorragiques sont causés par un saignement dans ou autour du cerveau, à la suite d'une rupture d'un vaisseau sanguin.

Différentes localisations sont possibles, entraînant des symptômes et des séquelles différentes : AIC sylvien superficiel (symptômes variables selon l'atteinte du territoire), AIC sylvien profond (hémiplégie fréquente associée à une aphasie), AIC sylvien total (hémiplégie complète, hémianopsie latérale homonyme, hémianesthésie, aphasie, anosognosie, troubles de la vigilance en sont les principaux symptômes), AIC artère cérébrale antérieure (sémiologie frontale prédominante), AIC artère cérébrale postérieure (troubles visuels associés à des troubles du langage ou mnésiques).

### **1.3 Généralités sur l'AVC**

#### **1.3.1 Sensibilisation et prévention**

« L'AVC est un enjeu de santé publique » (HAS, 2022, p. 14). La Haute Autorité de Santé a mis en ligne les recommandations de bonne pratique en 2010 dont l'un des objectifs est « d'identifier les éléments d'information du grand public pour le sensibiliser aux signes d'alerte et à l'urgence de la prise en charge » (HAS, 2010). Pour cela, des campagnes d'information sont proposées avec des messages-clés pour reconnaître les signes qui peuvent évoquer un AVC, identifier l'urgence de la situation, savoir qui appeler (en l'occurrence le SAMU (15), et connaître les différentes prises en charge et traitements. Les personnes à risque vasculaire sont également informées par leur

médecin traitant. De plus, les professionnels de santé ont accès à des formations spécifiques.

Les campagnes de prévention exposent les symptômes les plus courants lors d'un AVC : une sensation de faiblesse au niveau du visage, du bras ou de la jambe d'un côté du corps de façon soudaine. L'Organisation Mondiale de la Santé évoque également la confusion, des difficultés à s'exprimer, des troubles de la vision, de la marche et de l'équilibre ainsi que des céphalées.

La prévention est l'une des meilleures stratégies pour limiter le nombre de personnes atteintes par cette pathologie et ses conséquences. Elle se base sur le dépistage et le traitement des facteurs de risque. Dans son article, Christophe Bezanson (2016) décrit trois préventions.

La prévention primaire de l'AVC repose sur le dépistage et le traitement des facteurs de risques vasculaires : le niveau de la pression artérielle, l'excès de cholestérol, le diabète, l'obésité, la fibrillation auriculaire, le tabagisme, la consommation d'alcool excessive, la sédentarité et l'alimentation.

Certains facteurs de risque ne sont pas modifiables « tels que l'âge, le sexe (masculin), le poids à la naissance (inférieur à 2,5 kg) ou une histoire d'AVC dans la famille » (*Les facteurs de risque | Fondation pour la Recherche sur les AVC*, s. d.). Cependant, les facteurs médicaux et les facteurs liés au style de vie, énoncés précédemment, sont variables.

La prévention secondaire consiste à effectuer un bilan minutieux qui permet de trouver la cause de l'AVC, ainsi que les meilleurs traitements afin d'éviter la constitution ou la récurrence d'un infarctus cérébral ou de complications.

La prévention tertiaire est liée à la diminution des séquelles de l'AVC.

Il est important que le patient, dès lors que son état le permet, soit actif dans son soin et qu'il soit renseigné sur les facteurs de risque et les traitements (éducation thérapeutique). Afin de réduire les risques, le mode de vie doit être adapté avec par exemple l'arrêt du tabac, une meilleure alimentation ainsi que des exercices physiques réguliers. La pression artérielle est un élément à surveiller également.

La Haute Autorité de Santé préconise une rééducation précoce, intensive et multidisciplinaire dès la phase aiguë, c'est-à-dire durant le premier mois. Ensuite vient phase subaiguë (de un à six mois) puis la phase chronique, qui, elle, correspond à six mois et plus après l'AVC.

### **1.3.2 Diagnostic et dépistage**

Le diagnostic doit se faire le plus précocement possible. Il est établi selon l'histoire de l'apparition, des examens effectués et l'absence de diagnostics différentiels. L'IRM, le Doppler transcrânien ou l'angiographie sont des techniques qui peuvent aider au diagnostic. L'IRM permet d'ailleurs d'écarter les possibles diagnostics différentiels.

L'admission des patients en unités neurovasculaires doit se faire très rapidement, puisque l'efficacité des traitements diminue avec le temps. Le patient doit être stabilisé, passer un bilan et être préparé aux traitements. De plus, ce sont des patients qu'il faut surveiller attentivement pendant les premières heures car l'AVC peut s'aggraver et la seule façon d'éviter l'extension des lésions est d'intervenir rapidement. D'ailleurs, une réduction de la mortalité a été observée entre 2008 et 2013 grâce à une meilleure « structuration de l'ensemble de la filière de prise en charge associée aux progrès thérapeutiques » (Mas & Leys, 2018, p. 4).

Environ 150000 personnes par an sont touchées par un AVC en France. Cette pathologie est une des premières causes de handicap acquis chez l'adulte, générant des séquelles chez environ 60% des patients touchés. Elle est également très onéreuse, puisque le coût est « estimé à 16686€ par patient durant la première année » (Mas & Leys, 2018, p. 5). De plus, selon les séquelles, le handicap peut entraîner des dépenses supplémentaires plus ou moins importantes à plus long terme.

Pour qu'il y ait une amélioration du pronostic des accidents vasculaires cérébraux, il faut donc que la prise en charge soit pensée de façon efficace, dans une filière spécialisée et structurée. C'est pourquoi la création d'unités neurovasculaires est importante ainsi que toute l'organisation qui en découle.

### **1.3.3 Les traitements**

L'objectif principal des traitements est de remettre en place le flux sanguin et d'éviter le plus possible de séquelles. Trois types de traitements ont été développés : médicamenteux, chirurgicaux et récemment endovasculaires, c'est-à-dire qui passent par les vaisseaux. Les traitements varient selon le type d'AVC.

Lorsqu'un patient a un accident ischémique constitué, différentes mesures peuvent être prises. Les mesures non-spécifiques « ont pour but de corriger tous les facteurs

pouvant aggraver les conséquences de l'ischémie cérébrale telles que l'hypoxie, l'hyperglycémie ou l'hyperthermie » (Cambier, 2012, p. 355). Des mesures spécifiques existent également, telles que :

- Le traitement thrombolytique, qui nécessite de respecter des directives très précises pour éviter l'aggravation de la situation et l'état du patient. Il est administré par voie intraveineuse dans un « délai inférieur ou égal à 4h30 » (Cambier, 2012, p. 356) à la suite du début des symptômes. Le produit injecté peut permettre de dissoudre le caillot de sang obstruant l'artère. Le délai de prise en charge médicale constitue donc un élément majeur dans le parcours de soin quant à l'accessibilité au traitement et par voie de conséquence sur le niveau de séquelles ultérieures.
- Le traitement antithrombotique, à base d'aspirine, permet de réduire le risque de décès ou de récurrence.
- Le traitement endovasculaire, effectué lorsque l'artère n'est pas totalement débouchée, consiste à « introduire un cathéter dans l'artère fémorale au niveau de l'aîne, puis à remonter dans l'aorte et les artères du cou afin d'atteindre l'artère cérébrale bouchée » (Boussier, 2016, p. 48).
- D'autres traitements peuvent être envisagés mais ils n'ont pas montré de bénéfice à être utilisés en urgence : « les traitements antiagrégant plaquettaire et anticoagulant sont souvent envisagés dans le traitement de la phase aiguë de l'AVC ischémique » (Uchino et al., 2009, p. 24).

Lors d'une hémorragie cérébrale, les traitements sont souvent par intervention chirurgicale, en fonction du type d'hémorragie et de la localisation. Pour éviter l'extension de l'hématome, le « facteur VII activé » (Uchino et al., 2009, p. 115), qui prévient la croissance hémorragique, peut être administré mais s'avère très coûteux et peut engendrer des complications thrombotiques « comme un AVC, un infarctus du myocarde, une embolie pulmonaire » (Uchino et al., 2009, p. 115).

Les thromboses veineuses cérébrales sont quant à elles généralement traitées par un anticoagulant, « l'héparine à posologie efficace » (Cambier, 2012, p. 384). Si cela ne fonctionne pas, un traitement par thrombolytique peut être envisagé.

#### **1.3.4 Les conséquences**

L'AVC peut laisser des séquelles, variables selon chaque patient, touchant différents plans, et donc différentes fonctions psychomotrices.

La motricité globale ou fine peut être atteinte de diverses façons. Le patient peut présenter des troubles de la marche, de l'équilibre, une hémiparésie (paralysie de l'hémicorps controlatéral), une hémiparésie (déficit de la force musculaire d'un côté du corps). Il peut également avoir des atteintes gestuelles telles l'apraxie (incapacité à l'exécution d'un mouvement vers un but, il en existe plusieurs types), les troubles de la dextérité manuelle, les troubles de la programmation motrice, de la coordination et du tonus.

L'aspect sensitif peut aussi être touché avec une hypoesthésie (perte de sensibilité), une paresthésie (fourmillements) ou des dysesthésies (diminution ou amplification de la sensibilité). Les patients peuvent avoir des douleurs neuropathiques telles que la douleur centrale post accident vasculaire cérébral (DCPA). Ce syndrome est « caractérisé par des douleurs constantes ou intermittentes dans une partie du corps, associé à des anomalies somatosensitives dans la partie douloureuse du corps, survenant comme une conséquence directe d'une lésion cérébrovasculaire » (Lompo et al., 2021). Ces douleurs interfèrent sur la qualité de vie du patient et peuvent entraîner d'autres problématiques comme la dépression, l'anxiété ou une diminution des interactions sociales. Elles ont également des impacts sur la fatigue.

Les séquelles concernent également le schéma corporel qui a une base neurologique. Ainsi à la suite d'une lésion, « des troubles (directement liés à la lésion cérébrale) et des perturbations (répercussions d'un trouble quelconque) » (Barrou & Sarraf, 2014) peuvent être repérés, remaniant alors le schéma corporel. Voici quelques exemples de troubles : L'autotopagnosie entraîne une incapacité à localiser les différentes parties du corps. La prosopagnosie, elle, est une difficulté à reconnaître les visages, que ce soit le sien ou celui des autres. L'asomatognosie réside quant à elle dans l'incapacité à reconnaître une partie de son corps. Citons aussi l'héminégligence spatiale qui correspond à la lenteur ou l'incapacité à porter son attention sur ce qui se passe du côté opposé à la lésion. Le syndrome de Gerstmann est une « tétrade clinique comportant une acalculie, une anomie digitale, une indistinction droite-gauche et une agraphie » (Ehrlé et al., 2012). Il existe par ailleurs des troubles de la structuration et de l'orientation du schéma corporel.

Le champ visuel peut aussi être impacté. Le patient peut avoir une hémianopsie latérale homonyme (atteinte de la vision du côté opposé à la lésion) ou une agnosie visuelle (incapacité à reconnaître ce qui est perçu comme des objets connus ou des visages).

De même, la sphère spatiale peut être affectée : on peut citer la négligence spatiale unilatérale qui rentre également dans l'item du schéma corporel, la perte de la mémoire topographique, les troubles de l'orientation spatiale.

Différents aspects du langage risquent également d'être touchés et ainsi entraîner des troubles du langage écrit et oral. Il existe plusieurs types d'aphasies qui sont des troubles de la communication en expression et/ou compréhension (aphasie de Broca, de Wernicke, transcorticale motrice, globale, sous-corticale, thalamique), des agraphies (trouble de l'expression écrite), des alexies (altération des capacités de lecture).

Des troubles cognitifs peuvent être présents tels que des troubles mnésiques (mémoire de travail, épisodique, sémantique, procédurale), des troubles attentionnels (distractibilité, difficultés de concentration, double tâche difficile), des troubles des fonctions exécutives (rigidité cognitive, précipitation, manque d'anticipation, de flexibilité, de planification, ...), des troubles des cognitions sociales et de l'anosognosie qui est un trouble neurologique où le patient ne se rend pas ou peu compte de sa pathologie, ce qui entraîne des difficultés dans les prises en charge par tendance à minimiser ses symptômes.

L'AVC peut aussi entraîner des troubles sphinctériens ou de l'incontinence peuvent apparaître. La mise en place de sondes (auto et hétéro sondages par exemple) pose la question de l'intimité et l'impact sur l'autonomie des patients au quotidien. Différents problèmes peuvent en découler, comme les infections urinaires mais également des troubles sexuels (troubles de l'érection ou de l'éjaculation, absence ou mauvaise qualité d'orgasme chez la femme, perte de la sensibilité, ...). Ces éléments ne doivent pas être négligés.

Toute la sphère émotionnelle, relationnelle mais aussi comportementale doit être abordée (identifier, reconnaître et favoriser la gestion des émotions), tout comme les impacts sociaux, professionnels, familiaux et financiers de cette pathologie qui arrive brusquement dans la vie de la personne. Le patient n'a plus le même statut, il doit reconstruire son identité avec les séquelles de son AVC et retrouver une place au sein de sa vie.

Des troubles thymiques existent également. Suite à ce qui leur est arrivé, les patients peuvent se retrouver isolés, dans des situations précaires sur le plan familial. La dépression en fait partie, c'est un trouble psychologique associée à une perte de l'élan

vital, à une augmentation des risques addictifs ou conduites à risque. L'angoisse liée au risque de récurrence constitue également un facteur important à évaluer.

La fatigabilité enfin est également une conséquence à ne pas sous-estimer dans ces pathologies. Elle a un retentissement sur la vie quotidienne des patients ainsi que sur leur rééducation. Elle n'est pas seulement physique mais également cognitive, entraînant des difficultés de concentration, de mémoire, d'attention notamment. Les troubles du sommeil sont fréquents et impactent l'humeur du patient. La fatigue s'améliore mais reste fluctuante. Les patients peuvent aussi présenter une apathie, c'est-à-dire un manque de motivation, d'initiative. De manière générale, la fatigabilité a un effet négatif sur le niveau d'intensité de la rééducation et les possibilités de progrès.

## **1.4 La prise en charge**

### **1.4.1 Dans son ensemble**

Dans son article, Christophe Bezanson (2016) évoque les axes principaux de la prise en charge de l'AVC : « garder le patient en vie, limiter les déficits immédiats, prévenir la récurrence, débiter la rééducation fonctionnelle, prendre en charge psychologiquement la détresse du patient et de ses proches ». Plus la prise en charge est rapide et plus les chances de récupération sont optimales.

La rééducation est commencée rapidement afin de favoriser la récupération la plus complète possible. Pour cela, les principaux objectifs sont la prévention des complications et la récupération des différentes fonctions telles que la marche, l'usage du membre supérieur, le langage. Il est également important de surveiller la déglutition, l'élimination, prévenir les escarres, avoir un appareillage adapté. Le patient doit se sentir soutenu face à ses angoisses dues à ses problématiques physiques et psychiques. Les différentes étapes sont la rééducation, la réadaptation et la réinsertion.

La rééducation va soutenir et renforcer la récupération inhérente au patient liée à la qualité de sa plasticité cérébrale. Cette dernière permet « l'amélioration spontanée des déficits moteurs et cognitifs observée dans les semaines qui suivent un accident vasculaire cérébral (AVC) » (Deroide et al., 2010) ; une réorganisation neuronale se met en place. La connaissance de ce phénomène a permis de développer de nouvelles techniques thérapeutiques.

### **1.4.2 En équipe pluridisciplinaire**

Un travail en équipe pluridisciplinaire, associé aux équipes hospitalières et extra-hospitalières est très important. La continuité de la rééducation reste primordiale pour un travail adapté aux besoins du patient. Plusieurs professionnels peuvent intervenir : kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, orthoptiste, psychologue, infirmier, aide-soignant, psychomotricien et autres soignants selon les nécessités du patient. Les synthèses pluridisciplinaires, les rédactions de mots de suite, les échanges entre les professionnels permettent de mieux se coordonner et de travailler en coopération avec des objectifs cohérents.

### **1.4.3 En psychomotricité**

Instaurer un suivi en psychomotricité est cohérent auprès de cette population, car il va intervenir sur la reconnaissance ou l'accompagnement des symptômes liés à l'AVC tels que les troubles de la motricité, de l'équilibre, des coordinations, des praxies, du schéma corporel et de l'image du corps, de la latéralité, de l'organisation spatio-temporelle, de la cognition et de la relation. Toutes ces fonctions psychomotrices vont pouvoir être travaillées notamment au sein d'un dispositif groupal.

### **1.4.4 À distance de l'accident vasculaire cérébral**

« La préoccupation constante et angoissante après tout AVC est celle de la récupération, dont on a vu à quel point elle était peu prévisible tant dans sa qualité que dans son évolution temporelle » (Boussier, 2016, p. 99). Après un accident vasculaire cérébral, la moitié des personnes peuvent avoir des séquelles neurologiques. Le patient sort de cette hospitalisation souvent « différent d'avant », les familles l'évoquent tout autant que la personne elle-même. La récupération spontanée peut se faire plus ou moins rapidement, selon la gravité des lésions et l'état des réseaux neuronaux. Ce processus de récupération spontanée est en lien avec la plasticité cérébrale qui est variable selon le patient et différents facteurs. C'est pourquoi, la rééducation à la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral est très importante et à ne pas négliger. Par la suite, une rééducation d'entretien doit parfois être nécessaire lors du retour à la maison ou dans la structure d'aval dans laquelle le patient va aller.

La reprise des différentes activités telles que le travail ou la conduite automobile est parfois complexe voire impossible et dépendante des séquelles. La reprise de l'activité

professionnelle va être discutée et si les problématiques rencontrées par le patient ne lui permettent pas de reprendre son travail, un aménagement de son poste voire une réorientation professionnelle pourra être discutée avec une équipe dédiée, dont une assistante sociale, en lien avec la médecine du travail, afin d'évaluer et faciliter les différentes démarches à effectuer. Il faut être attentif aux attentes, aux capacités et difficultés du patient, et éventuellement lui proposer de reprendre à temps partiel, dans un premier temps, afin qu'il se réhabitue aux contraintes et à la pénibilité de son poste en regard de son état de santé et de sa fatigabilité. Une dépression secondaire peut apparaître lorsque le patient se rend compte qu'il n'est plus en capacité de faire ce qu'il pouvait faire avant. Il faut alors qu'il soit accompagné.

« La reprise de la conduite automobile est un enjeu essentiel, à la fois au plan psychologique et en termes d'autonomie » (Bousser, 2016, p. 115). Le patient doit faire des démarches pour passer devant une commission médicale afin de pouvoir reconduire légalement. Parfois, des aménagements sont nécessaires au sein du véhicule.

Sur le plan de la vie personnelle et intime, la reprise de l'activité sexuelle est possible mais elle peut être gênée par de nombreux facteurs : « déficit moteur ou sensitif avec troubles de l'érection ou de l'éjaculation, absence ou mauvaise qualité d'orgasme chez la femme, diminution de la libido, sentiment de dévalorisation, réticences du partenaire » (Bousser, 2016, p. 116). C'est un sujet qui est encore peu évoqué dont il est important de discuter avec les patients s'ils le souhaitent afin qu'ils ne se retrouvent pas seuls face à leurs difficultés.

Le patient n'est pas le seul individu atteint par ces conséquences. En effet, les proches sont également touchés par les répercussions liées à la pathologie.

« L'AVC n'est pas uniquement une pathologie aiguë, c'est pour beaucoup de patients une affection avec des conséquences en terme de handicap » (Mas & Leys, 2018, p. 633).

## **2 Le groupe**

« Le groupe est un théâtre d'expression qui permet des jeux identificatoires très variés » (Potel Baranes, 2019c, p. 418).

## **2.1 Étymologie et définition**

« Le mot de groupe est un des plus confus de la langue française » (Anzieu & Martin, 2000, p. 19).

Le terme « groupe » est récent. Il provient d'un mot italien « *gropo* », défini comme une « technique des beaux-arts, désignant plusieurs individus, peints ou sculptés, formant un sujet » (Anzieu & Martin, 2000, p. 17). Molière écrit le mot *groupe* pour la première fois dans une de ses œuvres littéraires. À partir de ce moment-là, il est utilisé dans le langage courant désignant « un assemblage d'éléments, une catégorie d'êtres ou d'objets » (Anzieu & Martin, 2000, p. 17). Ce n'est qu'au milieu du XVIII<sup>ème</sup> siècle que ce terme désigne une réunion d'individus. Il n'existait pas de terme auparavant pour exprimer un ensemble restreint de personnes ayant les mêmes buts.

« L'étymologie nous fournit ainsi deux lignes de force que nous retrouvons tout au long de la réflexion sur les groupes, le *nœud* et le *rond* » (Anzieu & Martin, 2000, p. 18). Le premier mot correspond à la cohésion des membres et le deuxième à l'image du cercle de personnes.

Dans le dictionnaire, la définition de groupe correspond à un « ensemble distinct de choses ou d'êtres de même nature, réunis dans un même endroit » (Larousse, 2005, p. 528). Cet ouvrage évoque l'effet de groupe qui désigne un « ensemble de modifications morphologiques, éthologiques, etc., que provoque la proximité de plusieurs individus de la même espèce dans un espace restreint » (Larousse, 2005, p. 528). Ainsi, les notions de réunion dans un même lieu et les relations entre chacun sont présentes dans ces définitions.

## **2.2 Concept du groupe**

Selon Anzieu et Martin (2000), un groupe se constitue à partir de trois individus. Personne ne reste isolé des autres. « Le groupe commence avec la présence d'un tiers dans une paire et avec les phénomènes consécutifs de coalition, de rejet, de majorité, de minorité. Les phénomènes de groupe ne se manifestent pleinement qu'à partir de quatre membres ».

D'après ces auteurs, l'usage scientifique du vocabulaire *groupe* devrait être utilisé lorsque les personnes se réunissent parce qu'elles le souhaitent et le peuvent.

Ils divisent les groupes en catégories distinctes :

- La foule est un rassemblement de nombreuses personnes sans que ce soit voulu pour satisfaire leur propre motivation personnelle.
- La bande est une réunion volontaire d'un nombre limité de personnes pour le plaisir d'être ensemble avec des choses en commun.
- Le groupement est une rencontre de personnes qui se réunissent à intervalle de temps régulier avec un intérêt commun. Une association en est un exemple.
- Le groupe primaire ou le groupe restreint, comme son nom l'indique, est un groupe avec peu de membres et avec des buts communs, des relations affectives, une forte solidarité, des rôles différents pour chacun et un langage propre au groupe. Toutes les caractéristiques n'ont pas forcément besoin d'être réunies.
- Le groupe secondaire ou organisation est un ensemble de personnes présentes dans une institution au sein de la société et ayant des relations impersonnelles. Par exemple, l'hôpital est un groupe secondaire.

Cependant, ces catégories ne doivent pas « masquer l'existence de phénomènes groupaux communs » (Anzieu & Martin, 2000, p. 43). L'apparition d'un meneur, l'identification de chaque membre aux autres et l'acceptation inconsciente des représentations sociales en font partie.

### **2.3 Fondements du groupe thérapeutique**

Au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, la psychologie des groupes apparaît. Elle s'est créée autour de l'hypothèse reposant sur le fait que le groupe fait partie de la réalité psychosociale et qu'il existe des règles spécifiques.

Moreno est le premier à utiliser le terme de psychothérapie de groupe dans l'un de ses écrits. « Pour Moreno, c'est le seul cadre qui permet d'appréhender l'homme dans toute sa complexité : biologique, psychologique, sociale et culturelle » (Marc & Bonnal, 2014, p. 12).

Le psychodrame est sa méthode la plus connue. Cette dernière est construite autour de l'action qui permet de s'exprimer et d'entrer en relation. Les personnes font revivre des actions de la vie quotidienne au sein du groupe en y amenant leur vie extérieure. Le concept de rôle est exploré dans sa dimension sociale et personnelle dans les différentes situations qui posent problème au patient.

Il théorise également les phénomènes de groupe qu'il va nommer la sociométrie. Il la décompose en deux niveaux : le conscient (ce qui est observable) et l'inconscient

(relations entre les différents individus). Cette théorie s'articule autour des liens et des relations qui se développent entre les différents individus (sympathie, antipathie, indifférence). L'objectif de Moreno est de créer une cohésion de groupe. Ses travaux constituent un héritage important et d'autres professionnels vont continuer à y apporter de nouvelles théories.

Ainsi, Kurt Lewin est un psychologue du XX<sup>ème</sup> siècle connu pour sa théorie de la dynamique des groupes. Avant cela, il crée un concept fondamental : le champ. Il émet l'hypothèse que « pour comprendre un phénomène, il faut prendre en compte tous les facteurs qui le constituent et leurs interrelations dynamiques » (Marc & Bonnal, 2014, p. 17). C'est un système dynamique qui prend en compte les besoins, les forces et les tensions au moment présent.

Lewin met en exergue l'importance d'être dans un groupe. Il commence un travail pour théoriser le groupe qu'il considère comme un « organisme psychologique global » (Marc & Bonnal, 2014, p. 18). Pour ce psychologue, la cohésion (forces permettant de maintenir un ensemble) et le pouvoir (*leadership*) sont des fonctions primordiales des groupes. Il faut qu'un équilibre entre les forces de résistance et de changements apparaisse. Au cours de ses expériences, il découvre alors que le groupe peut avoir un grand impact sur le changement. Ainsi, il théorise la dynamique de groupe qu'il va faire appliquer dans les formations en la faisant expérimenter et en analysant les processus en jeu (le training-group).

Parallèlement, en Angleterre, des psychiatres vont s'appuyer sur les travaux de Lewin. Parmi eux se trouve Foulkes qui va s'aider de la psychanalyse pour faire évoluer sa théorie. Il met en avant ce qui se passe inconsciemment dans les interactions avec une personnification des différents membres. Les conflits qui s'extériorisent sont traités grâce à la communication au sein du groupe. Foulkes a également collaboré avec Bion. Ce psychiatre évoque deux niveaux dans le comportement du groupe : un premier niveau conscient et rationnel en lien avec un second niveau affectif et fantasmatique qui circule entre les participants. Il « décrit trois présupposés de base auxquels un groupe se soumet alternativement sans les reconnaître » (Anzieu & Martin, 2000, p. 115) :

- Dépendance : les personnes présentes se reposent sur un leader et sont dépendantes de cet individu qui prend les responsabilités.
- Combat-fuite : c'est un signe de solidarité, les participants vont soit fuir soit combattre ensemble face au danger.
- Couplage : des sous-groupes peuvent apparaître au sein du groupe même.

Ces modes défensifs collectifs permettent de faire face aux angoisses qui surviennent dans ces situations de groupe.

Certains psychanalystes français vont ensuite s'intéresser aux théories sur le groupe sous l'influence de ces différents auteurs. Anzieu va jouer un rôle très important. Il s'interroge sur les processus inconscients et la dimension imaginaire et fantasmatique présents dans ces groupes. Ce lieu de rassemblement peut créer une image de miroir qui renvoie sa propre image à la personne, mais de façon morcelée, ce qui peut expliquer les angoisses archaïques et les mouvements de régression. Quand cette situation est dépassée, le groupe devient un espace protecteur et ainsi « suscite souvent un phénomène d'« illusion groupale » (Marc & Bonnal, 2014, p. 25). Rouchy évoque d'ailleurs le groupe comme un espace transitionnel dans lequel « l'inconscient lie de façon indissoluble l'individuel, le groupal et le social » (Marc & Bonnal, 2014, p. 27).

Ces différents courants montrent donc des convergences et des divergences et ont suscité des débats entre thérapeute. Cependant, de nombreux points communs se retrouvent. Pour commencer, « le groupe est une entité spécifique » (Marc & Bonnal, 2014, p. 32), permettant la construction de l'individualité et donc un travail sur les changements personnels. Il aide également dans les relations, la communication et les interactions sur lequel le thérapeute peut intervenir. Les séances s'articulent sur ce qui se passe dans le présent en sachant que c'est en lien avec le passé. La thérapie s'ouvre alors plus sur l'action, l'expression corporelle, avec une amplification de ce qui peut se passer dans le quotidien afin de créer une résonance, qui est une base de la dynamique de groupe. Cette dernière aide à l'évolution et donc au changement. La diversité des points de vue apportés permet ainsi de faire évoluer la théorie tout en gardant certaines visions communes.

## **2.4 La structure du groupe**

L'indication en thérapie groupale peut concerner un grand nombre de patients, il n'y a pas de sélection particulière. En revanche, le patient peut évoquer son envie d'aller en groupe ou au contraire sa réticence. Il est le plus à même de savoir si cette forme de thérapie lui convient. Les participants peuvent présenter des pathologies variées, excepté si le groupe est spécifiquement dédié à un certain type de patients (notion de groupe homogène ou hétérogène).

Au sein de tout groupe apparaissent des régularités (comportements autorisés, attendus, ...). « Cette structure de groupe se constitue via un double et paradoxal mouvement : un mouvement d'intégration des membres à un même ensemble et un mouvement de différenciation entre les membres » (Oberlé, 2015, p. 31). Les individus d'un groupe ont l'impression de faire partie d'un même ensemble dans lequel des règles et des valeurs doivent être respectées : c'est ce que l'auteur appelle l'intégration. Ce qui est nommé différenciation représente les différents statuts et rôle de chacun.

#### **2.4.1 Le cadre**

Le cadre groupal structure le groupe. Il a une dimension matérielle et objectivable mais également symbolique et subjective. « Il sert de base stable, dont les caractéristiques sont connues et reconnues par tous, qui peut contenir et soutenir les processus propres au travail thérapeutique » (Marc & Bonnal, 2014, p. 36). Cet élément est imposé à tous. Ce cadre est conscient et inconscient et sa signification reste propre à chacun. La relation qu'entretient le thérapeute avec celui-ci est très importante et à remettre en question afin de savoir pourquoi telle ou telle chose est faite : « le cadre remplit certaines fonctions essentielles au bon déroulement du travail thérapeutique » (Marc & Bonnal, 2014, p. 36).

#### **2.4.2 Les fonctions de ce cadre**

Différentes fonctions existent « pour faire du cadre groupal un espace de sécurité, de contenance, de créativité et de liberté » (Marc & Bonnal, 2014, p. 38).

Les auteurs évoquent la fonction de sécurisation permettant un environnement stable, rassurant afin que le patient puisse explorer avec les autres et s'engager dans les séances.

La fonction de soutenance et de contenance est également très importante et fait écho au *holding* et *handling* du psychanalyste Winnicott. L'enfant fait face à ses angoisses et peut se développer grâce aux soins apportés par sa figure maternelle. Au sein du groupe, une solidarité se crée entre les individus et lorsque des difficultés apparaissent, un soutien est apporté.

La fonction de délimitation, elle, sépare « l'espace thérapeutique de l'espace social quotidien » (Marc & Bonnal, 2014, p. 37). Ce lieu donne place à plus de liberté dans l'expérimentation. Il favorise la créativité et le jeu ainsi que la symbolisation afin de créer une place entre imaginaire et réel. C'est ce que Winnicott appelle une aire transitionnelle.

Enfin, il y a également la fonction de régulation. Des règles sont posées, elles sont garantes du cadre mais permettent aussi d'explorer sans passage à l'acte.

### **2.4.3 Les règles au sein de ce cadre**

Ces règles sont fondamentales et proches de celles présentes dans les séances individuelles.

Il y a en premier lieu la règle de libre expression. Les patients peuvent dire ce qu'ils pensent et ressentent. En revanche, dans le groupe, il peut être plus difficile de s'exprimer au vu du nombre de participants et une alternance est souvent mise en place.

Ensuite, l'engagement dans les séances, la ponctualité et la présence sont primordiaux.

La confidentialité est préconisée également. Elle concerne tous les membres et tout le monde doit la respecter. En revanche, la « règle de la restitution » (Marc & Bonnal, 2014, p. 39) peut être amenée afin que ce qui a été discuté en dehors du groupe puisse être rapporté, et éviter les non-dits ou d'autres communications en parallèle.

La règle du passage à l'acte doit être abordée aussi. La symbolisation est possible afin de détourner la violence par exemple.

Il est également évoqué la règle d'abstinence, qui invite le thérapeute à s'abstenir de tisser des relations en dehors du groupe. Il garde alors la délimitation entre ce qui passe à l'intérieur et à l'extérieur. « Il s'agit là encore de préserver la spécificité du cadre et de respecter la délimitation qu'il instaure entre l'intérieur et l'extérieur » (Marc & Bonnal, 2014, p. 40).

Le principe de centration sur le présent est également important pour avoir le ressenti de chacun sur le moment de la séance, et ce qui se passe ici et maintenant.

Il existe aussi un principe sur la responsabilité de soi. La personne travaille pour éviter d'entraver les changements qui peuvent survenir. Le patient est le seul à pouvoir décider des changements, le groupe est ici pour l'aider et le soutenir.

Ces règles sont souvent intégrées aux thérapies de groupe en général avec plus ou moins de variantes. L'objectif est de favoriser les comportements qui aident le travail thérapeutique. Le thérapeute peut exposer des principes qui sont des encouragements à avoir une attitude favorable au bon déroulement des relations entre chaque individu : communication, honnêteté par exemple.

#### **2.4.4 Les modalités du cadre**

« Toutes ces formes de thérapie groupale revêtent des modalités spécifiques, propres aux objectifs et aux caractéristiques de chacune » (Marc & Bonnal, 2014, p. 35). Selon ces auteurs, certaines variations proviennent des facteurs spatio-temporels. Ils distinguent alors les groupes ponctuels qui durent dans une période limitée et les groupes continus qui se réunissent régulièrement. Actuellement, les thérapies sont plus axées sur « la continuité et la stabilité du cadre » (Marc & Bonnal, 2014, p. 43).

Deux types de groupes sont également à distinguer : les groupes fermés, où les mêmes participants sont présents pendant la durée de la thérapie, et les groupes ouverts, où certains patients partent et d'autres arrivent. Une autre distinction consiste à différencier la psychothérapie de groupe et la psychothérapie en groupe. La première concerne un travail qui s'appuie sur « la vie spontanée du groupe » (Marc & Bonnal, 2014, p. 43), c'est-à-dire les interactions qui se déposent dans le groupe. Le thérapeute accompagne la communication, la compréhension et facilite l'analyse de ce qui est vécu. La deuxième psychothérapie repose plus sur un travail individuel face au thérapeute, avec un retour du groupe par la suite.

#### **2.4.5 Support au processus thérapeutique**

« Plusieurs niveaux sont présents et peuvent ouvrir des champs différents au processus thérapeutique » (Marc & Bonnal, 2014, p. 44).

Tout d'abord, il y a le « niveau intrapsychique » qui correspond au vécu de chacun puisque le travail reste basé sur les problématiques apportées dans le groupe.

Ensuite, « le niveau relationnel et interactionnel » permet l'observation de ce qui est joué dans les séances au niveau des relations et de la communication, notamment dans les conflits et les mouvements transférentiels.

Et enfin, le « niveau groupal » correspond aux différentes places que chaque individu occupe et le rôle qu'il prend.

Ces différents points évoqués interagissent ensemble et créent un support au travail thérapeutique.

### **2.5 La place du thérapeute dans ce dispositif**

Le thérapeute peut avoir différentes positions. Il peut être dans la directivité, c'est-à-dire accompagner ce qui est proposé et faire des propositions selon les observations,

ou se situer dans la non-directivité et ainsi laisser davantage de place à ce que suggèrent les membres. Nous pouvons également parler d'activité, c'est-à-dire mettre en acte des situations par exemple, au contraire de non-activité qui est plutôt du côté de l'observation et de l'analyse en restant discret. Le thérapeute pourra être plus ou moins dans l'interprétation de ce qui est amené ou au contraire dans une co-construction.

Le professionnel présente par ailleurs un rôle de communication à la fois dans ses paroles, ses postures et ses mouvements. Il aide à soutenir les patients, permet leur rencontre et facilite l'exploration. Ses interventions visent généralement le groupe en lui-même mais également une personne en particulier. Ainsi, il fait attention à chacun personnellement et à la dynamique du groupe. Marc et Bonnal (2014) évoquent plusieurs interventions : l'écoute empathique stimulée par le groupe ; l'exploration qui favorise la perception du vécu, des émotions de chaque membre en aidant à approfondir ces dernières ; la métacommunication qui permet la compréhension des paroles, des gestes et « d'échanger sur la façon dont chacun entre en relation et se positionne par rapport aux autres » (Marc & Bonnal, 2014, p. 62) ; le soutien qui est présent chez le thérapeute mais aussi chez les autres patients ; pour finir la confrontation qui peut renvoyer à la personne son attitude et ses comportements. Cette dernière est souvent plus acceptée lorsqu'elle provient des autres participants.

Diverses aptitudes sont importantes chez un thérapeute et le positionnement lié au dispositif groupal ne doit pas être négligé. Pouvoir contenir les angoisses, assurer un espace sécurisant et être assez soutenant pour un groupe est primordial, mais il faut aussi accompagner les différentes personnalités de chacun ainsi que les émotions exprimées. Les auteurs évoquent même « l'humour qui permet à la fois d'humaniser le thérapeute et de dédramatiser une situation » (Marc & Bonnal, 2014, p. 65).

La posture du thérapeute est ainsi importante dans le travail effectué au sein du dispositif groupal. Il assure une « autorité bienveillante et sécurisante » (Potel Baranes, 2019c, p. 427) permettant ainsi l'intégration du cadre, des limites, de la sécurité et le meilleur déroulement possible des séances.

## ***2.6 La psychomotricité en groupe***

« La psychomotricité offre des possibilités de mise en jeu relationnel et d'espace transitionnel formidablement intéressantes et créatives » (Potel Baranes, 2019c, p. 416).

Il existe de nombreux groupes en psychomotricité avec des objectifs et des thématiques différents. Les projets se font autour des patients accueillis et de la réflexion des thérapeutes. Ce sont des lieux où les individus peuvent mettre leur corps en mouvement afin d'exprimer ce qu'ils ressentent. C'est un espace où le jeu est souvent mis à profit comme une aire transitionnelle entre soi et les autres. Les différents membres vont essayer de trouver leur place tout en mettant en avant leur propre créativité. Les échanges pourront être autant verbaux que corporels. « C'est au travers des échanges qui naissent dans le jeu commun, partagé, que le travail thérapeutique va se faire » (Potel Baranes, 2019c, p. 417). Les difficultés de chacun vont avoir une résonance entraînant des réponses corporelles et verbales de la part des autres membres du groupe. Catherine Potel (2019c) nomme ce concept la « réverbération » du comportement ayant une action thérapeutique. L'objectif est de leur « proposer un espace transitionnel, un espace de transformation, d'échanges et d'altérité » (Potel Baranes, 2019c, p. 421).

Ainsi, le groupe en psychomotricité apporte un espace d'écoute et d'expression corporelle. La prise en compte des interactions entre les sphères psychologiques, neurologiques, motrices, relationnelles et émotionnelles, c'est-à-dire le fondement de la thérapie psychomotrice, donne un cadre thérapeutique bénéfique à nos patients.

Après avoir explicité les bases théoriques sur lesquelles je peux m'appuyer, je vais maintenant développer les observations et les hypothèses cliniques découlant de la réalisation de mon stage.

# **PARTIE CLINIQUE**

# PARTIE CLINIQUE

## **1 Fonctionnement de l'institution**

J'effectue mon stage annuel dans un hôpital au sein d'un service de médecine physique et de réadaptation accueillant des patients adultes, présentant un handicap d'origine neurologique. Différentes hospitalisations y sont possibles : hospitalisation complète, de semaine (le patient est hospitalisé pendant quelques semaines mais rentre chez lui tous les week-end) ou de jour (le patient ne vient que quelques jours dans la semaine et il rentre chez lui à la fin de la journée). L'hôpital compte environ 200 lits d'hospitalisation et places d'hôpital de jour, et plus de 370 employés.

Des patients porteurs de différentes pathologies y sont accueillis : atteintes neurodégénératives (par exemple, sclérose en plaques), suites de cancer, atteintes centrales (AVC, atteintes médullaires entraînant paraplégie ou tétraplégie), atteintes périphériques (neuropathies). Cet hôpital abrite des équipements techniques de rééducation dont une balnéothérapie, un grand gymnase, plusieurs salles de psychomotricité et un laboratoire d'analyse du mouvement.

Plusieurs types de rééducations y sont proposés, dont la masso-kinésithérapie, l'activité physique adaptée, l'ergothérapie, l'orthophonie et la psychomotricité. L'autonomisation est la partie centrale du projet de soin du patient et reste ainsi transversale dans les différentes séances de rééducation qu'il réalise. La rééducation psychomotrice est possible en individuel sur prescription d'un médecin mais également en groupe selon les besoins du patient.

## **2 Présentation du groupe post-AVC**

### ***2.1 Le groupe au sein de l'hôpital***

Le groupe post-AVC en psychomotricité, qui fera l'objet de cet écrit, s'inscrit dans un programme de rééducation intensive préconisé à la suite d'un AVC. La rééducation intensive a été étudiée et montre réel un potentiel dans le rétablissement des patients.

Elle implique la répétition et l'apprentissage quotidien. Ce programme dédié est réalisé durant six semaines, mis en place de façon précoce et spécifiquement aux besoins de chaque patient. Différents objectifs généraux ont été réfléchis : solliciter la plasticité cérébrale et les capacités du cerveau à se réorganiser et à réapprendre ; acquérir de l'autonomie en évitant la compensation ; apprendre à transférer ses acquis dans la vie quotidienne ; préparer le retour à domicile ; comprendre la maladie et ses traitements en participant avec sa famille à des ateliers d'éducation thérapeutique. L'entrée dans ce programme se fait sur décision médicale. Les patients participent à des séances individuelles et groupales selon les types de rééducation. Tout au long de ces prises en charge, des évaluations ont lieu afin d'observer l'évolution des patients et de s'adapter à leurs besoins.

## ***2.2 Fonctionnement du groupe en psychomotricité***

Le groupe post-AVC est un groupe ouvert selon les arrivées et départs des patients qui restent le temps de leur rééducation, lors d'une hospitalisation complète. Un va et vient est présent, quand un patient quitte le groupe, un autre l'intègre. Cependant, le groupe reste relativement stable pendant quelques semaines avec des patients qui restent ensemble de façon concomitante sur presque toute la durée de leur prise en charge. Depuis que je suis arrivée, le nombre de patients par groupe varie entre deux et quatre.

Les psychomotriciens reçoivent une prescription médicale puis décident, à la suite du bilan, s'ils orientent le patient dans un groupe. Si ses symptômes ne sont pas en adéquation avec les objectifs d'un des groupes, il peut lui être proposé des séances en individuel. Néanmoins, ce sont des cas plutôt rares. Au sein de ce programme, la prise en charge individuelle est très peu développée.

Il existe plusieurs groupes post-AVC en psychomotricité : un groupe « marchants », un groupe « non-marchants » et un groupe avec des patients présentant plutôt des atteintes cognitives. C'est ce dernier groupe que je vais vous présenter, intitulé « groupe post-AVC ».

Je participe à ce groupe encadré par deux psychomotriciennes durant la journée du mardi. Lors de ces séances, je propose parfois des activités. En mon absence, une deuxième séance a lieu le vendredi.

Chaque patient a ses propres objectifs mis en place à la suite du bilan. Cependant, des axes thérapeutiques plus globaux ont également été pensés pour ce groupe de psychomotricité : la réappropriation corporelle (schéma corporel, image du corps ...), la stimulation cognitive à travers des propositions corporelles, l'exploration spatio-temporelle, la stimulation sensori-motrice, la régulation tonico-émotionnelle et l'amélioration de l'état thymique. Lors de son arrivée dans le groupe, les axes principaux de travail sont évoqués avec chaque nouveau patient, mais les objectifs propres à chacun ne sont pas révélés à tous.

La séance est toujours structurée de la même façon. À l'heure du début de la prise en charge, les patients nous attendent devant le bureau. Cependant, après un certain temps d'appropriation des lieux et horaires, ceux qui se repèrent bien dans l'hôpital nous attendent directement devant la salle. Nous y entrons et nous disposons les chaises en cercle. En début de séance, les psychomotriciennes demandent aux patients s'ils se souviennent de nos prénoms et s'ils peuvent expliquer la séance précédente. Vient ensuite « l'état du moment ». Chacun ferme les yeux et essaye de se concentrer sur ses sensations pour trouver un mot qui correspond à ce qu'ils peuvent ressentir dans leur corps. Puis, la première personne qui le souhaite dit son mot à voix haute, la personne à côté d'elle continue avec son propre mot et ainsi de suite jusqu'au dernier. Un seul mot exprimé est demandé, mais si le patient souhaite le développer, la discussion est ouverte. Cet instant permet de recentrer le patient sur ce qu'il ressent au moment présent et d'essayer de se concentrer sur le groupe. Ces mots permettent aussi de voir si le patient dit toujours la même chose à chaque séance, s'il reprend des mots utilisés par d'autres personnes ou si son expressivité évolue.

Après ce rituel, commence la mise en mouvement. Plusieurs échauffements peuvent être mis en place, toujours en cercle. Le réveil corporel peut prendre différentes formes : frictions sur l'ensemble du corps, mobilisations actives des différentes zones. Les patients peuvent être acteurs de cette partie en proposant également ce qu'ils veulent faire.

A la suite de ce temps, nous commençons différents jeux, de durée et nombre variables. Dans ces activités, les règles sont liées aux objectifs et adaptées en fonction des patients si nécessaire.

Pour finir la séance, nous revenons en cercle et nous prenons un temps d'échange sur les ressentis de chacun par rapport à ce qui a été proposé. Puis, nous

revenons à l'état du moment afin de voir s'il y a eu un changement. Lorsque tout le monde a fini de verbaliser son ressenti, nous nous disons au revoir, nous rangeons les chaises puis nous sortons. Selon les jours, soit les patients descendent tous ensemble par l'escalier ou par l'ascenseur, soit séparément selon les envies de chacun, et en fonction des séances de rééducations qu'ils ont par la suite.

C'est au sein de ce dispositif groupal que j'ai rencontré deux patients que je souhaite vous présenter.

### **3 Mr Aph au sein du groupe en psychomotricité**

#### ***3.1 La première rencontre***

Le premier jour de stage de cette nouvelle année, après Noël, je rencontre un nouveau groupe. Au cours des dernières semaines, un changement avait eu lieu : les anciens patients avaient fini leur rééducation et de nouveaux étaient arrivés. C'est dans ce contexte là que je rencontre Mr Aph.

Lorsque les psychomotriciennes et moi-même sortons du bureau pour commencer la séance de groupe, nous découvrons dans le couloir deux patients qui nous attendent. Je les rencontre alors pour la première fois, l'un deux étant donc Mr Aph. C'est également la première fois qu'il participe à ce nouveau groupe. Je découvre un patient avec un langage très lent et qui montre des difficultés à trouver ses mots. Il est grand, brun avec les cheveux courts et porte des lunettes. Malgré sa stature physique imposante, j'ai été frappée par la douceur de son visage. Ses séquelles langagières ont fait apparaître un accent qui renforce cette image de calme et de douceur qu'il renvoie.

Après les salutations de base, nous sommes montés à l'étage pour accéder à la salle.

Avant de commencer à exposer le déroulement des différentes séances, je vais tout d'abord vous présenter plus en détails des éléments d'anamnèse et du parcours médical de Mr Aph, en provenance de son dossier.

#### ***3.2 Éléments de vie***

Mr Aph est né en 1977, il est donc âgé de 45 ans. Il est marié et père de deux garçons de 15 et 17 ans. Il travaille en tant que conseiller bancaire. Il présente des antécédents

d'obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) de 33, il se trouvait ainsi en obésité de classe 1 avant son AVC. Il fume deux cigarettes par jour. Il apprécie les sports d'équipe, la course à pied, la lecture et la musique ainsi que les promenades en famille.

### **3.3 Son AVC et sa rééducation**

Le 19 décembre 2022, Mr Aph est victime d'un AVC ischémique sylvien gauche sur occlusion distale M2, c'est-à-dire, l'obstruction de l'artère cérébrale moyenne. Il est traité par thrombolyse intraveineuse. La symptomatologie initiale associait troubles sensitivo-moteurs, visuels et langagiers, à savoir hémiplégie droite, hémianopsie latérale homonyme droite, et aphasie mutique. Il a été pris en charge dans une unité neurovasculaire hospitalière. Le bilan étiologique a conclu à une probable cause cardio-embolique. Durant ce premier séjour de trois jours en neurologie, une évolution s'est faite vers une récupération partielle.

Mr Aph a ensuite été transféré dans une unité post-AVC afin d'intégrer un programme de rééducation post-AVC précoce et intensive, le 22 décembre 2022, au sein de l'hôpital où j'effectue mon stage. À l'admission, il est vigilant, orienté, adapté et cohérent, atteint de troubles cognitifs légers. De faibles troubles exécutifs et attentionnels sont également visibles. Il est noté dans son dossier présenter une aphasie d'expression orale non fluente avec un manque du mot. La compréhension orale est relativement préservée ainsi que l'écriture pour des énoncés simples. La main droite présente une minime parésie avec un léger manque de force et de dextérité sans autre déficit moteur. Un examen a mis en exergue une légère paralysie faciale centrale droite sans autre anomalie. Aucun trouble de la marche ou de l'équilibre n'est repéré.

Sur le plan thymique, Mr Aph est resté stable mais avec une image du corps et de soi fragilisée par les séquelles actuelles. Un haut niveau d'exigence est présent chez ce patient avec une envie de réussir rapidement. Il a besoin d'être stimulé et revalorisé dans ses capacités.

Il est pris en charge pour une rééducation d'une hémiparésie et d'une aphasie mixte sévère non fluente. Les objectifs médicaux et rééducatifs sont le retour d'une motricité antérieure du membre supérieur droit, la prise en charge de l'aphasie et de la dysarthrie et les déplacements extérieurs en autonomie.

Pour cela, il est suivi en orthophonie, en ergothérapie, en psychomotricité, en activité physique adaptée et par une diététicienne.

### **3.4 Bilan en psychomotricité**

Un bilan en psychomotricité lui est proposé le 30 décembre 2022 dans le cadre de l'admission au programme post-AVC. J'ai pu accéder au compte-rendu de ce bilan : en conclusion, il est noté que Mr Aph présente des capacités psychomotrices préservées, avec un schéma corporel bien intégré, de bonnes capacités d'organisation corporelle et de coordination, des capacités d'équilibration conservées et une régulation tonique harmonieuse. Cependant, il présente un manque de dextérité et de force dans la main droite dominante. Au niveau de son image du corps, le dessin du bonhomme est fait en petit sur la feuille, et prend très peu de place. Il dit ne pas reconnaître son corps dans son fonctionnement, notamment dans l'usage de la parole. Accepter cela lui reste très difficile. L'image du corps est très fragilisée par les séquelles actuelles.

Au niveau comportemental, Mr Aph se montre volontaire et investi tout au long du bilan. On ne note pas de trouble cognitif marqué. Les difficultés principales de Mr Aph correspondent à des troubles phasiques, qui sont déjà en bonne voie d'amélioration depuis son AVC, survenu onze jours auparavant.

Après ce bilan, il lui est proposé une prise en charge au sein du groupe de psychomotricité post-AVC afin de le stimuler sur le plan du langage, de le revaloriser dans ses capacités et de l'accompagner dans les remaniements de son image corporelle avec un travail sur l'estime de soi.

### **3.5 Les séances**

Les séances en groupe de psychomotricité du programme post-AVC auxquelles j'assiste ont une structure similaire à chaque fois : état du moment, réveil corporel, jeux et état du moment final. Cette rythmicité est pertinente pour les repères des patients. Ainsi, en début de séance, ils peuvent être questionnés sur la première chose que nous faisons habituellement.

Le groupe dans lequel Mr Aph évolue est composé de trois patients, ils sont deux hommes et une femme, deux psychomotriciennes et moi-même, la stagiaire.

#### **3.5.1 La première séance**

Lors de sa première séance, Mr Aph utilise le mot "zen" pour décrire son premier état du moment. À la suite du réveil corporel, nous faisons des passes de ballons en variant le poids et la forme des balles et en limitant l'usage des mains (manipulation à une

seule main ou les deux). Il est effectivement important de demander aux patients d'utiliser le bras hémiparalysé pour favoriser la réintroduction du mouvement dans les exercices de rééducation. J'ai pu observer que Mr Aph a spontanément recours à son bras gauche, parfois au détriment du droit dominant. Les limitations de son membre supérieur droit sont visibles lorsqu'il l'utilise : il doit faire preuve d'une grande concentration, présente des gestes moins précis et une force plus faible qu'à gauche. Cependant, il montre un bon engagement corporel global. L'ensemble des patients s'investit dans le jeu avec chacun leurs difficultés. Malgré son aphasie, Mr Aph prend le temps de trouver les mots adaptés à ce qu'il souhaite formuler. Il semble très observateur et attentif, et manifeste un bon investissement des différentes propositions. Il échange à de nombreuses reprises avec le deuxième nouveau patient du groupe créant une atmosphère propice à la mise en mouvement. La troisième patiente reste un peu en retrait, due à une fatigabilité importante ce jour-là. A la fin de la séance, Mr Aph se sent plus réveillé.

### **3.5.2 Activités motrices et cognitives collectives**

Lors du début de la séance suivante, il se dit « motivé comme jamais ». Ces mots sont adéquats avec son comportement énergétique. Après un réveil corporel avec des frictions sur l'ensemble du corps, nous avons fait une activité motrice intégrant des sacs lestés. Le but était de les lancer dans un cerceau disposé au centre du cercle formé par les participants, d'abord avec les yeux ouverts puis les yeux fermés. Mr Aph se montre performant, il arrive à viser dans les deux cas et le geste semble automatisé les yeux fermés. Au niveau de la main droite, il montre plus de concentration mais arrive à l'orienter et mettre la force suffisante pour que le petit sac arrive dans le cerceau. Une certaine recherche de performance est présente. Un sentiment de fierté peut se lire sur les visages des patients lorsque le sac arrive dans le cerceau et ils prennent de l'assurance quand ils y arrivent à plusieurs reprises. Proposer des activités où tous les patients réussissent favorise la confiance en soi.

Nous passons ensuite à un autre jeu. Plusieurs objets circulent dans le cercle et lorsque je nomme une couleur, la consigne associée doit être effectuée. Par exemple, lorsque je dis « rouge », il y a changement de sens de circulation et à « bleu », tout le monde s'arrête. Mr Aph est le plus observateur et à l'écoute des consignes. Je remarque quelquefois chez lui un léger temps de latence lié aux séquelles cognitives, il porte son regard vers les autres ou vers les professionnelles. Ce regard pourrait être interprété comme une recherche de réponse, ou une approbation pour se rassurer sur ce qu'il pense être juste, signe d'un manque de confiance en lui. Mr Aph se met en retrait dans

ces instants-là. Je remarque alors que mon attention se porte davantage vers les autres patients. Mon observation fluctue en fonction de l'investissement montré par Mr Aph comme un écho ou un effet-miroir entre nos deux attitudes.

Quand Mr Aph revient présent au jeu, il est intéressé et s'investit pleinement dans les propositions. Il est plutôt à l'aise avec les consignes et semble être dans la recherche de performance : serait-elle la même s'il était seul avec un thérapeute ?

### **3.5.3 La parole se délie**

La semaine suivante, je me suis installée dans la salle avec les patients présents en attendant les psychomotriciennes. Nous avons alors pris le temps de discuter tous ensemble sur le vécu de chacun. Mr Aph a pu m'expliquer avoir perçu comme une « perte de temps » certains exercices proposés par les kinésithérapeutes, bien qu'il en ait compris l'intérêt. Cela ne semble pas facile pour lui. Je pense que c'est une personne qui a besoin d'être active. Cette impression de perte de temps semble l'impacter et mettre en difficulté l'intérêt qu'il porte à cette prise en charge. Ce temps de parole est particulièrement intéressant et permet d'en apprendre plus sur le vécu de la rééducation par le patient. Ainsi, un partage d'expérience peut se faire auprès des différents professionnels. Je me suis sentie mal à l'aise, ne sachant pas, en tant que stagiaire, quel positionnement adopter face à son discours. À cet instant, la psychomotricienne est arrivée, mettant un terme à cet échange. Dans l'hypothèse où la conversation aurait perduré, il m'aurait semblé intéressant d'inciter Mr Aph à en discuter avec son rééducateur ou de proposer de relayer l'information s'il le souhaitait pour faciliter le dialogue.

Lors du tour sur l'état du moment, il dit être « blasé », reflétant ce qu'il venait d'expliquer. Il a alors pu ajouter que la kinésithérapie était un espace où on lui donnait trop de consignes et que ce qu'il pouvait dire n'était pas forcément pris en considération. Il s'est saisi de ce temps pour nous parler de son vécu sans trop s'étendre sur le sujet. Cependant, ce moment de discussion dans le groupe de psychomotricité pourrait témoigner d'une meilleure aisance au sein de cet espace qui lui permet d'évoquer ses ressentis en ayant l'impression qu'ils sont pris en compte, contrairement à une rééducation plus directive comme la kinésithérapie. Une des patientes a confirmé ses dires sur le niveau d'exigence des kinésithérapeutes et cette impression de ne pas être assez écoutée. Cet échange a permis à une autre patiente d'évoquer le même ressenti. La parole a pu se libérer et se partager, permettant à Mr Aph de se sentir moins seul dans ses éprouvés.

Le travail en kinésithérapie est basé sur le plan moteur de la rééducation. Tandis qu'en psychomotricité, la parole peut prendre une place importante dans les séances en plus du travail corporel. Ces moments de discussion, de partage qui sont présents tout au long des séances permettent à la parole de se déployer plus facilement, notamment au travers du vécu personnel et des émotions qui sont approfondis en psychomotricité. Le corps n'est pas seulement fonctionnel mais il est propre au patient, c'est un corps affectivé, qui ressent des choses. Si le patient se sent bien dans ce groupe, c'est un endroit où il peut déposer ce qui ne va pas et échanger avec les autres. Il peut partager son vécu en ayant le sentiment d'être écouté par ses pairs et par les professionnels.

Le ressenti du patient sur la situation peut être totalement différent de celui du rééducateur. Ainsi, en kinésithérapie le discours peut être plus fonctionnel, tandis que l'un des fondements de la psychomotricité consiste à écouter et explorer le champ des émotions.

#### **3.5.4 Les mimes**

Après un échauffement en mouvement nous avons commencé une partie de « times up ». Ce jeu consiste à faire trouver des mots à son coéquipier en trois manches : d'abord en utilisant tout le vocabulaire que l'on souhaite, ensuite juste avec un mot, et pour finir en mimant. Ce jeu permet d'utiliser la parole, ce qui peut mettre en difficulté les patients mais également engager le corps afin de faire passer un message par celui-ci, et entrer en relation avec les personnes de son équipe. Au cours de la séance, Mr Aph montre un bon investissement et n'hésite pas à redemander des précisions quand la consigne ne semble pas être assez claire. Il s'engage autant corporellement lors des mimes que dans la parole. Je remarque d'ailleurs que son bras droit est autant utilisé que le gauche. Malgré son aphasie, il essaye au maximum de se faire comprendre et de chercher les mots correspondants. L'envie de gagner semble être porteuse dans sa façon de s'exprimer afin de se faire comprendre par ses coéquipiers et dans son engagement. La compétition créée par le jeu semble avoir un impact positif sur leur engagement respectif. Je suis moi-même attirée par l'ambiance du jeu. À la fin de la séance, tous les patients paraissent l'avoir apprécié. Mr Aph peut même dire qu'il est détendu. L'activité partagée et la mise en mouvement lui a permis de penser à autre chose qu'à sa frustration en rééducation, de lâcher les tensions et de se centrer sur le moment présent.

Dans la continuité de cette séance, nous avons fait la fois suivante, un « mime too » à la suite du réveil corporel en mouvement. Ce jeu consiste à faire deviner les personnages et les actions écrites sur des cartes différentes, en associant les deux catégories. Tous les patients étaient enjoués par l'annonce de ce jeu et Mr Aph a pu nous dire qu'il le connaissait grâce à ses enfants. C'est un jeu collectif où il faut faire deviner à l'ensemble du groupe, créant ainsi une atmosphère propice au partage et à l'entraide. Une des dernières parties consiste à mimer à deux. Cela permet de travailler en binôme et de s'adapter à son partenaire. J'ai ainsi observé que Mr Aph s'ouvre de plus en plus à la relation, il est même porteur pour son coéquipier. Il lui donne des idées, est attentif à ce qu'il peut amener et est force de propositions. Il se met en mouvement facilement et n'hésite pas à se challenger tout au long de la partie. Son élocution m'a paru plus claire et moins coûteuse pour lui. Lors du jeu en équipe, un lien se crée entre les deux patients mais également avec l'autre équipe : la compétition apporte des interactions particulières, chacun cherchant à se dépasser. Mr Aph repart en se sentant enjoué et évoque son départ prochain du centre qui signe la fin de son hospitalisation. Cette activité a semblé lui apporter un regain d'énergie.

Lors de la séance suivante, dans la même dynamique, un jeu de mimes autour des expressions françaises s'est mis en place. Mr Aph arrive détendu et très en forme aujourd'hui. Il fait beaucoup de plaisanteries et se montre très en relation avec les autres. Il n'hésite pas à parler à tout le monde et à faire participer l'ensemble des personnes présentes. Quand je le regarde évoluer dans le groupe, je le trouve porteur pour tous les patients présents, mais également pour les professionnelles. Il est performant au niveau des expressions, il comprend vite et n'hésite pas à donner des indices pour les autres. Cependant, il lui arrive de se perdre dans ses pensées et une fatigabilité est présente sur le plan cognitif. Il dit même ne plus réussir à penser. Dans ces moments, il semble coupé du monde.

Lorsque ses difficultés deviennent trop importantes, qu'il se sent moins efficace, c'est peut-être un moyen pour lui de faire face ou de ne pas se confronter à ces dernières au sein du groupe. Le regard qu'il porte sur ses capacités, désormais moins performantes, doit le mettre à mal dans son vécu personnel. Une fragilité narcissique doit être présente chez ce patient. L'AVC a bouleversé son identité, ses capacités ont changé. Une faille dans son estime de soi s'est sans doute ouverte. Il faut qu'il « reprenne les commandes ». De plus, la fatigue psychique doit jouer un rôle important, en lien avec la quantité d'efforts fournis, et impacte ses capacités motrices et la qualité de ses interactions. Mais une fois qu'il reprend le cours du jeu, il est pleinement présent et attentif.

A la fin du groupe, il dit être enjoué, puis en sortant, il discute avec une des psychomotriciennes au sujet de son départ et des différentes prises en charge qu'il va avoir en hôpital de jour. Mr Aph semble investir ses séances de psychomotricité comme un moment où il peut parler et dire ce qu'il pense auprès d'une oreille attentive.

### **3.5.5 La dernière séance**

Lors de sa dernière séance dans le groupe de psychomotricité avant sa sortie de l'hospitalisation complète, un nouveau patient est arrivé. Les autres membres ont déjà pu le croiser dans d'autres prises en charge. Cette personne répond assez négativement et paraît plutôt renfermée. Mr Aph explique sa conception de la psychomotricité au nouvel arrivant, manifestant un désir de lien et partage pour s'entraider autour d'un travail corporel et en relation. Ses mots m'ont donné l'impression qu'il voulait faire passer un message à ce patient. L'investissement qu'il montre dans ce groupe est également présent dans l'interprétation que Mr Aph fait des séances. Durant cette explication, le nouveau patient, Mr No, ne lève pas le regard et ne semble pas porter attention à ce qui lui est dit. Cette réaction m'a surprise, n'étant pas habituée à des comportements similaires en séance. J'ai alors remarqué que Mr Aph était plus fermé et moins présent dans les échanges qu'habituellement. Je me demande alors, si la présence du nouveau patient qu'il ne semble pas vraiment apprécier, serait en lien avec cette fermeture corporelle. Cependant, Mr Aph dira être serein en début comme en fin de séance.

Le groupe s'est ensuite déroulé autour du jeu le « twister ». Ce jeu de pêle-mêle corporel consiste à se déplacer au sol avec les mains et les pieds sur une nappe représentant des ronds de couleurs différentes, en fonction de celle désignée par l'aiguille d'une roulette, à tour de rôle. Ainsi un travail sur le schéma corporel, les coordinations ainsi que la relation à l'autre est présent. Mr Aph reste volontaire avec un bon investissement corporel malgré une posture fermée lors des passages du nouveau patient. Il ne le regarde pas vraiment et ne commente pas ce qui est fait, comme il peut le faire avec le troisième patient. La mise en mouvement et l'activité proposée lui ont peut-être permis d'investir la séance, tout en se coupant de la présence de ce patient quand c'est son tour de participer. Lorsque Mr. Aph joue face à moi, il essaye de me déstabiliser à l'aide de son corps et il n'hésite pas à me mettre en difficulté en jouant sur mon équilibre et mon ancrage. À ce moment-là, j'ai l'impression qu'il met son corps pleinement en action afin de prendre plaisir dans l'amusement tout en essayant d'être performant. Sa parole est devenue beaucoup plus claire, avec moins de recherche de mots.

C'est ainsi que se termine cette prise en charge en hospitalisation complète.

### **3.6 Le départ de Mr Aph et la suite de sa rééducation**

En février 2023, au sein de l'unité post-AVC, un bilan sur l'évolution globale de Mr Aph est fait en synthèse d'équipe. Il persiste toujours un infime manque de force de la main droite, notamment au niveau du pouce, mais la motricité est normale. La dextérité de la main droite reste altérée principalement du fait des troubles sensitifs.

Le travail en double tâche cognitivo-motrice reste légèrement impacté. Des progrès ont été obtenus sur le plan du langage, l'expression orale est maintenant bien fonctionnelle.

L'aphasie est en cours d'amélioration avec encore une anomie modérée (difficulté à nommer certains objets lors de conversation) et une apraxie de parole modérée.

L'évolution cognitive est également favorable. Il persiste des troubles légers notamment attentionnels avec une fatigabilité attentionnelle, une distractibilité et des difficultés en attention divisée. Des troubles exécutifs sont présents avec essentiellement un manque de flexibilité. Les capacités de planification et de raisonnement sont bonnes, même si elles sont impactées par les troubles attentionnels, mais avec de bonnes stratégies de compensation.

La sortie de Mr Aph a été prévue avec une continuité en hôpital de jour deux fois par semaine, en plus de l'orthophonie en libéral jusqu'à la fin mars 2023 pour commencer. En hôpital de jour, il continue la prise en charge rééducative en ergothérapie, en orthophonie, en activité physique adaptée et en psychomotricité au sein d'un groupe différent intitulé « conscience corporelle et expression libre du corps ».

J'ai rencontré Mr Aph à nouveau dans les couloirs quelques semaines plus tard. Il m'a dit être épuisé après sa séance en orthophonie où il travaille très dur et rencontre des difficultés. Il a également pu évoquer ses problèmes dans le nouveau groupe de psychomotricité qu'il a commencé récemment. Ces séances ont lieu avec une des psychomotriciennes du précédent groupe et une deuxième psychomotricienne ainsi que des patients qu'il n'a jamais rencontrés auparavant. Il exprime avoir du mal à y trouver sa place et ne s'y sent pas à l'aise.

Je pense que Mr Aph avait une place importante dans le groupe de psychomotricité en hospitalisation complète. Et cette dernière a complètement changé lors de son arrivée dans le groupe de conscience corporelle. Il rencontre alors des difficultés pour s'investir et s'y intégrer. Mr Aph a pu dire qu'il avait l'impression d'être arrivé dans un groupe déjà formé et qu'il n'arrivait pas à se sentir inclus.

Après cette discussion avec ce patient, j'ai pu avoir le retour de la professionnelle présente dans les deux groupes. D'après ses dires, Mr Aph intègre ce nouveau groupe en se montrant plutôt fermé au départ. Je suis étonnée par ses informations qui ne reflètent pas le patient que j'ai vu de lui en séance. Il semble avoir besoin de temps pour s'ouvrir et entrer en lien avec les autres participants qu'il découvre. Sa mise en mouvement reste assez pauvre en début de séance. Sa place semble difficile à trouver au vu du nombre de patients qui a doublé (huit patients) par rapport au groupe d'hospitalisation complète. Ce facteur peut être pris en compte dans ses difficultés. Néanmoins, il se montre un peu plus actif au moment de l'activité.

Au bout de la troisième séance, il accepte de tester encore le groupe mais présente toujours des difficultés à s'intégrer et se sentir bien. Il se met rapidement en retrait jusqu'à la fin de la séance. Il parvient à le verbaliser et ne souhaite pas poursuivre le groupe de psychomotricité. Les objectifs en psychomotricité étant atteints pour ce patient, d'après les professionnels, il est convenu entre les psychomotriciennes qui participent au groupe et le médecin d'arrêter le suivi. Cette expérience a pu permettre à Mr Aph d'être face à d'autres personnes et surtout d'essayer d'investir un autre espace de psychomotricité. Malheureusement, il n'a pas réussi à s'en saisir.

Devoir être face à ses difficultés dans un nouveau groupe, qu'il ne connaît pas, où il n'a plus la même place et où il doit tout réapprendre ne lui a pas été aisé. Plusieurs facteurs au sein de sa vie privée ont pu exacerber les raisons pour lesquelles il ne se sent pas bien dans ce nouveau groupe. Je pense que le retour à domicile est également un facteur à prendre en compte. Son rôle au sein de sa famille a dû se modifier à la suite de sa pathologie et construire de nouveaux repères a pu être compliqué. Le désinvestissement de Mr Aph dans le deuxième groupe auquel il a participé m'a questionnée par rapport à ce que j'avais pu voir en séance dans le premier groupe.

Je vais maintenant présenter le patient que Mr Aph a rencontré lors de sa dernière séance dans le groupe post-AVC au cours de son hospitalisation complète. Ces deux patients n'ont fait qu'une séance ensemble.

## **4 Mr No au sein du groupe de psychomotricité**

### ***4.1 La première rencontre***

Lorsque les psychomotriciennes et moi-même nous sommes préparées pour le groupe ce jour-là, l'une d'elle m'a évoqué la venue d'un nouveau membre mais elle n'était pas sûre de sa présence.

Au moment où nous sortons toutes les trois du bureau, je découvre Mr No pour la première fois. Il est assis sur une chaise dans le couloir en blouse d'hôpital bleu : un haut à manche courte et un pantalon. Il se présente avec des cheveux bruns plutôt courts, un peu décoiffés, et un regard assez vague. Assis bras et jambes croisés, il est affaissé contre le dossier du siège. La psychomotricienne nous présente. Lorsqu'il lui est proposé d'aller en séance, il dit ne pas vouloir venir, cependant il nous suit pour aller jusqu'à la salle. À chaque question de la psychomotricienne, il donne des réponses négatives. Cette ambivalence entre sa façon d'être avec nous, à savoir s'exprimer uniquement négativement, tout en nous suivant et participant, m'a questionnée sur ses réelles envies et besoins. Est-il vraiment en accord avec ce qu'il montre au monde et ses propres ressentis ?

Mais quelle est l'histoire de vie de ce patient et comment est-il arrivé dans ce groupe de psychomotricité ?

### ***4.2 Éléments de vie***

Je découvre à la suite de la lecture de son dossier que Mr No est né le 26 avril 1965, il est donc âgé de 58 ans. Il vit seul suite au décès de sa compagne et n'est pas en contact avec de la famille proche. Il ne travaille pas et est considéré en invalidité. En 2019, Mr No est hospitalisé suite au décès de sa conjointe dans un contexte d'alcoolisme, de déchéance sociale et de décompensation psychiatrique à type de trouble anxieux, paranoïa et accès de violence. Il est alors suivi pour un sevrage alcoolique. Durant cette période, il est expulsé de son logement. Depuis son entrée en hospitalisation, un sevrage tabagique lui est proposé mais le patient est le refuse à chaque fois par le patient. Il est noté une éruption cutanée due à des punaises de lit depuis un an expliquant sa tenue d'hôpital lorsque je le rencontre.

### **4.3 Son AVC et sa rééducation**

Le 26 décembre 2022, Mr No est admis aux urgences pour une hémiparésie droite. Cependant le patient est parti avant le début de la prise en charge. Le 31 décembre 2022, une aphasie avec manque du mot apparaît dans la matinée. Il est alors orienté aux urgences en fin d'après-midi pour une suspicion d'AVC. À ce moment-là, il présente un déficit moteur hémicorporel droit incluant la face, une déviation de la bouche à gauche mais pas de déficit sensitif objectivé. Une héminégligence droite avec un regard vers la gauche et une aphasie avec manque du mot sont observées. L'imagerie cérébrale montre un AVC ischémique constitué du territoire sylvien superficiel gauche.

Mr No est transféré dans l'unité post-AVC de l'hôpital où je suis en stage et intègre un programme de rééducation post-AVC précoce et intensif au milieu du mois de janvier. À l'admission, sur le plan neurologique, le patient est éveillé, vigilant, cohérent et orienté dans le temps et partiellement dans l'espace. Il comprend les consignes simples et complexes. Il présente une aphasie d'expression et des troubles mnésiques importants. Une amnésie de la période antérieure à l'AVC est décelée. Des troubles dysexécutifs avec trouble de la flexibilité mentale et des troubles attentionnels sont également découverts. Au niveau du plan moteur, Mr No peut marcher sans aide technique, cependant, une parésie du membre supérieur droit et une ataxie sont observées. L'autonomie est préservée pour les activités de la vie quotidienne.

Pendant son séjour en hospitalisation complète, il est suivi en kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie et psychomotricité.

### **4.4 Bilan en psychomotricité**

Mr No ne se présente pas au premier bilan défini dans son emploi du temps mais accepte la deuxième fois de rencontrer un des psychomotriciens, un mois après son AVC. Ce bilan est fait le 30 janvier 2023. Cette évaluation est prévue dans le cadre du programme post-AVC. C'est un bilan spécifique à celui-ci mais il n'a pu être réalisé qu'en partie devant l'opposition du patient. Au début de l'entretien, le patient formule comme objectif l'envie de quitter l'hôpital.

Au cours de ce bilan, différents items ont pu être traités mais partiellement. Mr No obtient un score très bas notamment dû aux items non testés.

En conclusion de ce bilan, l'évaluation psychomotrice met en avant une image du corps extrêmement fragile, liée aux problématiques psychiatriques. Le dessin du bonhomme est très pauvre et peu détaillé. La motricité globale est plutôt préservée mais avec peu d'investissement dans ses mouvements et peu d'aisance corporelle. Mr No montre une difficulté à repérer l'impact de son AVC dans un corps qu'il avait désinvesti antérieurement. Il évoque des douleurs antérieures à l'AVC au niveau de la cheville et de l'épaule droite. Des difficultés d'expression, mais aussi de compréhension des consignes complexes sont relevées. Des signes de frustration marqués sont présents lorsque surviennent les troubles du langage.

À la suite de ce bilan, le psychomotricien préconise une participation au groupe de psychomotricité du programme post-AVC, afin de soutenir le schéma corporel, la prise de conscience des difficultés et l'écoute des sensations corporelles. Sur le compte-rendu de bilan, il est noté qu'en cas de refus du dispositif groupal, un suivi individuel pourra être discuté avec l'équipe médicale.

## **4.5 Les séances**

### **4.5.1 La première séance**

Mr No arrive dans la salle où les séances se déroulent, pour la première fois. Il s'installe sur une chaise toujours avec les jambes croisées et le dos arrondi reposé contre le dossier. Pendant le tour sur l'état du moment de chacun, il ne prend pas le temps de réfléchir et dit que ça va mal. J'interprète ses dires comme un état habituel pour lui face à son ton nonchalant et à sa manière de regarder une des psychomotriciennes. Lorsque Mr Aph lui explique ce qui est fait dans ce groupe de psychomotricité, il ne le regarde pas, son regard est porté sur ses mains et plus précisément sur ses ongles qu'il inspecte. Dans son attitude, rien ne montre une écoute attentive de ce qui est dit.

Serait-ce un moyen de montrer son désintérêt de cette prise en charge, une sorte de provocation pour montrer qu'il n'a pas envie d'être là ? Sa posture est en corrélation avec ses paroles antérieures, il ne semble pas vouloir s'investir ni fournir d'effort pour faire plaisir à qui que ce soit. Par son comportement, il donne l'impression à l'ensemble des personnes présentes qu'il n'est pas intéressé par ce qui se passe dans cette pièce.

Lors du réveil corporel avec le passage d'une balle à picot sur l'ensemble du corps, il ne montre pas de réticence à le faire mais j'ai l'impression qu'aucune volonté n'est présente, ses gestes m'apparaissent sans but. Il s'attarde à des endroits, comme si

certaines parties étaient plus sensibles et qu'il explorait ses sensations ou comme s'il se perdait dans son trajet. Mr No est tellement concentré dans ces moments-là, qu'il me paraît ne plus être présent à ce qui se passe dans la pièce. La psychomotricienne a alors besoin de l'accompagner par la parole. Elle lui dit où nous en sommes et sur quelle partie il doit continuer à passer. Les deux autres patients suivent le trajet proposé en nous écoutant et en nous observant.

La suite de cette séance se déroule autour du jeu du « Twister » que j'ai expliqué auparavant. Mr No dit ne pas en comprendre l'intérêt mais accepte de jouer lorsque les psychomotriciennes lui proposent de tourner l'aiguille de la roue ou encore de les accompagner à se déplacer sur la nappe de jeu. Pendant ce temps d'activité, j'observe des difficultés dans sa différenciation des mains et des pieds lorsqu'il doit dire ce qui est désigné sur la roue et également lorsque des consignes lui sont données.

Il me paraît compliqué pour lui de comprendre ou alors de déchiffrer les informations dessinées et écrites. Il m'est difficile de faire la part des choses entre les troubles cognitifs entraînant des difficultés de compréhension, et une probable altération du schéma corporel. Je me questionne aussi sur l'investissement relationnel de Mr No et sa prise en compte d'autrui.

La mise en mouvement reste aussi très difficile avec des articulations qui semblent raides et un corps très peu mis en mouvement. La mise en évidence au cours du bilan de l'image du corps fragilisée doit avoir un impact sur la manière dont il investit son corps et ce qu'il en perçoit, comme s'il le mettait à distance.

Ses troubles phasiques semblent le bloquer pour s'exprimer. Il verbalise très peu et une difficulté à trouver ses mots se manifeste à certains moments. Des troubles de la mémoire semblent également présents. Il a besoin d'un étayage très important de la part des psychomotriciennes tout au long de la séance. À la fin, il dit qu'il est toujours mal mais ne souhaite pas préciser ce sentiment.

#### **4.5.2 En mon absence**

J'ai été absente à la séance suivante mais ai pu avoir accès au déroulement de celle-ci. Mr No vient seul et à l'heure à la séance. Il semblerait qu'il se montre toujours aussi fermé en début de séance, redisant être mal. Il montre très peu d'initiative et semble avoir peu d'entrain et de motivation. Cependant, il parvient tout de même à entrer dans les différentes propositions. Il peut choisir la musique lors du réveil corporel à la demande d'une des psychomotriciennes et se montre plus en lien durant le temps de volley, riant à

plusieurs reprises. Mr No semble apprécier cette activité et présente un bon engagement corporel. Il verbalise une douleur au niveau de sa cheville, présente avant l'AVC, qui peut être limitante dans certains mouvements.

Le vendredi suivant cette séance, il est venu, ce qui n'avait pas été le cas la semaine précédente. Malgré une fatigue et des douleurs en début de séance, il parvient à s'engager pleinement dans les exercices. Cependant, il est rapidement essoufflé et présente des difficultés dans la double tâche. Il se montre souriant et beaucoup plus en lien avec l'autre patient du groupe.

#### **4.5.3 Une évolution prend forme**

Lorsque je retrouve de nouveau le groupe deux semaines plus tard, Mr No attend toujours devant le bureau, dans la même posture. Ne m'ayant vu qu'une fois quinze jours plus tôt, il ne se souvient pas de moi. À partir de cette séance, ils seront seulement deux patients dans ce groupe, avec deux psychomotriciennes et moi-même. Lorsque l'une des psychomotriciennes lui adresse la parole, il répond avec plus d'entrain et je le redécouvre davantage dans l'échange, même si les connotations négatives restent très présentes dans ses paroles. Il me paraît plus ouvert à l'autre. Lorsqu'il arrive au sein de la salle, et qu'il s'assoit, Mr No retrouve cette posture refermée sur lui. Pendant l'état du moment, il dit qu'il est mal et avec l'aide de la psychomotricienne il peut dire que c'est physiquement et mentalement. Je pense que la mise en mouvement et le lien à l'autre peuvent lui permettre de s'ouvrir davantage. Au fur et à mesure de la séance, il va être plutôt en lien avec le deuxième patient présent ce jour-là qui va également le chercher et lui parler. Ils choisissent à deux le réveil corporel qu'ils souhaitent entre deux propositions, ils optent pour les stimulations sensorielles. Mr No semble douloureux surtout au niveau de l'épaule droite, ce qui ne l'empêche pas de participer et de se mettre en mouvement. Des adaptations lui sont proposées afin de mettre le moins possible l'articulation de son épaule en jeu.

La suite de la séance se déroule autour d'un jeu corporel et de mémorisation. Chaque personne tire au sort un disque de bois sur lequel un certain mouvement est dessiné. Elle doit le recréer afin que tout le monde puisse ensuite le reproduire. Puis, une fois que tout le monde a montré son mouvement, le but est de les retrouver dans l'ordre et de mémoire comme une chorégraphie. Plusieurs stratégies peuvent être alors utilisées par les patients et une entraide peut se présenter.

Suite à ce jeu, les patients discutent au sujet de leurs capacités mnésiques et de leur ressenti. Mr No décrit des troubles mnésiques présents au quotidien qui engendrent un sentiment de frustration pour lui. La psychomotricienne leur demande alors s'ils arrivent à citer les mois de l'année dans l'ordre. Au début, le deuxième patient dit ne savoir le faire qu'à l'envers. Lorsque ce même patient est en difficulté pour les dire du mois de janvier à décembre, Mr No l'aide du bout des lèvres au début, puis, avec beaucoup d'encouragement, il met plus de force dans sa voix et ainsi s'impose plus dans ce qu'il peut amener. Il présente une bonne mémoire des mois, il y arrive même très bien mais sans un étayage de l'environnement ou un réel désir de sa part, il ne montre pas ses réelles capacités.

La création d'un environnement sécurisant permettant aux patients de se sentir assez en confiance pour pouvoir s'exprimer et se mettre face à leurs difficultés mais aussi face à leurs capacités, me semble important dans la construction de ces séances groupales. L'investissement que commence à montrer ce patient au sein de cette prise en charge est-il dû à un cadre sécurisant ou du moins le met-il assez en confiance pour pouvoir accéder aux propositions ?

Après ce moment d'échange, les patients ont dû essayer de retrouver les mouvements dans l'ordre exécuté, si possible, puis en sens inverse. Nous en avons également fait de nouveaux afin de rajouter de la difficulté. Mr No parvient tout de même à retrouver certaines postures, même après le temps de discussion. Il semble se souvenir des positions précédentes en regardant les personnes qui ont montré leur mouvement ou bien par des associations de mots qu'il a fait pendant la première partie. Au contraire, le deuxième patient s'en souvient surtout en mettant son corps en mouvement. Chaque personne du groupe a sa façon de fonctionner. Ils ont des techniques différentes pour essayer de se souvenir, leur permettant parfois de s'entraider pour trouver la bonne réponse. Ce jeu permet de mettre en avant leurs capacités mnésiques grâce aux stratégies auxquelles ils ont accès et qui leur correspondent le mieux.

L'investissement de Mr No évolue au fur et à mesure de la séance. Seulement, vers la fin, cela semble plus compliqué pour lui. Il est moins présent à ce qui est fait et il semble vouloir passer tous les éléments très vite. C'est d'ailleurs en lien avec l'état du moment où il exprime être fatigué. Cette fatigue peut être associée avec les conséquences de son AVC.

Lors de la séance de fin de semaine, il se dit fatigué en arrivant. Les psychomotriciennes trouvent qu'il y a un meilleur investissement de la part de Mr No, mais il rencontre des difficultés à trouver les aspects positifs du groupe. Son faible

engagement corporel le met en difficulté lors des mimes. Cependant, il s'ouvre de plus en plus à la relation. Il va même rire et faire des blagues au cours de la séance. Mr No présente ce jour de bonnes capacités mnésiques et reste globalement à l'aise dans les descriptions orales. Il garde malgré tout quelques difficultés phasiques, principalement un manque du mot.

#### **4.5.4 Entraide et mimes pour la dernière séance**

Lors de la séance suivante, Mr No nous attend toujours devant le bureau. Il nous dit aller mal comme à son habitude, mais il prend tout de même le temps de développer le déroulement des activités prévues au cours de cette journée. Comme le deuxième patient n'est pas encore arrivé, nous lui proposons de chercher à se rappeler ce qui s'est fait le vendredi précédent, me permettant aussi d'avoir un aperçu de ce qui a pu se passer en mon absence. Mr No a besoin d'un étayage important sinon il coupe court à la conversation, prétextant qu'il ne sait pas ou qu'il ne veut pas répondre.

Est-ce en lien avec un manque de volonté de sa part ou est-ce un évitement défensif lié à la perception de ses difficultés ? Ses troubles phasiques ainsi que ses troubles mnésiques l'empêchent encore de se faire comprendre à certains moments, il essaye peut-être d'utiliser le moins possible la parole. Le dispositif groupal me semble pertinent pour l'aider à se motiver et qu'il trouve un intérêt dans ce qui est fait. Avec l'appui de la professionnelle, il arrive à donner deux-trois mots sur le jeu sans toutefois arriver à le définir. Une des psychomotriciennes lui a alors réexpliqué les règles de façon succincte, en recontextualisant le déroulement de la séance passée. Une fois tout le monde réuni, les patients ont réussi à redire les consignes du jeu (Times Up) en s'aidant mutuellement, notamment Mr No au travers de simples mots, sans phrases complexes.

Au cours de cette séance, l'activité s'est faite par équipe, composée d'une professionnelle et d'un patient. Nous étions cinq ce jour-là. J'étais ainsi arbitre et maître du temps. Mr No a été plutôt performant sur quasiment toutes les manches. Selon les dires des patients et des professionnelles, il avait montré plus de difficultés la fois précédente, notamment sur la première manche. Celle-ci consiste à faire deviner un mot en utilisant autant de termes que possible. Le manque du mot de Mr No doit être un frein pour cette manche « orale », tandis que lors de la deuxième manche où il faut utiliser un seul mot, il peut s'appuyer sur ce qui a déjà été dit. Devoir dire un seul mot, le confronte possiblement moins à ses troubles phasiques même si cela peut rester complexe pour lui. Il se souvient souvent juste de la première syllabe. Le travail de mémorisation n'est pas toujours facile mais il essaye de s'en saisir. Quelques difficultés restent tout de même

présentes. Mais il a montré une certaine détermination à chercher les mots même quand il était en difficulté. Il est attentif aux dires du deuxième patient et peut parfois le fixer du regard. C'est la première fois que je le vois être aussi attentif à une personne et surtout poser un regard aussi concentré, qui prend en compte l'individu. Au niveau des mimes, il a les bons gestes mais reste assis. L'investissement corporel de l'ensemble du corps semble plus difficile comme lors du premier jeu que nous avons fait. Cependant, il se met en mouvement plus spontanément qu'au début. C'est déjà une évolution importante. À la fin, il dit être content. Il a ri et plaisanté avec nous pendant la séance, dans une relation adaptée. J'ai été agréablement surprise de découvrir cette facette de sa personnalité, me donnant le sentiment de le rencontrer dans son entièreté pour la première fois.

Lorsqu'ils ont quitté la salle, les deux patients sont partis ensemble et je les ai entendus converser dans les escaliers. C'était la dernière séance en groupe de psychomotricité de Mr No. Il a évoqué sa sortie avec beaucoup de mécanismes de défense. Il a dit qu'il allait se retrouver seul, mais en même temps il n'a pas envie de rester à l'hôpital. Une légère appréhension est visible mais il semble avoir du mal à la verbaliser, même avec l'aide de la professionnelle.

#### ***4.6 Sortie et suite de rééducation***

Le 27 février 2023 a eu lieu la synthèse pluridisciplinaire de séjour de Mr No. Le compte-rendu indique que Mr No est autonome pour les activités de la vie quotidienne, pour l'organisation de son pilulier et la marche dans l'établissement. Il a eu des mises en situation de course et de cuisine en ergothérapie qui se sont plutôt bien passées. En kinésithérapie, une amélioration au niveau de la motricité de la main et de l'épaule est à noter. Un travail sur l'endurance de la marche a été réalisé, cependant des douleurs et une boiterie peuvent être présentes. L'orthophoniste note moins de troubles phonologiques.

À la suite de sa sortie, il a eu un rendez-vous neurologique. Le compte-rendu évoque son évolution pendant son séjour en rééducation. À l'entrée dans le service, il avait un NIHSS (National Institute of Health Stroke Score) de 7. Ce score permet de voir l'évolution du patient par rapport à l'AVC au cours de son hospitalisation. Sa rééducation a permis une récupération clinique avec un score NIHSS de sortie à 2, en lien avec une hémiparésie droite et une persistance de troubles cognitifs importants. Mr No est dans les suites rentré à domicile avec une poursuite de la rééducation en ambulatoire. Lors de cette consultation quelques mois après sa sortie, il montre un score NIHSS à 0, il persiste

une légère perte de force sur le membre supérieur droit. Il poursuit une intoxication tabagique avec une consommation de trente cigarettes par jour et refuse toujours une aide au sevrage. Il ne réalise plus ses séances de rééducation en kinésithérapie et orthophonie. Un suivi par une assistante sociale est organisé.

Face à ces informations trouvées dans son dossier, je constate la difficulté de prise en charge de ce patient, antérieure à son séjour. Cependant, au vu de l'évolution que j'ai perçue dans le groupe de psychomotricité, j'ai l'impression que sa sortie aurait pu être suivie d'un hôpital de jour, dans l'idéal. Le fait qu'il n'aille plus à ses séances en libéral me questionne sur l'intérêt de cette forme de rééducation en ambulatoire qui s'appuie sur sa motivation et sa persévérance personnelle. En effet, un cadre plus fermé qui l'aurait certes contraint, l'aurait peut-être plus poussé à continuer à prendre soin de sa santé. De plus, en psychomotricité un certain investissement était en train d'apparaître avec du lien à l'autre. La coupure me semble brutale face à la solitude dans sa vie personnelle décrite dans son dossier. De plus, ses anciens rituels par rapport à ses diverses consommations peuvent revenir face à cet isolement. Un suivi pour que Mr No réinvestisse sa santé aurait été intéressant à mettre en place. Il existe de nombreuses associations pour garder un certain lien social, tournées justement vers l'addictologie. Plusieurs pistes pourraient être envisagées pour ne pas laisser ce patient seul sans suivi.

## **5 Les différentes évolutions des patients**

L'évolution de Mr Aph a été visible au fil des différentes séances. Ce patient a adhéré au dispositif groupal. Il a montré un intérêt à chaque activité et a su être force de proposition. Il s'est même fait sa place, a su être attentif aux autres et à ce qu'ils pouvaient apporter. Au sein de son hospitalisation complète, il a su se saisir de ce qui lui était proposé.

Mr Aph s'est investi corporellement au fur et à mesure et a pris part à la création de ce groupe. À ce moment-là de sa rééducation et de sa prise en charge, c'était semble-t-il, un lieu qu'il pouvait investir autant dans l'expression verbale que corporelle. La première fois que je l'ai vu, il a peu utilisé son membre supérieur droit et rencontrait des difficultés à s'exprimer. Lors de la dernière séance, les difficultés de langage avaient grandement diminué et il ne semblait plus vraiment gêné dans sa motricité. Cette évolution est due aux différentes rééducations et à sa propre récupération. Au cours de cette rééducation intensive, le groupe en psychomotricité a été un maillon de plus, dans lequel il a montré une évolution positive.

Cependant, ce patient a montré un investissement important dans ce groupe en particulier, mais lors de son hospitalisation de jour, il ne semble pas avoir adhéré à un autre dispositif groupal. Celui-ci était différent sur plusieurs plans et Mr Aph a exprimé un refus de continuer au bout de quelques séances.

Pour Mr No, une évolution a eu lieu mais différemment. Dès le premier jour, il a exprimé ne pas avoir envie de participer à cette prise en charge, pourtant il a continué à y être présent. Au début, il avait besoin d'être porté par les professionnelles pour participer aux jeux. Cependant, au fil des séances, Mr No s'est montré un peu plus investi et plus en lien avec les autres membres du groupe. Malgré un discours souvent à connotation négative, il assistait à ce qui se passait et y prenait part sans avoir besoin d'être tout le temps sollicité. Bien sûr, parfois il avait besoin d'être motivé mais il était plus agréable et plus en relation. Je l'ai observé devenir plus attentif et j'ai pu découvrir ses capacités au fur et à mesure. En dépit de ses troubles phasiques, il a montré de nombreux progrès et une certaine envie de se faire comprendre qui l'a, me semble-t-il, aidé au niveau de la parole. Le groupe a paru être un maillon positif dans sa rééducation.

Lors de son retour à domicile, les soins libéraux ont totalement été désinvestis, semblant montrer un nouveau lâcher prise. La contenance et la sécurité créée par l'institution mais également par le groupe paraissaient le maintenir dans sa rééducation pour lui permettre d'investir au mieux ce qui lui était proposé.

En somme, Mr No et Mr Aph ont montré une évolution positive à un moment donné de la prise en charge groupale. Chacun avec ses capacités et sa personnalité a pris part aux processus groupaux. La mise à profit des bénéfices liés aux séances de psychomotricité a été variable chez ces deux patients, témoignant d'une difficulté à transférer les acquis dans la vie quotidienne.

L'articulation de l'AVC, du groupe et de ces deux études de cas m'amène maintenant à développer ma problématique : questionner l'apport de la prise en charge groupale en psychomotricité.

# **PARTIE THÉORICO-CLINIQUE**

# PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Au sein de ce programme pour la rééducation de l'AVC, la prise en charge groupale est une entité utilisée dans différents soins. Outre la demande de l'institution, c'est une thérapie qui présente des bénéfices mais également des limites, tout comme une prise en charge individuelle. À la fin de ma précédente partie, j'évoque les évolutions et changements observés chez les deux patients participant au groupe. Ainsi, en appui sur la théorie et la clinique exposée, nous pouvons nous interroger sur **l'apport du dispositif groupal en psychomotricité dans la rééducation intensive de l'accident vasculaire cérébral**.

## **1 Le groupe, un ensemble**

### ***1.1 Cercle de personnes***

La première chose que nous faisons en rentrant dans la salle, c'est d'installer les chaises en cercle. C'est un rituel qui se met en place à partir de la première séance. Dès la deuxième fois où les patients viennent, ils vont chercher les chaises pour les positionner. C'est d'ailleurs une installation que je retrouve à plusieurs reprises dans d'autres groupes auxquels j'ai participé, même dans l'eau. Dans leur livre, Anzieu et Martin en évoquent même le côté historique : « il s'agirait d'une tradition celte » (Anzieu & Martin, 2000, p. 19). Les Templiers utilisaient également cette mise en place dans leur église afin que chaque membre puisse être à égale distance de Dieu. Même Mr No qui ne semble pas avoir envie d'être présent, rentre dans ce cercle et est ainsi présent avec nous, au sein des interactions qui se créent.

De plus, cette structuration permet à chacun de voir l'ensemble des personnes présentes, de rentrer en contact facilement avec les autres membres. Cette organisation spatiale concourt à ne pas être en face à face avec une seule personne. Dans les séances individuelles, une dualité a lieu entre le thérapeute et le patient, tandis qu'en groupe, d'autres relations interviennent et jouent un rôle dans l'évolution thérapeutique. Le nombre restreint de patients permet à chacun de se connaître et d'établir des relations personnelles avec tous les autres individus. Dans cette disposition, la notion d'égalité est présente : les thérapeutes, les stagiaires et les patients sont tous au même niveau et tout

le monde peut se voir. Les professionnels peuvent ainsi observer l'ensemble des personnes mais également chaque membre individuellement au sein du collectif.

Cette organisation, incluant tous les membres, amène à de nombreuses interactions, tel un lieu d'échange propice à différentes relations.

## **1.2 Espace d'échange et de relations**

Blossier (2002) cite les propos de Wolf qui mettent l'accent sur la « préservation de l'intégrité de chaque individu, en l'encourageant à réaliser avec succès une interaction avec les autres » (p. 35).

Les patients sont amenés à découvrir un espace qui leur permette d'utiliser la parole ou du moins à être dans la communication. De nombreuses personnes touchées par un AVC ont des troubles du langage notamment phasiques. Mr Aph et Mr No par exemple, ont tous les deux des aphasies avec manque du mot. Dans ce groupe, des jeux sont utilisés pour leur montrer une autre façon de communiquer. D'ailleurs, Catherine Potel (2019c) évoque dans son livre que « les comportements, agis essentiellement par le corps et la motricité, puissent trouver une écoute « spécifique » par le thérapeute formé à ce travail » (p. 418). Le jeu va, de cette manière, faire transition pour s'exprimer. Ainsi, réinvestir son corps pour le faire parler peut être un moyen de communiquer avant de retrouver ses capacités phasiques.

La psychomotricité peut permettre à un patient de faire le lien entre tous ses dysfonctionnements et créer un lieu où les échanges et les relations n'ont pas besoin d'être seulement verbaux. Au sein du groupe, les patients vont confectionner leur lien au travers de moments de partage. Lorsque Mr No s'est laissé aller à rire pendant des échanges de ballons, il a laissé échapper une part émotionnelle de lui-même pour la faire découvrir aux autres. Pendant un temps, il a lâché prise. Quand je le retrouve la semaine suivante, il est plus en lien et échange plus facilement avec tous ceux présents pendant ce jeu. Les interactions apparaissent et des relations se tissent au fur et à mesure de l'avancée des patients. La notion d'humour est présente, des rires apparaissent et constituent un facilitateur de liens sociaux.

Les interactions et les échanges au sein du groupe viennent en façonner la cohésion.

### **1.3 Création de cohésion**

À l'intérieur de ces groupes émergent des interactions qui sont définies par Mucchielli (2017) comme « le fait que chaque membre du groupe agit et réagit par rapport à tel membre ou au groupe tout entier, et de façon directe, sans intermédiaire » (p. 24). Les buts communs, les émotions et sentiments collectifs créent une cohésion de groupe. Cette dernière est le « résultat des forces d'attractions exercées par le groupe à l'égard de ses membres et tendant à les maintenir en son sein » (Oberlé, 2015, p. 60). Dans cette cohésion, il existe des facteurs intragroupes, contextuels et intergroupes.

Les facteurs intragroupes comportent les facteurs socio-affectifs. Ils englobent selon Oberlé (2015), un but commun, l'envie de faire des activités collectives et de s'engager, l'appartenance au groupe et une certaine attirance avec les autres membres. Il existe également des facteurs socio-opératoires. Ceux-ci comportent la répartition des rôles et la façon dont est conduit le groupe. Le patient doit avoir l'impression d'appartenir au groupe, d'avoir son rôle à jouer et qu'il est ici pour plusieurs raisons.

Dans ce contexte, chacun est présent dans ce groupe à la suite d'un AVC et souhaite pouvoir réinvestir de nouvelles capacités qui lui permettent d'être le plus autonome possible. Par exemple, lors des séances, les patients font les activités ensemble et pas chacun de leur côté. Ils s'entraident et essaient de participer le plus possible selon les personnalités de chacun. Bien sûr, ils vont à leur rythme et pour certains comme Mr No, l'investissement prend plus de temps. Mais le groupe reste porté par cette force de cohésion.

Le *leadership* est une notion qui revient à de nombreuses reprises dans la théorie de la dynamique des groupes. Elle est à distinguer du terme « chef » qui impose son autorité. Il a une « triple fonction » (Marc & Bonnal, 2014, p. 81) : affective, normative et organisatrice. Marc et Bonnal (2014) mettent en avant un autre terme amené par le psychanalyste Fritz Redl qui est la « personnalité centrale » (p. 81). Ainsi cette personne va faciliter la formation du groupe par les aspects affectifs qu'elle produit chez les autres. Les thérapeutes sont souvent centraux au groupe et le portent mais il y a également un patient porteur. C'est un élément auquel les autres peuvent s'identifier. Le statut de chacun peut évoluer d'une semaine sur l'autre.

Mr Aph a pris une place centrale au sein de son premier groupe, il est le « leader ». Les autres membres s'appuient sur lui, il est force de propositions et n'hésite pas à aller chercher les autres pour jouer. Pour ce patient, cette prise de position s'est faite très

rapidement et je pense que sa personnalité y a joué pour beaucoup. Dans le cadre du groupe de Mr No, les patients s'appuient soit sur les professionnelles, soit l'un sur l'autre selon ce qui est proposé et les stratégies qu'ils mettent en place. Leurs rôles me semblent être moins définis.

## **2 Un espace particulier**

### ***2.1 Un cadre favorable***

« Le cadre est autant concret que psychique » (Potel Baranes, 2019c, p. 424).

Le groupe se crée autour d'un cadre. Celui-ci est investi autour de notions temporo-spatiales solides et constantes mais également en fonction des facteurs institutionnels et propres aux thérapeutes. Le cadre va être réfléchi selon un projet spécifique en lien avec les besoins des patients accueillis. Au sein de mon stage, le groupe post-AVC a vu le jour suite à la création du programme de rééducation intensive de l'AVC. Les objectifs et la mise en place du dispositif ont été réfléchis en fonction des besoins des patients. La création de plusieurs groupes a permis de séparer aux mieux les différentes symptomatologies pour que chaque groupe soit le plus homogène possible : certains groupes sont construits pour des patients « marchants », « non-marchants », à « atteintes cognitives ». Cependant, certaines limites, intégrées au cadre, sont instaurées pour le bon fonctionnement du groupe. Certains codes sociaux sont tacites, d'autres sont clairement rappelés, tels l'écoute et le respect des autres. Catherine Potel (2019a) met en avant certaines conditions pour qu'un cadre soit thérapeutique : l'espace, le matériel, le temps, l'encadrement et le fonctionnement de l'institution.

Ce cadre est primordial au bon fonctionnement du groupe, de par ses fondements de soutenance et de contenance notamment.

### ***2.2 Un espace contenant***

« Le groupe est un espace dont on peut attendre soutien et appui » (Bertin, 2010, p. 42).

La notion de fonction contenante est associée à la fonction maternelle qui permet à l'enfant de se développer et d'expérimenter par lui-même. Elle est en lien avec l'idée de

soutien, d'appui et de contrôle. Un espace contenant permet aux individus de se sentir soutenus pour mener leurs expériences à bien.

Lorsque l'enfant vient au monde, il s'appuie sur une sécurité forte et stable durant son développement et son parcours de vie. Cette notion est appelée « sécurité de base ». La création du groupe s'appuie également sur cette sécurité, afin que chacun puisse s'exprimer dans le respect de son propre vécu.

Les médiations utilisées et proposées vont également permettre de soutenir les relations entre les patients. Catherine Potel (2019b) évoque la médiation comme un « intermédiaire entre soi et l'autre » (p. 401). Elle est témoin de ce que partagent les individus entre eux au sein du groupe. La contenance du cadre va permettre de soutenir pleinement les expériences de chacun. Les activités, elles, portent les personnes dans leur engagement. Les objectifs sont souvent expliqués aux patients pour qu'ils aient un aperçu de ce qu'ils vont faire. Comme vu dans l'une des séances de Mr Aph, certaines activités peuvent même entraîner un engouement face à un jeu qu'ils connaissent. Mr Aph a même pu évoquer sa famille. Il a ramené quelque chose de son monde, qu'il a partagé à l'ensemble du groupe.

« En résumé, contenir et transformer ce qui s'agite et s'agit, dans et par le corps, serait le vœu thérapeutique le plus important, mais aussi le plus humble, du travail des groupes en psychomotricité » (Courberand, 2010, p. 91). Ici, l'auteur exprime sa pensée en prenant appui sur un groupe avec des enfants. Il me semble que les mêmes processus sont à l'œuvre également chez les adultes.

Les patients que je vois dans ce groupe présentent une rupture dans leur sentiment d'identité. Quelque chose de soudain leur est arrivé, les mots scientifiques que les patients s'approprient sont insuffisants pour exprimer ce qu'ils traversent. Quel mot mettre sur leurs ressentis corporels ? Il y a eu une coupure dans leur sentiment de continuité d'existence. Le groupe peut leur permettre de se reconstruire par le partage d'expérience de chacun.

Des rituels sont mis en place tout au long du suivi et surtout au sein des séances. Celles-ci se passent toujours dans la même salle, à la même heure, les patients retrouvent toujours au moins un professionnel qu'ils connaissent et la structure des séances est similaire à chaque fois. Toutes ces répétitions permettent de créer un cadre sécurisant et contenant. Cette notion est d'ailleurs présente dans la rééducation intensive qui se base sur la répétition. Scientifiquement, il est prouvé qu'elle a un impact bénéfique sur la récupération. De plus, elle structure et rythme les séances, permettant aux

membres d'anticiper ce qui peut se passer. Cependant, ces routines peuvent mettre du temps à être intégrées par les patients du fait de leurs troubles mnésiques et cognitifs.

Alors que le deuxième patient du groupe allait directement à la salle, Mr No avait pris l'habitude de nous attendre devant le bureau : il venait directement à nous. Mr Aph, lui, est très rapidement monté directement à la salle avec les autres patients présents, dans une initiative globale de mouvement par effet de groupe. Chaque patient manifeste sa propre personnalité et manière de fonctionner, en l'occurrence, ils se sentent assez en confiance pour choisir leur façon privilégiée de venir en séance. De plus, c'est un moyen d'affirmer son autonomie et ses choix.

L'aspect contenant permet de vivre pleinement des expériences psychocorporelles. Ce cadre est également créé à partir de la capacité du psychomotricien à contenir le débordement physique, psychique et émotionnel. Il fait ainsi appel au corps, au psychisme et aux capacités d'adaptation du professionnel, en réflexion sur le travail qui est effectué.

### ***2.3 Le cadre interne et externe du psychomotricien***

Avant que le groupe de psychomotricité ne voit le jour, c'est l'institution qui a créé le programme intensif pour la rééducation de l'AVC. Ce dernier a été pensé en corrélation avec les différentes rééducations. La création de ce groupe post-AVC est ainsi en appui sur le cadre institutionnel avec ses objectifs, desquels vont découler ceux spécifiques à la psychomotricité. Le thérapeute a donc lui-même un appui extérieur afin de maintenir son cadre et ses règles. Ce tiers institutionnel joue un rôle primordial dans la construction de sa sécurité interne.

Le dispositif groupal est avant tout pensé par le thérapeute. Ce dernier se questionne sur les médiations et les objectifs de ses séances. Coeman et Frahan évoquent la construction du *noyau de la sécurité de base* dès la fécondation et dans les apports psychiques et physiques de la part des parents au sein de la triade mère-père-enfant. L'élaboration de ce noyau se retrouve dans la création du groupe au travers de « la psyché du ou des thérapeutes » (Bertin, 2010, p. 42). Ainsi, les professionnels imaginent leur dispositif psychique et physique avant de le voir se développer physiquement et de le porter, tout comme le parent rêve de son enfant. Le thérapeute doit pouvoir « accueillir, contenir et transformer les contenus archaïques (éprouvés, angoisses, fantasmes plus ou moins élaborés) provoqués par la mise en situation de groupe » (Laurent, 2013, p. 323). Ainsi une comparaison avec la figure maternelle contenant son enfant peut être faite.

Pendant les séances groupales, lorsque nous écoutons les patients, nous accueillons la verbalisation de leurs ressentis, et s'ils ont besoin de discuter en fin de séance, nous sommes présentes. Lorsque Mr Aph nous explique ses difficultés dans une autre rééducation, c'est qu'il se sent assez à l'aise dans ce groupe pour parler aux psychomotriciennes mais également face aux autres patients.

La présence physique et psychique du thérapeute, permet aux patients de garder une certaine courtoisie. Lorsque Mr No et Mr Aph se sont retrouvés dans la même séance en psychomotricité pour la première fois, l'accompagnement des professionnelles a été, il me semble, très important. Ainsi aucun débordement n'a eu lieu et chacun a pu participer à la séance avec son individualité propre sans déranger les autres. Le troisième patient n'a pas paru faire forcément attention au caractère de Mr No ou aux tensions que j'ai pu observer. Je me questionne alors sur l'impact sur le groupe si ce binôme, Mr Aph et Mr No, avait dû encore y participer ensemble ? Comment l'ambiance dans le groupe aurait-elle évolué ?

Dans son écrit, Blossier (2002) écrit : « le thérapeute doit donc être actif, apporter une note de cordialité et empêcher les critiques que les membres du groupe pourraient se faire entre eux » (p. 35). Le thérapeute crée un espace qui tient compte de sa formation, de la théorie et surtout des besoins du patient. Dans ce dispositif-là, le cadre est repensé à chaque fois qu'un patient part ou qu'un autre arrive, car chaque personne est unique, avec sa personnalité propre. Ainsi les professionnels doivent questionner leur cadre, réajuster leur positionnement et la façon d'atteindre les objectifs.

Cet espace se crée autour d'un cadre soutenant et contenant. Le patient doit pouvoir s'appuyer dessus pour expérimenter au mieux. De plus, dans le contexte de la rééducation intensive, le patient a besoin d'un espace-temps où il peut évoluer en toute sécurité, au sein d'un cadre dont le thérapeute est garant. Il est maintenant intéressant de se pencher sur le vécu au sein du groupe.

### **3 Les processus pouvant se jouer dans le groupe**

#### ***3.1 Une mise en mouvement ludique***

Ce dispositif groupal utilisé en psychomotricité permet de réunir des personnes avec les mêmes pathologies afin d'avancer à plusieurs. Lors des séances, avec les deux patients évoqués, le corps est mis en mouvement. Souvent, la partie de séance qui dure le plus longtemps correspond aux jeux. C'est donc un moment important. Catherine Potel évoque le jeu « au sens winnicottien (et cela ne concerne pas seulement les enfants), c'est exprimer quelque chose de soi dans la rencontre des autres » (Potel Baranes, 2019c, p. 418). En règle générale, il s'agit d'une activité collective ou alors ce sont des jeux en compétition. Le groupe a ici son importance.

Par exemple, lors du « times up », les patients sont en équipe. Mr Aph montre un grand intérêt à faire deviner à son coéquipier et à essayer de trouver ce qui est proposé par les autres membres. Il se met ainsi en mouvement et investit son corps pour que son partenaire comprenne ce qu'il imite. Mr Aph utilise sa perception du mot pour la faire deviner à travers son propre filtre.

Mr No, au fur et à mesure de l'avancée des séances, a créé davantage de liens avec le deuxième patient et avec nous. Il était plus attentif à ce que chacun pouvait partager. De plus, l'investissement dans le mouvement s'est déployé malgré quelques douleurs. La première fois qu'il a proposé des mimes, sa gestualité était très restreinte alors que par la suite, il mettait plus d'envie dans ce qu'il proposait. Le sentiment d'appartenance, ainsi que le fait d'être reconnu et accepté ont pu aider Mr No à participer au groupe et à se mettre en mouvement. L'espace de psychomotricité est un lieu où le corps s'active en lien avec les affects. Plus le patient s'ouvre au groupe et plus la motricité peut être investie.

La mise en mouvement dans les activités est porteuse de relation et d'émotions, ce que je me propose maintenant de développer.

#### ***3.2 La sphère émotionnelle et relationnelle du patient***

« Le groupe favorise l'intégration des dimensions émotionnelles, corporelles et régressives dans le processus thérapeutique » (Marc & Bonnal, 2014, p. 174).

C'est un dispositif qui amène à travailler les différentes dimensions de la psychomotricité. Le corps est exposé à de nouvelles personnes et la distance

relationnelle peut varier d'un individu à l'autre, il faut donc s'adapter. Les patients ont été bouleversés dans leur identité et leur corps n'est plus comme avant, suite à l'AVC. Ils doivent prendre parfois d'autres chemins pour exécuter ce qu'ils pouvaient faire avant. Chacun doit apprendre et trouver ses repères avec ses problématiques actuelles. Passer par le corps permet de mettre en lumière ce qui se passe psychiquement. Les capacités d'adaptation sont mises en jeu ainsi que les stratégies de compensation.

« Le groupe de thérapie est un lieu privilégié où vont se libérer ou s'inhiber les émotions » (Marc & Bonnal, 2014, p. 175).

Au début et en fin de séance, il y a ce qu'on appelle l'état du moment. C'est un temps qui permet de demander aux patients comment ils vont à l'instant présent. Les mots utilisés par les patients sont souvent les mêmes dans les commencements d'un groupe. Il arrive même souvent qu'ils reprennent le mot de la personne précédente. Au fur et à mesure et avec l'aide des professionnels, ils développent ce qu'ils ressentent et varient leur vocabulaire. Mr No qui, au début, disait toujours aller mal, a changé petit à petit dans son expressivité. Il a pu commencer à signifier sa fatigue, et donner des précisions sur son état psychique et physique, quelquefois avec l'aide d'un des psychomotriciennes.

Au sein du dispositif groupal, la sphère corporelle de chacun est donc mise en jeu, avec des impacts sur le plan émotionnel. Les patients ont besoin d'un temps d'adaptation aux autres, puis de séparation.

### ***3.3 Une enveloppe, une illusion, un miroir***

L'individu possède son enveloppe propre, psychique et physique. En s'investissant dans le groupe, il fait des expériences avec d'autres personnes. Ainsi, une enveloppe psychique groupale fait partie du cadre du dispositif. Cette enveloppe va faciliter l'expérimentation sécurisée au sein de cet espace, et de faire évoluer la personne dans son individualité, grâce à ce qui a été créé au sein du groupe. Cette théorie est encore, à ce jour, peu explorée. Anzieu (cité par Chagnon et al., 2014) évoque le « groupe comme un rêve » (p. 309). C'est un espace fantasmatique intermédiaire entre l'individuel et ce qui se passe pour l'ensemble. Chacun vit l'instant pour lui-même, tout en se situant au milieu d'un espace collectif animé de sa propre vie.

Le groupe renvoie différentes images à l'individu. C'est un peu comme s'il se retrouvait face à un miroir. Le patient peut alors se voir dans l'autre, ce qui peut générer des angoisses. Au sein d'un hôpital, les personnes sont confrontées à tout type de

pathologies ayant plus ou moins d'incidences corporelles. Chaque patient peut se demander s'il est comme les autres membres et ce qu'il renvoie.

Mr Aph paraît pris par ce questionnement avec cette envie de réussir. Des angoisses de performance sont également visibles. Il veut prouver aux autres, à lui-même ce dont il est encore capable. Lorsqu'il est fatigué, il se ferme au groupe comme s'il faisait rempart avec le reste du monde pour ne pas être confronté à ses difficultés.

Dans ce groupe, les patients présentent plus ou moins des symptômes similaires mais leurs niveaux de difficultés varient. Même si les groupes sont construits afin qu'ils soient les plus homogènes possibles, l'ensemble des symptômes n'est pas toujours le même. Ainsi, une hétérogénéité de profils peut être visible au sein du groupe.

Se retrouver ensemble peut entraîner un sentiment de menace de perte de son identité. Cependant, le désir de sécurité et d'unité crée une illusion qu'Anzieu nomme «illusion groupale». Le groupe devient alors un lieu protecteur. Selon plusieurs auteurs, dont Anzieu, l'illusion se crée dans le groupe, renforçant la cohésion et la solidarité.

À travers ces différents processus, nous pouvons nous interroger sur la capacité de chacun à prendre et/ou trouver sa place.

### **3.4 La place de chacun**

Dans chaque groupe, chacun a sa place. Nous avons un statut qui est défini selon la situation, au sein de la société, dans notre famille, dans notre groupe d'amis. C'est à différencier du rôle qui est « l'aspect dynamique et fonctionnel », autrement dit les conduites à tenir pour engendrer ce statut. L'arrivée dans un nouveau groupe signifie de trouver à nouveau sa place. Blossier (2002) évoque les positions de la théorie de Foulkes sur l'interaction permanente qui serait présente dans le dispositif. Ainsi l'individu participe au réseau qui évolue dans le groupe tout en ayant un impact sur son « propre réseau primitif » (Blossier, 2002, p. 36). Cela signifie que les interactions et comportements agis au sein du groupe entraînent un changement chez l'individu.

Mucchielli (2017) évoque la notion de rôle. Ce mot a une connotation liée au théâtre ou au cinéma. Pourtant, quoique nous fassions, un rôle nous est attribué par rapport à la façon dont nous nous sommes comportés, par les autres membres, en fonction de la situation du moment. La personne peut choisir un rôle, qu'elle incarne, évoluant au gré des facteurs de l'environnement. Cependant, ce rôle va être interprété par le filtre de chacun et donc évoluer.

« Tout ceci n'est qu'une succession d'attitudes significatives par rapport au groupe » (Mucchielli, 2017, p. 62). Il existe alors un lien entre ces rôles et la vie du groupe, les objectifs, les situations traversées. Chacun va transformer sa manière d'être dans le groupe selon les changements dans celui-ci et les réponses qu'il reçoit.

Mr Aph qui avait, me semble-t-il, trouvé une place et un rôle qui lui convenait dans le premier groupe de rééducation, n'a pas réussi à en retrouver une au sein du deuxième groupe. Il s'est trouvé face à plus de personnes, il a pris la place de « nouveau participant » dans un nouveau cadre d'hospitalisation. Cette situation n'est pas simple à appréhender et demande des capacités d'adaptation dans plusieurs domaines. Il s'agit aussi de comprendre les normes de ce groupe et s'y sentir suffisamment à l'aise. Le seul moment où Mr Aph prenait du plaisir selon les dires des professionnelles, c'était pendant les temps d'activité où il fallait se mettre en mouvement. Mr Aph n'allait plus chercher le contact social avec les autres membres comme il pouvait le faire dans le premier groupe.

La place n'est pas seulement attirée à la « hiérarchie sociale » (Marc & Bonnal, 2014, p. 88) mais il y a tout l'aspect symbolique et subjectif en jeu. Nous pouvons la mettre en lien avec l'espace, dans l'imaginaire groupal. Cette notion apporte une individuation mais en même temps une certaine relation, puisqu'une place a une importance seulement s'il y en a une autre en regard.

### **3.5 La pair-aidance**

« La pair-aidance repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. » (Martin & Gallier, 2022)

Cette notion provient du champ de la psychiatrie. Cependant, elle est en train de se développer dans le domaine de la santé en général. Certains anciens patients, sur la base du volontariat, sont formés puis intégrés dans certains services comme médiateurs de santé. La *pair-aidance* regroupe l'accompagnement, l'entraide et le soutien, en appui sur son vécu personnel. Il y a un partage d'expérience du parcours de soins et de rétablissement. Le patient prend ainsi une autre place qui peut contribuer à sa renarcissisation par le biais de ce nouveau statut social.

La *pair-aidance* est en plein développement et expansion. C'est un dispositif qui aurait pu être intéressant à mettre en place dans la continuité de l'hospitalisation et de la rééducation de Mr No. Il a pu interagir avec les différentes personnes dans le groupe mais

il a également semblé s'ouvrir aux autres professionnels dans l'ensemble de l'institution. Cependant, il n'a pas réussi à maintenir sa rééducation en dehors de l'hôpital. L'accompagnement d'un pair-aidant dans la suite de son parcours aurait pu être intéressant et bénéfique, notamment dans son évolution à l'extérieur de la structure.

Au sein du dispositif dont j'expose les séances, la pair-aidance n'est pas présente dans toutes les dimensions qui la composent mais le partage d'expérience et l'entraide y sont favorisés. Le groupe est composé de patients ayant la même pathologie : ils ont tous subi un AVC dans les mois précédents. Ils n'ont pas tous la même symptomatologie pourtant ils se retrouvent tous réunis. Chacun peut alors être amené à partager son vécu de l'épreuve qu'il traverse. Par exemple, lorsque Mr Aph évoque ses difficultés avec la rééducation en kinésithérapie, cela facilite la parole d'une autre patiente qui dit être également confrontée à ce qu'il vit. Cela peut permettre de rassurer, se sentir moins seul et de créer une relation de confiance. Le sentiment d'appartenance est aussi renforcé par ces mécanismes.

Tous ces processus amènent des changements, des remaniements dans le groupe mais également chez l'individu.

### **3.6 Le changement**

« L'expérience groupale n'est pas un instrument au service du changement : elle est, par elle-même, une expérience de changement, vécue dans l'ici et maintenant du groupe » (Marc & Bonnal, 2014, p. 184).

Si le patient s'autorise à être libre et à se laisser découvrir de nouvelles choses, d'exprimer ce qu'il ressent, il va augmenter son espace de liberté et ainsi travailler sur soi dans un espace sécurisant. Tous les apports de ce dispositif peuvent avoir un impact, même minime, sur la personne. Dans les différentes théories sur la dynamique de groupe, les auteurs abordent souvent *l'inconscient groupal*. Lorsque quelque chose se débloque ou au contraire se bloque chez une personne, la mobilisation du groupe change.

Quand j'ai retrouvé Mr No plus ouvert dans le groupe, je me suis sentie moi-même plus présente et plus investie. J'ai eu l'impression d'être plus attentive à l'ensemble des patients et pas seulement fixée sur ce que lui pouvait faire ou émettre.

Un changement chez un patient est souvent d'abord perceptible au sein du soin thérapeutique avant d'être visible à l'extérieur du groupe, dans la société.

Dans cette partie, nous avons exploré le vécu des patients au sein de cette prise en charge groupale. La sphère corporelle et émotionnelle est mise au travail à travers différentes activités proposées. Les processus déployés dans l'enveloppe du cadre créent une illusion groupale à l'intérieur de laquelle chacun doit trouver sa place. L'évolution des interactions et des relations entraîne des changements plus ou moins transférables dans la rééducation. En effet, la prise en charge groupale présente également des limites. Quelle que soit la modalité de la prise en charge, il est difficile de trouver un dispositif idéal convenant à l'ensemble des patients. Parfois, d'autres types de prise en charge s'avèreront complémentaires ou plus adaptés à la personne.

## **4 Pourquoi le groupe ?**

### ***4.1 Les différences avec la prise en charge individuelle***

Pendant ces séances groupales, patients comme stagiaire, au milieu de plusieurs personnes, nous montrons une partie de nous-même, pas seulement au thérapeute.

Une séance individuelle sera différente d'une autre par les médiations utilisées, le psychomotricien, le matériel utilisé ou bien même, selon le lieu. En groupe, en plus de tous ces facteurs, le cadre du dispositif fait intervenir d'autres paramètres. Est-ce un groupe ouvert ou fermé ? Est-ce que de nouvelles personnes vont arriver ? Là où dans une séance individuelle, le patient est seulement en tête-à-tête, il y a un va-et-vient présent lors d'un groupe ouvert. Plus il y a de participants et plus le nombre de relations augmentent. L'inconnu prend une grande place et les interactions sont moins contrôlables et familières. Même si certains patients arrivent à l'heure, d'autres ne le sont peut-être pas, il faut alors attendre. L'ambiance dans la séance ne dépendra pas seulement de soi mais de tout ce que les autres y amènent.

Lors des séances individuelles, une résonance peut avoir lieu, un transfert et contre-transfert entre le patient et le thérapeute. Tandis qu'en groupe, le patient peut avoir des interactions et des liens avec différentes personnes. « En effet, le groupe dilue les réactions transférentielles des participants et diminue l'anxiété que chacun peut ressentir dans la relation duelle qui est celle de la thérapie individuelle » (Marc & Bonnal, 2014, p. 140).

Au sein du groupe, il existe une diversité de transferts : sur le thérapeute, sur les participants et sur le groupe. Le professionnel peut mieux interpréter les transferts lorsqu'il

n'est pas impliqué directement dedans, notamment avec l'aide d'un co-animateur, s'il y en a un. Animer un groupe à plusieurs permet de croiser les regards. Les différences d'observation s'enrichissent les unes les autres. De plus, selon notre filtre personnel et notre manière de fonctionner, nous sommes sensibles à différents éléments. Ainsi, en tant que stagiaire accompagnée par deux psychomotriciennes, j'ai pu affiner mon regard et élargir mon champ d'observation. De plus, mon positionnement m'a permis de prendre conscience de certains éléments complémentaires de la perception des professionnelles sur les patients.

#### ***4.2 Bénéfices pour les patients***

« Le groupe est stimulant et régulateur » (Blossier, 2002, p. 35).

Durant mon expérience au sein du groupe, j'ai pu voir des évolutions positives. La progression de l'état général des patients fait partie d'un maillage, tissé de l'ensemble des rééducations et apports de chaque professionnel, et des capacités de récupération inhérentes à chaque patient.

Ce dispositif groupal permet aux patients d'être au contact de leurs pairs. Dans le cas de Mr No, le groupe a permis d'encourager ce que nous pourrions appeler une intégration sociale. Il s'est investi dans un espace qu'il ne semblait pas vouloir connaître au début, dans lequel il a fait des rencontres et s'est ouvert peu à peu aux différentes personnes présentes. Il est sorti de son isolement le temps de sa rééducation pendant l'hospitalisation. Il a pris le temps de s'extraire de sa chambre, de venir jusqu'au bureau des psychomotriciens, de nous attendre puis de monter jusqu'à la salle. Tout le procédé pour aller en séance est déjà un engagement de sa part. Il a commencé un processus de réappropriation de son corps abîmé en le redécouvrant au fur et à mesure des activités proposées. Mr No a également entrepris un réinvestissement progressif de ses capacités résiduelles.

Les échanges avec les autres patients permettent de rencontrer de nouvelles personnes et créer du lien dans ce lieu inconnu. Il existe donc des bénéfices sociaux.

Un bénéfice motivationnel est également visible chez certains. Les patients peuvent prendre appui sur ce que leur renvoient les autres, en essayant de se dépasser et de faire mieux. Une réaction en miroir apparaît : « il le fait donc pourquoi pas moi » ? La motivation est un levier important pour l'investissement dans le groupe mais aussi dans les différents soins.

Ce type de prise en charge peut générer une certaine créativité et autonomie, qui peut être soutenue par les autres. Lors des activités, chaque patient est amené à apporter sa pierre à l'édifice de la séance, parfois avec l'aide des autres membres. Si des personnes sont plus timides, les autres peuvent les porter. Travailler en petit groupe peut ainsi permettre de développer l'autonomie. Le thérapeute n'a pas besoin d'être actif et présent en permanence auprès des patients, il peut se tenir plus en retrait et en observation. De plus, grâce à l'alliance des idées des personnes réunies, la créativité peut mûrir petit-à-petit.

Ces séances au sein du maillage de la rééducation montrent des évolutions positives par rapport aux objectifs de chacun. Les changements qui s'effectuent dans l'espace du groupe de psychomotricité en sont témoins. Ainsi, des bénéfices notamment sociaux, motivationnels, d'entraide, d'autonomie, de créativité, de reprise de confiance en soi découlent du dispositif groupal.

Néanmoins, il existe également des limites à cette prise en charge qui viennent questionner l'intérêt de proposer un dispositif groupal selon les problématiques des patients.

#### **4.3 Limites de la prise en charge groupale**

Le dispositif groupal n'est pas la solution à toutes les problématiques. Comme pour toutes les thérapies, il comporte des avantages mais également des inconvénients ou limites. De plus, tous les patients ne sont pas compatibles avec ce type de dispositif. Certains ne sont pas assez à l'aise en groupe ou ne veulent pas en faire partie. C'était le cas de Mr G.

*Au sein du groupe post-AVC, j'ai rencontré Mr G que j'ai vu deux fois en séance de groupe. Les psychomotriciennes avaient besoin d'aller le chercher dans sa chambre et de le motiver pour qu'ils viennent y assister. Cependant, au bout de la troisième fois, le patient ne voulait plus du tout venir. Le suivi ne s'est pas arrêté là, une des psychomotriciennes l'a alors pris en charge en individuel.*

Comme vu précédemment, les symptomatologies entraînent diverses atteintes, de ce fait les patients ne présentent pas forcément les mêmes capacités. Ainsi, un groupe s'avérera plus ou moins hétérogène. Les possibilités de travail groupal pourront s'en trouver limitées et les bénéfices moindres qu'espérés.

*Un patient, Mr T, était en binôme avec un autre patient, Mr M, qui présentait des troubles phasiques beaucoup plus importants. Mr T rencontrait certes des difficultés cognitives, mais il comprenait plus rapidement et pouvait répondre plus facilement. L'évolution des symptômes était différente entre les deux patients mais chacun pouvait trouver sa place et travailler selon sa propre problématique. Cependant, un nouveau patient est venu se rajouter à l'équation, présentant des troubles similaires à Mr M. Il a alors été décidé par les psychomotriciennes que Mr T passe en séance individuelle afin de pouvoir approfondir les points nécessaires avec lui, et de garder au sein du groupe les deux autres patients plus en difficultés. Ainsi, une orientation plus spécifique a pu se faire avec Mr T uniquement, et un autre travail s'est effectué avec les deux autres patients réunis.*

Mr T avait certes ses propres difficultés, mais le travail thérapeutique effectué pour répondre à ses besoins ne correspondait pas au niveau de séquelles des deux autres patients.

Certaines symptomatologies comme l'anosognosie peuvent aussi mettre à mal le travail au sein des séances, mais cet écueil se retrouve également en prise en charge individuelle.

Lors des séances individuelles, la toute-puissance du patient peut être évoquée, mais elle peut l'être aussi dans les séances groupales. Un patient qui a moins de difficultés et qui réussit tout ce qui est proposé peut se mettre dans une posture de toute puissance pouvant mettre en péril la cohésion ou l'ambiance du groupe.

L'effet miroir que j'ai évoqué précédemment peut également faire partie des limites. C'est un processus qui peut être confrontant pour le patient. Chacun est mis face à ses difficultés ou renvoyé à celles des autres. Voir quelqu'un mieux réussir que soi peut entraîner un impact négatif.

Pour Mr Aph, c'est peut-être un des aspects qui l'a mis à mal lors de son arrivée dans un nouveau groupe. Dans le premier, en hospitalisation complète, il était le patient le moins en difficulté, stimulant les autres. Puis il s'est retrouvé confronté à des personnes plus nombreuses, plus avancées dans leur récupération donc plus autonomes. De ce fait, maintenir son rôle de leader/aidant lui a sans doute été difficile, face à des personnes ayant un même, voire meilleure, niveau de capacités que lui. Il s'est alors retrouvé davantage confronté à ses propres difficultés résiduelles. Il a pu vivre une désillusion, le groupe attendu ne correspondant pas à ce qu'il en espérait ou imaginait.

Nous pouvons également souligner l'effet-miroir inverse : voir un patient « plus atteint » en face de soi, peut susciter des angoisses liées au risque de récurrence et de possible dégradation catastrophique de son futur état de santé.

Au sein des établissements de santé, les demandes institutionnelles de développer la prise en charge groupale se développent de manière croissante. Elle présente en effet différents types de bénéfices et s'avère ainsi être une prise en charge souvent adaptée et pertinente. Cependant, certaines de ses limites nécessitent de mener une réflexion personnalisée pour chaque patient. Le groupe ne correspond pas à tous les profils, la diversité des symptomatologies peut freiner l'évolution du groupe ainsi que les dynamiques de rôles en jeu. De plus, l'effet-miroir entre les patients peut être confrontant pour certains.

# CONCLUSION

# CONCLUSION

Durant cette dernière année d'étude, j'ai développé ma posture professionnelle et enrichi ma pratique grâce à l'évolution constructive de mes cours en parallèle de mes stages. Le champ de la psychomotricité auprès d'adultes en rééducation a été une découverte qui m'a beaucoup questionnée. Le travail mené dans ce domaine paramédical s'articule avec les apports des autres rééducations au sein d'un projet de soins, coordonné et personnalisé à chaque patient. Les différents niveaux de participation et d'investissement des participants aux séances et notamment, l'impact de l'effet de groupe, m'ont interrogée tout au long de mon stage.

L'AVC est une pathologie entraînant des séquelles variées et selon les capacités de récupération du patient, elles ne vont pas s'exprimer de la même façon ni évoluer au même rythme. Dans le cadre d'un programme intensif de rééducation, la prise en charge groupale a été largement développée.

Au sein de cette institution, j'ai pu découvrir l'intérêt et la répercussion des activités proposées en psychomotricité sur l'évolution des patients. Au long des études de cas de Mr Aph et Mr No, je me suis interrogée sur l'apport de cette prise en charge groupale dans la rééducation de l'AVC. À partir de la théorie, mise en lien avec la clinique, j'ai pu associer les différents processus mis au travail au sein d'un dispositif de prise en charge collective, au sein d'un cadre contenant et sécurisant facilitant les interactions entre pairs, favorable aux changements et à la reprise de confiance en soi.

Plusieurs processus, mis au travail dans le dispositif groupal, permettent aux patients de s'appuyer sur les capacités des autres et favorisent des systèmes d'entraide. Le groupe en psychomotricité est porteur de relation, de mise en mouvement et d'engagement. Il en existe néanmoins des limites et des inconvénients. Nous avons notamment pu pointer les difficultés liées à l'hétérogénéité des symptômes, les effets-miroirs parfois négatifs, la complexité des profils de patients et leurs capacités variables à transférer leurs acquis à l'extérieur, ainsi que les dynamiques de groupe en jeu.

Ainsi, si nous reprenons le cas de Mr Aph, nous pouvons dire qu'il a été très porteur pour le groupe et s'est beaucoup investi, dès le début de l'accompagnement. Pourtant, lorsqu'il est admis dans un autre groupe, il ne réussit pas à trouver sa place. Je me suis

alors questionnée sur l'ensemble des causes qui ont mis à mal ce patient dans ce changement de cadre.

Mr No, lui, s'engage difficilement dans le groupe à son arrivée. Au fil des séances, il se met davantage en mouvement et s'ouvre à l'échange. Cependant, lorsque la rééducation à l'hôpital se termine, il désinvestit les soins en libéral. Je me demande alors quel type d'accompagnement ultérieur aurait pu lui convenir à la fin de sa prise en charge, afin d'éviter une rupture trop brutale et maintenir un lien entre le milieu hospitalier et la solitude du retour à domicile.

J'ai observé l'évolution de ces deux patients dans un cadre spécifique. Après leur passage dans ce groupe, les patients ont montré des difficultés à s'adapter soit à un autre dispositif groupal, soit à en maintenir les bénéfices dans leur vie extérieure.

Ces écueils soulignent l'intérêt de réfléchir à la prise en charge d'aval. En effet, le travail ne se limite pas au seul moment de la rééducation intensive. Il est intéressant de se questionner sur les suites à donner. Quels moyens pourraient-êtr mis en place afin de pérenniser ces bénéfices obtenus au sein du groupe de psychomotricité ?

Coupler la prise en charge individuelle et groupale pourrait déjà être un moyen à envisager. Elles seraient complémentaires et permettraient de travailler des objectifs en lien avec la suite de la rééducation. En séance individuelle, un accompagnement plus spécifique et personnalisé sur la transition entre deux modes d'hospitalisation pourrait être exploré. Dans le cas de Mr Aph, cela aurait peut-être pu faciliter le passage et l'investissement d'un groupe à l'autre.

Passer du cadre fermé de l'hôpital au retour au monde « ordinaire » n'est pas simple. C'est pourquoi, il pourrait être intéressant de penser à une mise en lien entre les patients et une association extérieure afin de créer un maillage social. Pour des patients comme Mr No ayant des antécédents d'addiction, sans proches, le retour à domicile est une étape qui pourrait être facilitée par un soutien extérieur, ne laissant pas la personne seule face à ses problématiques.

# **BIBLIOGRAPHIE**

# BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2000). Le groupe et les groupes. In *La dynamique des groupes restreints* (12e éd, p. 17- 160). Presses universitaires de France.
- Barrou, M., & Sarraf, T. (2014). Quels sont les impacts des déficiences motrices et psychomotrices après une lésion cérébrale ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118(3), 59- 68.  
<https://doi.org/10.3917/jalmalv.118.0059>
- Bertin, C. (2010). Corps en groupe—Corps groupal ... Une lecture psychomotrice du groupe à médiation corporelle. *Thérapie psychomotrice - et Recherches-*, 163, 36- 49.
- Bezanson, C. (2016). Les accidents vasculaires cérébraux. *Revue Francophone d'Orthoptie*, 9(2), 63- 67. <https://doi.org/10.1016/j.rfo.2016.03.002>
- Blossier, P. (2002). *Groupes et psychomotricité : Le corps en jeu*. Solal.
- Bousser, M.-G. (2016). *AVC : En r chapper et y échapper*. Le muscadier. <https://unr-ra-scholarvox-com.docelec.univ-lyon1.fr/book/88838622>
- Cambier, J. (2012). *Neurologie* (13.  d). Elsevier Masson.
- Chagnon, J.-Y., Chabert, C., & Collectif. (2014). *40 commentaires de textes en psychologie clinique*. Dunod. <https://unr-ra-scholarvox-com.docelec.univ-lyon1.fr/book/88920679>
- Courberand, D. (2010). Les groupes thérapeutiques en psychomotricité. *Thérapie psychomotrice - et Recherches-*, 163, 88- 95.
- Deroide, N., Nih, L. R., Tran Dinh, R. Y., Lévy, B., & Kubis, N. (2010). Plasticité cérébrale : De la théorie à la pratique dans le traitement de l'accident vasculaire cérébral. *La Revue de Médecine Interne*, 31(7), 486- 492. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2009.08.014>
- Ehrl , N., Maarouf, A., Chaunu, M.-P., Sabbagh-Peignot, S., & Bakchine, S. (2012). Syndrome de Gerstmann acquis ou développemental. Illustration chez une patiente atteinte de sclérose en plaques. *Revue Neurologique*, 168(11), 852- 860.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurol.2011.11.006>
- HAS. (2010, juin 23). *Accident vasculaire cérébral : Prise en charge précoce (alerte, phase pr hospiti re, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-)

charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse

- HAS. (2022). *Rééducation à la phase chronique de l'AVC de l'adulte : Pertinence, indications et modalités*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/\\_reco\\_321\\_argumentaire\\_avc\\_mel\\_lg\\_v0\\_mg.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/_reco_321_argumentaire_avc_mel_lg_v0_mg.pdf)
- Larousse (Éd.). (2005). In *Le petit Larousse illustré : En couleurs 87000 articles, 5000 illustrations, 321 cartes, cahiers thématiques, chronologie universelle* (p. 528). Larousse.
- Laurent, P. (2013). PIERRE PRIVAT, « Accueillir, contenir, transformer en groupe thérapeutique d'enfants », in Kaës R., Laurent P. (dir.), *Le processus thérapeutique dans les groupes*, Érès, 2009, 67-76: In *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle* (p. 321-326). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.drie.2013.01.0321>
- Les facteurs de risque | Fondation pour la Recherche sur les AVC*. (s. d.). [Fondation pour la Recherche sur les AVC]. Fondation pour la Recherche sur les AVC. Consulté 1 mai 2023, à l'adresse <http://www.fondation-recherche-avc.org/les-facteurs-de-risque>
- Lompo, L. D., Ouédraogo, A. M., Somé, A., Diallo, O., Napon, C., & Kaboré, B. J. (2021). La Douleur Centrale Post Accident Vasculaire Cérébral au Chu Tingandogo de Ouagadougou (Burkina Faso) : Fréquence, Profil Clinique, Qualité de Vie des Patients et Facteurs Associés. *Meédecine Tropicale et Santéé Internationale*, 1(1), 1160-X245. <https://doi.org/10.48327/1160-X245>
- Marc, E., & Bonnal, C. (2014). *Le groupe thérapeutique : Approche intégrative*. Dunod. <https://unra-scholarvox-com.docelec.univ-lyon1.fr/book/88920825>
- Martin, C., & Gallier, R. (2022). L'utilisation des outils de l'approche centrée solutions dans un groupe de pair-aidance pour lutter contre la rupture sociale. *Thérapie Familiale*, 43(3), 205-226. <https://doi.org/10.3917/tf.223.0205>
- Mas, J.-L., & Leys, D. (2018). *Accidents vasculaires cérébraux : Thérapeutique*. Doin.
- Mucchielli, R. (2017). *La dynamique des groupes* (24e éd. 2017). ESF éditeur.
- Oberlé, D. (2015). *La dynamique des groupes*. Presses universitaires de Grenoble.
- Potel Baranes, C. (2019a). 19. La question du cadre thérapeutique. La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien* (p. 357-381). Érès. <https://www.cairn.info/etre-psychomotricien--9782749264264-p-357.htm>

- Potel Baranes, C. (2019b). 21. Médiations thérapeutiques et symbolisations en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 400-415). Érès. <https://www.cairn.info/etre-psychomotricien--9782749264264-p-400.htm>
- Potel Baranes, C. (2019c). 22. Les groupes en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 416-434). Érès. <https://www.cairn.info/etre-psychomotricien--9782749264264-p-416.htm>
- Uchino, K., Pary, J. K., & Grotta, J. C. (2009). *Urgences neurovasculaires*. Elsevier Masson.

Vu par la maître de mémoire

À Lyon, le 10/05/2023

Fabienne Anjilbert - Nagard  


**Auteur** : Jade CUNY

**Titre** : La rééducation psychomotrice de l'accident vasculaire cérébral au sein d'un groupe

**Mots - clés** : Accident Vasculaire Cérébral – groupe – psychomotricité – cadre thérapeutique – rééducation

Stroke – group – psychomotor – therapeutic framework – rehabilitation

**Résumé** : L'accident vasculaire cérébral est une pathologie qui atteint un grand nombre d'individus. La personne est impactée dans sa globalité et de nombreux troubles en découlent. Dans certaines institutions, des programmes intensifs et précoces sont mis en place afin d'améliorer leur récupération et autonomie. La psychomotricité fait partie de cette rééducation pour accompagner les patients dans leurs difficultés. La thérapie groupale est alors un moyen très répandu pour répondre aux demandes. C'est dans le cadre d'un groupe post-AVC en psychomotricité, que je me suis interrogée sur l'intérêt de cette thérapie pour les patients à la suite d'un AVC. Que peut apporter la prise en charge groupale en psychomotricité dans la rééducation intensive de l'accident vasculaire cérébral ?

**Abstract**: A stroke is a pathology reaching many people. The person is impacted in his entirety, and many disorders arise from this. Early care helps patients to recover freedom in everyday's life as much as possible. Some institutions set up intensive programs to improve patient's recovery. Psychomotricity belongs to this rehabilitation to support patients in their difficulties. From the observation of a psychomotricity post-stroke group, I wondered on the interest of post-stroke patient group therapy. What does group psychomotor therapy contribute to intensive stroke rehabilitation?