



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

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



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

**UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1**

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

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

Professeur Xavier PERROT

**Retour en terres inconnues**

*La psychomotricité pour lier expériences et représentations  
chez un jeune traumatisé crânien*

**Mémoire présenté pour l'obtention**

**Du diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Laurie GUIONNET**

Juin 2016

N° 1331

Directeur du Département Psychomotricité

**Marie-Aimée ROCHER**

## Remerciements

Tout d'abord je souhaite remercier chaleureusement Charlotte, ma maîtresse de mémoire pour sa disponibilité, son regard vif et pertinent et ses précieux conseils. Toujours d'un soutien sans faille, du début à la fin, du petit matin jusqu'au soir ;), elle a permis, malgré les fluctuations de mes réflexions et de ma motivation, qu'écluse ce mémoire dont je suis fière.

Merci à mes correcteurs, fidèles au poste : ma mère et mon père pour leur regard bienveillant, parfois critique mais toujours constructif.

Maman, merci de m'avoir tant encouragé et soutenu.

Bien sûr je souhaite dire merci à Émilie, qui suit les aventures d'Octave depuis le premier jour. Tu as su me conter tes impressions tant sur lui qu'à travers mes écrits. Merci aussi d'avoir été attentive et d'avoir pris le temps de commenter ce mémoire.

Merci également à mes maîtres de stage qui m'ont transmis leur passion d'être psychomotricienne et qui ont m'ont généreusement fait partager leurs regards, leurs réflexions.

Je salue amicalement toutes les personnes qui m'ont soutenues de près ou de loin durant ce mémoire : Adriane, Marion, Pauline, Lucile, Marie-jo, Gino, Lola, Clémentine, Ophélie, Laurette, Juliette, Éloïse, Charles, Lionel, Margaux, Mamies et Papi...

Enfin, merci à tous les patients rencontrés : chacun d'entre vous colore mon cheminement professionnel et personnel.

*«Chaque blessure, chaque maladie de quelque importance affectant notre corps,  
développe une aventure où sont engagées de façon durable  
toutes nos dimensions somatiques, psychologiques, sociales.  
Mais ce modèle général a ici une pertinence particulière :  
un traumatisme crânien représente toujours une agression  
affectant en cercles concentriques le sujet tout entier,  
son corps, sa personne, ses liens»*

(Toubert-Duffont, Courtinat-Camps, 2013)

Partie théorique	
<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>CHAPI : Traumatisme crânien &amp; lésions cérébrales</b>	<b>9</b>
I) Le traumatisme crânien	9
a) <i>Définition du TC et niveaux de gravité</i>	9
b) <i>Types de lésions</i>	10
II) Conséquences de la cérébrolésion : troubles et atteintes	12
a) <i>Troubles sensoriels et de la sensibilité</i>	12
b) <i>Atteintes physiques et fonctionnelles</i>	13
c) <i>Troubles du schéma corporel</i>	14
d) <i>Troubles neuropsychologiques et cognitifs</i>	15
III) Prise en charge du traumatisé crânien sévère	19
a) <i>Le parcours de soin</i>	19
b) <i>Le coma, l'état végétatif, le mode paucirelationnel et l'état de conscience minimale</i>	20
c) <i>La phase d'éveil de coma et l'amnésie post-traumatique</i>	20
d) <i>Le long temps des rééducations</i>	22
e) <i>La réadaptation et la réinsertion</i>	23
<b>CHAP II : Le vécu du traumatisme crânien</b>	<b>24</b>
I) Comment les lésions cérébrales impactent la vie psychique	24
a) <i>Du matériel cérébral nécessaire à la vie psychique</i>	24
b) <i>La cérébralité</i>	25
c) <i>Séquelles comportementales, émotionnelles et de la personnalité</i>	26
II) Quand le TC fait trauma	28
a) <i>L'effraction et l'effroi</i>	28
b) <i>Rupture dans la continuité d'être</i>	30
c) <i>L'amnésie post-traumatique</i>	31
d) <i>Maladie et hospitalisation : expériences anxiogènes pour l'enfant</i>	31
e) <i>Travail de la maladie entravé</i>	31
f) <i>Bouleversement de l'identité</i>	32
III) Expérience du corps modifiée et atteinte narcissique	34
a) <i>Regard des autres, atteinte narcissique et image du corps</i>	34
b) <i>Quand la psyché réagit : angoisses réactualisées, moyens de défense</i>	35
c) <i>Résilience</i>	36

<b>CHAP 1 : Éléments d'anamnèse et accident</b>	<b>38</b>
I) L'histoire d'Octave	38
II) Juillet 2015 : l'accident, ses séquelles et le parcours de soin	38
III) L'arrivée d'Octave au centre	40
IV) Le projet initial de soins d'Octave	41
<b>CHAP 2 : Premières rencontres et état des lieux</b>	<b>42</b>
I) Quand l'imaginaire précède la rencontre	42
II) Les présentations: l'imaginaire à l'épreuve du réel	42
III) Observations psychomotrices d'Octave	44
a) <i>Observations générales</i>	44
b) <i>Le handicap invisible</i>	45
c) <i>La déliaison</i>	48
d) <i>Octave en relation</i>	50
e) <i>Ses appuis</i>	50
f) <i>Projet de soin psychomoteur</i>	51
<b>CHAP 3 : Le temps des ajustements à l'aube des premières constatations</b>	<b>52</b>
I) Allons revisiter le corps	52
II) En piste !	53
III) Bilans de ces premières séances	54
a) <i>Au niveau des repères corporels</i>	54
b) <i>Quant à l'investissement corporel</i>	55
c) <i>Au sujet de l'engagement corporel</i>	56
<b>CHAP 4 : Un nouvel angle d'approche</b>	<b>57</b>
I) Un rituel pour se repérer et s'approprier	59
II) Reconquête du corps : oui mais avec simplicité	59
III) Allons investiguer l'expression corporelle	60
a) <i>Nous sommes des comédiens</i>	61
b) <i>Mimons des actions</i>	63
<b>CHAP 5 : Bilan et fin brutale</b>	<b>65</b>
I) Une évolution à évaluer	65
II) Un événement inattendu qui crée la rupture	66
III) Il faut se dire au revoir	66
a) <i>Fin définitive du jeu</i>	66
b) <i>Scène finale</i>	67

<b>CHAP 1 : Retournons sur la déliaison</b>	<b>69</b>
I) Définition du phénomène de déliaison	69
II) Le regard neuropsychologique de la déliaison	69
a) <i>Troubles de la représentation</i>	70
b) <i>Troubles du langage</i>	71
III) L'existence mise à mal	72
a) <i>Une expérience corporelle inédite qui fait non-sens</i>	72
b) <i>Dé liaisons du Moi et du monde des objets</i>	74
c) <i>L'évidence de soi remise en jeu</i>	75
d) <i>Des perceptions nouvelles et un vocabulaire ancien</i>	76
e) <i>Autres notions à prendre en compte</i>	76
IV) Expressions de la déliaison : des terres inconnues	77
a) <i>Mon corps ce pays inconnu</i>	77
b) <i>Quand l'environnement n'a pas de sens</i>	77
c) <i>Des mots flous</i>	78
V) Conséquences psychocorporelles de la déliaison	79
a) <i>Des vécus d'étrangeté – à propos de l'image du corps</i>	79
b) <i>Défaut d'investissement corporel et d'expression</i>	80
c) <i>Manque de sens à l'existence</i>	80
<b>CHAP II : La psychomotricité pour une exploration partagée</b>	<b>81</b>
I) Salle de psychomotricité : lieu d'aventures	82
a) <i>Accoster sur la terre du corps</i>	82
b) <i>Au pays de l'espace et du temps</i>	82
c) <i>Explorer des notions</i>	83
II) Un compagnonnage nécessaire	83
a) <i>Prêter son appareil à penser</i>	84
b) <i>Jouer : à deux c'est mieux !</i>	85
III) Retrouver des lieux connus	86
a) <i>De l'intérêt d'investiguer dans toutes les directions</i>	86
b) <i>Reviviscence</i>	86
<b>Conclusion</b>	<b>88</b>
<b>Annexes</b>	<b>89</b>
<b>Références</b>	<b>92</b>

Je ne sais plus comment cette envie est apparue ni comment elle s'est nourrie au début. J'ai le sentiment coriace que le désir de travailler avec les accidentés me suivait et m'animait bien avant la psychomotricité. Les prémices de ma curiosité et de mes questionnements se portaient sur l'identité après un bouleversement somatique ou cérébral.

A la rentrée, j'ai pu démarrer mon stage en rééducation fonctionnelle pédiatrique. Dans ce contexte, mes réflexions se sont précisées : comment les lésions cérébrales modifient le fonctionnement mental et altèrent le corps dans ses dimensions physiques et fonctionnelles ? Comment le traumatisme crânien fait rupture entre l'enfant qu'il était avant et celui du maintenant (et l'adulte qu'il va devenir?) ? Tout est remis en cause sous le joug de nouvelles incapacités, de déficits... Au réveil, les enfants sont différents : dans leur corps, dans leur tête... Alors à partir de ce nouvel équipement neuromoteur, comment se définir ? Quid de la reconstruction identitaire quand les repères ont autant changé ?

De mes premières rencontres avec ces patients au cerveau abîmé, j'en garde aussi la découverte du traumatisme psychique. Il prend racine par le contexte accidentel et s'étoffe par le sentiment d'un corps étranger au vu des différentes atteintes mais aussi de la rupture du sentiment contenu d'existence. Face à ces patients on saisit bien vite que ce ne sont pas uniquement les dimensions cognitive et somatique qui sont touchées : l'appareil psychique a aussi été débordé par l'accident et il doit composer, entre autres, avec les pertes narcissiques et identitaires. Alors, j'ai essayé de comprendre en quoi le traumatisme crânien devient un traumatisme psychique. Et comment les lésions cérébrales et les troubles engendrés spécifient ce traumatisme.

Et puis, il y a eu les mots des enfants : « c'est bizarre » « c'est étrange » lors de stimulations multisensorielles. Toute stimulation faisait du « bizarre ». C'est comme si les données sensorielles ne pouvaient plus être identifiées et donc nommées. Plus largement, je découvrais pour ces mêmes enfants que ce phénomène s'étendait à bien d'autres sphères : les repères corporels, spatio-temporels, le monde des objets et des concepts, les praxies... Le flux d'informations sensorielles ne prend plus sens, ils vivent donc dans un chaos de sensation. Le sens inverse est aussi vrai : les mots, donc les représentations, sont vidés de leur expérience, donc de leur sens.

Au fil des discussions, je cernais un peu plus ce phénomène qui peut être nommé déliaison. Il peut trouver des axes de compréhension par l'abord neuropsychologique, avec les lésions cérébrales et psychanalytique avec les conséquences du traumatisme psychique.

Il y a de nombreuses questions et finalement assez peu de pages pour tenter d'y répondre. Alors je vais tenter de rendre compte dans ce mémoire des sujets qui m'ont paru primordiaux.

D'abord, il me fallait présenter *les* traumatismes crâniens. Ce sera le sujet de ma première partie. En effet, le panorama des lésions cérébrales est aussi large que le nombre de personnes accidentées. Ces mêmes blessures du tissu nerveux central pourront déclencher des troubles et des atteintes sur quasiment toutes les sphères de l'unité psychocorporelle. Je dresserai donc un portrait des modifications possibles. En cohérence avec mon étude de cas, la partie théorique du traumatisme crânien sera traitée sous l'angle de la pédiatrie. De plus, j'axerai surtout sur les déficits neuropsychologiques qui constituent « le handicap invisible ».

Ensuite, j'aborderai la cérébrolésion en tant qu'événement traumatique au sens psychanalytique. Nous verrons alors que des lésions cérébrales sont aussi des impacts dans la vie psychique. Après l'accident qui fait rupture dans le sentiment d'existence, le jeu des modifications physiques, fonctionnelles et cognitives, en modifiant l'expérience du corps, vient compléter le tableau traumatique.

Cet écrit trouve son sens et son illustration dans la deuxième partie. Il s'agit de la rencontre avec Octave : jeune garçon de 13 ans, qui porte les séquelles invisibles d'un accident l'été dernier. Il m'a emmenée naviguer entre neurologie et psychologie, entre lésions cérébrales, troubles neuropsychologiques et traumatisme psychique. Avec lui, j'ai pu découvrir que dire un mot ne signifiait pas toujours le connaître et le savoir, que le phénomène de déliaison créait un monde absolument étranger et chaotique où peu de choses étaient saisissables : les sensations, les objets et leurs utilisations, les codes sociaux, son corps et son être... C'est de ces terres inconnues dont j'aimerais vous parler.

C'est dans ce contexte qu'un travail de fourmi commençait : faire de la psychomotricité le moment et l'espace d'expériences et prêter notre appareil à penser pour mettre du sens entre les vécus, les représentations et le langage. Ce travail de nouage débutait naturellement sur le premier et peut être le plus important territoire d'aventure, lui-même devenu inconnu : le corps. Petit à petit, d'autres rivages furent explorés et revisités : l'espace, le temps, les émotions... Et c'est ainsi que les repères ont pu doucement et avec répétition se reconstruire. L'inconnu a doucement fait place au connu. C'est ce périple que j'aimerais retranscrire et expliciter dans la troisième partie.

## **CHAPITRE 1 : Traumatisme crânien et lésions cérébrales**

### **I) Le traumatisme crânien**

Les causes du traumatisme crânien (TC) sont majoritairement accidentelles avec pour 52% des cas un accident de la voie publique (Azouvi, P. *et al*, 2014) les chutes étant la deuxième cause..

Quant aux enfants, il faut rajouter d'autres causes comme les noyades, la maltraitance... A ce sujet, en pédiatrie on estime à 39% la part de décès par TC dans un contexte accidentel. C'est le premier risque de décès dans de telles circonstances (Javouhey, Guerin, Chiron, 2006). Parmi les TC des enfants : 20% seraient sévères.

La prise en charge des traumatisés crâniens graves, et plus particulièrement de ceux des enfants est donc un enjeu de santé publique.

#### ***a) Définition du Traumatisme crânien et niveaux de gravité***

Il existe de nombreuses définitions du traumatisme crânien (TC). Je propose la suivante qui me semble suffisamment large pour retranscrire les nombreuses nuances du TC : « *Toute agression mécanique directe ou indirecte responsable soit d'une fracture du crâne, soit de trouble de conscience, soit de l'apparition secondaire ou retardée de signes traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée.* » (Azouvi, P. *et al*, 2014) .Le traumatisme crânien est donc un phénomène mécanique qui consiste en un choc au niveau de la boîte crânienne et de son contenu. Il peut en découler des mouvements du tissu cérébral (vaisseaux, neurones, axones et cellules gliales) ou des lésions.

Le TC peut être qualifié soit en fonction du mécanisme mis en jeu soit en fonction de sa sévérité.

Il existe trois types de mécanisme :

1) La commotion cérébrale : il s'agit d'un ébranlement du cerveau qui conduit à un dysfonctionnement temporaire du système nerveux central. En général la commotion cérébrale est sans gravité, sans lésion et donc sans séquelles.

2) La contusion cérébrale : le choc a provoqué des lésions anatomiques du tissu nerveux. Les troubles consécutifs seront liés au rôle des neurones abîmés.

3) Le coma profond d'emblée: le patient présente un coma profond et persistant après le choc car le dysfonctionnement cérébral et les lésions sont plus intenses. Ce coma vient témoigner d'atteintes axonales diffuses et profondes dues à la propagation du choc.

S'il y a des lésions cérébrales, comme dans le cas de la contusion cérébrale et du coma profond d'emblée, alors on peut aussi nommer ce phénomène la cérébrolésion.

Le traumatisme crânien peut aussi être caractérisé en fonction de sa sévérité : de léger puis modéré jusqu'à grave/sévère. On définit le niveau de gravité en fonction de deux indices :

1) le score initial de l'échelle de Glasgow, qui est évalué par les pompiers à l'arrivée sur les lieux. Il teste les domaines d'ouverture des yeux, de réponse verbale et de réponse motrice. Son score permet d'indiquer d'emblée le degré de sévérité du traumatisme :

- score entre 13 et 15 : traumatisme crânien léger
- score entre 9 et 12 : traumatisme crânien modéré
- score inférieur ou égal à 8 : traumatisme crânien grave.

2) La durée du coma et/ou de l'amnésie post-traumatique

Un traumatisme crânien grave se définit par un score de Glasgow inférieur ou égal à 8 ou une amnésie post-traumatique de plus de vingt-quatre heures.

### ***b) Types de lésion***

Le traumatisme crânien (TC) intervient souvent dans un contexte accidentel. Les circonstances de celui-ci et l'importance des forces qui se sont exercées sur le crâne déterminent la nature et la gravité des lésions.

Les lésions peuvent être localisées sur les neurones et les axones. Dans ce cas le neurone peut se rompre ou être altéré par un mécanisme d'étirement. Elles peuvent également intervenir sur les cellules gliales (nourricières des neurones) mais aussi sur le réseau vasculaire qui vient alimenter le tissu.

Il existe plusieurs classifications des lésions. Je les ai résumées par un tableau.

Classification en fonction de la présence ou l'absence de blessure de la boîte crânienne	Lésions fermées	<u>ou</u>	Lésions ouvertes
Classification en fonction du laps de temps d'apparition des lésions	Lésions primaires (< 250 millisecondes)	<u>ou</u>	Lésions secondaires (des premières minutes jusqu'à quelques jours)
	(Mécanismes en jeu) - contusion - lésions axonales		- hématome - ischémie - œdème cérébral
Classification en fonction de la localisation des lésions	Lésions diffuses	<u>ou</u>	Lésions focales
	- lésions axonales - ischémie - œdème cérébral		- hématome - contusion - Autres hémorragies

Des notions importantes sont à retenir :

- Les lésions axonales peuvent être initialement présentes mais aussi survenir secondairement à des processus physiologiques (hématomes, ischémie...). Dans ce cas, elles sont dites secondaires. D'ailleurs ces lésions secondaires sont plus fréquentes que celles primaires. Ce n'est pas tant le choc qui crée des atteintes c'est plutôt la conséquence des processus dynamiques.
- La localisation des lésions focales permet de prédire, dans une certaine mesure, le domaine fonctionnel qui sera atteint
- Les lésions diffuses sont une constellation de petites blessures du tissu cérébral. Seulement « (les) atteintes diffuses ou globales dominant le pronostic de traumatisme parmi les plus sévères. » (Pelissier, Barat et Mazaux, 1991) . Elles sont d'ailleurs responsables du coma profond immédiat. Elles peuvent être primaires ou secondaires.

Les lésions focales sont d'emblée évolutives dès les premières heures. De plus, les lésions primaires entraînent des phénomènes dynamiques qui viennent à leur tour créer de nouvelles lésions (dites secondaires) ou aggraver les initiales ; alors le tableau lésionnel originel est extrêmement évolutif.

« Les caractéristiques anatomiques de l'enfant font que, pour des mécanismes accidentels semblables à ceux de l'adulte, les conséquences anatomo-pathologiques vont être différentes ». (Dauger, Leteurtre et Beaufile, 2010) La tête des enfants est proportionnellement plus grande que celle des adultes, la musculature au niveau cervical est faible... Voici une partie des raisons qui rendent la tête plus sujette aux impacts. D'autre part, des facteurs anatomiques et physiologiques à mettre sur le compte de l'immaturité cérébrale augurent des lésions cérébrales encéphaliques plus nombreuses et plus graves dans le cas des TC de l'enfant.

Un traumatisme crânien recouvre une mosaïque de lésions possibles et donc autant de troubles et de tableaux cliniques différents. A chaque sujet traumatisé crânien, son cerveau abîmé singulièrement.

## II) Conséquences de la cérébrolésion : troubles et atteintes

Chaque région du cerveau correspond à une fonction. Selon la localisation des lésions observées à l'imagerie, il sera donc possible d'avoir une idée des atteintes fonctionnelles. Toutefois, la cartographie cérébrale possède une part de singularité selon chaque individu. Il s'agira donc de combiner l'examen initial du patient à ses résultats d'imagerie afin de déterminer les conséquences du TC.

### *a) Troubles sensoriels et de la sensibilité*

La cérébrolésion a pu atteindre les centres de traitements des informations sensorielles. Des variabilités de sensibilité auditive, olfactive, tactile, gustative peuvent en découler. Aussi, des troubles visuels de type diplopie (vision double) ou rétrécissement du champ visuel peuvent apparaître.

La sensibilité profonde ou proprioceptive peut également être impactée. Alors peuvent en découler une incapacité à sentir et/ou situer ses segments corporels dans l'espace, des troubles moteurs et posturaux yeux fermés, une abolition de la sensibilité vibratoire....

Un dernier phénomène existe aussi : les hallucinations sensorielles. Le cerveau, par

le jeu des lésions, croit recevoir des informations, qui sont en fait erronées, et qui risquent souvent de perturber le patient.

- **Systèmes sensoriel et perceptif et développement psychomoteur**

Le développement psychomoteur débute par une motricité réflexe pour aboutir à une motricité volontaire sous-tendue par les désirs du sujet. Selon André Bullinger, pour arriver à cette étape finale, qui peut être autrement désignée comme « habiter son corps », il est nécessaire de construire l'équilibre sensori-tonique. Trois facteurs influencent sa présence et son efficacité, parmi lesquels l'intégrité des systèmes perceptifs et sensori-moteurs.

Dans le cas des TC, les lésions cérébrales ont pu affecter l'intégrité de ces systèmes. Un déficit de ces fonctions provoque une difficulté d'accès et de traitement des signaux externes et internes. Ainsi l'environnement perd de sa cohérence et le sujet diminue ses capacités à le maîtriser.

Dans le cas des jeunes traumatisés, ces blessures du tissu nerveux atteignent même l'élaboration de l'équilibre sensori-tonique. En conséquence, c'est le processus d'investissement corporel et de compréhension du monde qui est disloqué avant même d'avoir suffisamment mûri. C'est une double peine dans le sens où, ordinairement, une fois cet équilibre atteint, il permet de créer des représentations du monde, elles-mêmes offrant la possibilité d'élargir cette surface d'équilibre et ainsi pallier à une hypothétique atteinte d'un des trois facteurs la sous-tendant. La cérébrolésion chez l'enfant vient donc annuler les possibilités d'automédication de la surface sensori-tonique.

### ***b) Atteintes physiques et fonctionnelles***

Dans un souci de lien avec mon étude de cas, je développerai peu cette partie car ce champ d'atteinte ne concerne pas le sujet de ma partie clinique.

Lors de la cérébrolésion, les centres de commande motrice ont pu être abîmés ou supprimés. En conséquence, il peut exister une perte de contrôle allant d'un petit territoire corporel (par exemple : la paralysie de la verticalité du regard) jusqu'à une large région (hémiparésie, tétraparésie...) ou plus rarement le locked-in-syndrom (paralysie du corps

entier sauf du regard).

Des grandes fonctions peuvent être impactées : marche, alimentation, élimination... et peuvent occasionner une dépendance plus ou moins grande chez le sujet.

### ***c) Troubles et perturbations du schéma corporel***

Le schéma corporel c'est la représentation de son corps. Elle comprend la localisation des différents segments corporels et la position du corps dans l'espace, immobile ou agissant. C'est la combinaison d'informations sensorielles, intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives qui permet au schéma corporel de se constituer.

Le substrat du schéma corporel est neurologique. En conséquence, une lésion cérébrale peut entraîner sa modification. Il existe deux types de transformations du schéma corporel : le trouble qui est la conséquence directe d'une lésion et la perturbation qui survient secondairement à une atteinte d'une autre sphère que le schéma corporel.

- **Troubles du schéma corporel**

D'abord il existe l'asomatognosie qui désigne le sentiment de non-appartenance ou d'étrangeté, du corps entier ou d'une ou plusieurs de ses régions. Aussi, des troubles d'intégration des informations sensibles sur ces régions là renforcent cet éprouvé.

Ensuite, il est à citer l'autotopognosie qui est l'incapacité à dénommer ou localiser les différentes parties du corps sur soi, sur autrui ou en représentation.

L'hémiasomatognosie est le sentiment d'absence ou de non-reconnaissance ou bien encore de non-appartenance de l'hémicorps paralysé. Souvent, elle est reliée à l'anosognosie qui signifie l'incapacité à reconnaître ses troubles. Cette atteinte peut être aussi nommée héminégligence égocentrée.

Aussi, l'agnosie digitale désigne l'incapacité à nommer ou désigner les doigts de la main sur lui et sur autrui.

Enfin, la somatophrénie rend compte de l'attribution, par le patient de sa main paralysée à une autre personne.

- **Perturbations du schéma corporel**

Toute déficience physique (hémiplegie...), fonctionnelle (posturale...), sensorielle (proprioceptive...), perceptive (agnosie...) ou psychomotrice (tonique...) a des

répercussions sur le schéma corporel car toutes ces données sont nécessaires à son intégrité.

En plus de tout cela, les situations corporelles inhérentes à l'hospitalisation, au coma, à la rééducation, à l'alitement prolongé entraînent des informations sensorielles inédites qui auront des répercussions sur le schéma corporel.

#### ***d) Troubles neuropsychologiques et cognitifs***

Les séquelles neuropsychologiques regroupent « *les déficits des fonctions cognitives et les modifications du comportement et de la personnalité* » (Morand, 2014). Ce sont les plus fréquents.

Seulement, ils peuvent passer inaperçus, surtout au début alors que le patient et l'entourage, s'intéressent d'avantage aux blessures du corps et de ses fonctions. C'est pour cela que l'on parle de « handicap invisible » : invisible aux yeux des autres et du blessé lui-même. Cependant, ces troubles ont des répercussions majeures dans la vie quotidienne avec des diminutions de performances lors des tâches usuelles, des difficultés importantes dans les situations nouvelles : ainsi le sujet doit faire face à des situations de handicap dans sa vie de tous les jours.

Pour les enfants cérébrolésés, la difficulté réside dans le fait que ces troubles peuvent rester méconnus tant que la maturation cérébrale n'est pas achevée et que ces fonctions ne sont pas sensées être acquises. C'est souvent le cas pour les fonctions exécutives, dites supérieures, car elles sont les dernières à se mettre en place.

Les troubles neuropsychologiques et cognitifs sont une conséquence et une problématique majeure des suites du traumatisme crânien. Il est donc indispensable de bien les connaître dans le soin au cérébrolésé. Néanmoins, ce faisceau de troubles ne nous étant pas totalement familier dans la clinique psychomotrice, j'ai décidé d'illustrer certaines notions par des exemples, afin de mieux cerner les conséquences pragmatiques de ces biais cognitifs et pour mieux saisir en quoi ils sont qualifiés de « handicaps invisibles ».

- **La mémoire**

Les troubles mnésiques sont les atteintes cognitives les plus courantes: on estime à

30% le nombre de traumatisés crâniens qui garderaient ces déficits. (Belmont, Hugeron, Gallais et Azouvi, 2006) . Ces atteintes peuvent concerner toutes les formes de la mémoire : antérograde ou rétrograde, mémoire de travail, sémantique, procédurale...

Après la phase d'amnésie post-traumatique pendant laquelle le patient reste confus, notamment sur son accident et son passé, les troubles mnésiques régressent mais certains persistent :

- Troubles de la mémoire à court-terme, encore appelé « oubli à mesure » où le patient peine à stocker des informations ou bien à les restituer.

*Ex : Le patient demande ce qu'on est entrain de réaliser, ou alors où nous allons.*

- Biais de la mémoire à long terme : certains faits anciens et connaissances sont confus voire supprimés de la mémoire.
- Atteinte de la mémoire de travail : difficulté à maintenir l'information en mémoire le temps de son traitement.

*Ex : le blessé oublie les règles du jeu ou perd le fil de la conversation*

- Amnésie rétrograde : le sujet ne peut se remémorer ses souvenirs.

- **La perception**

Les troubles perceptifs sont des difficultés de reconnaissance sans atteinte de l'organe sensoriel ni langagier. Le patient reçoit des informations sensorielles mais ne parvient pas à les analyser, à en faire la synthèse et ne peut donc les relier à une représentation. Cette difficulté de reconnaissance peut concerner les objets, les personnes, les formes, les lieux ... On dit du patient qu'il est agnosique.

Il y a plusieurs formes d'agnosie : visuelle pour la plus courante, mais aussi auditive, ou tactile (appelé stéréotognosie).

Ces troubles perceptifs engendrent des difficultés à saisir des informations dans l'environnement. Les sensations sont présentes mais ne prennent pas sens. Je reviendrai plus longuement sur cette question dans la partie théorico-clinique car elle est au centre de la problématique d'Octave.

- **Fonctions exécutives et traitement de l'information**

Les fonctions exécutives permettent l'autonomie cognitive et sociale, elles sont l'ensemble des processus qui organisent les actes volontaires et permettent l'adaptation de la personne à des situations nouvelles. Elles sont le sous-bassement indispensable de nos

actions : « *ce sont les fonctions qui organisent les comportements orientés vers un but en intégrant et coordonnant toutes les modalités (sensorielles, perceptives, attentionnelles, mnésiques)* » (Belmont *et al*, 2006).

Les fonctions exécutives sont le résultat d'un maillage neurologique riche et très étendu, c'est-à-dire qu'elles sont constituées de la connexion de plusieurs régions cérébrales. Ainsi, on comprend aisément que quasiment à chaque traumatisme crânien, une ou plusieurs facettes des fonctions exécutives soient perturbées. Il y a donc de grande variabilité de troubles des fonctions exécutives.

Voici les principaux :

- Troubles de la conscience de soi : c'est une entrave à la perception de son activité psychique, ou l'absence de regard sur ses propres actions.

*Ex* : un patient qui ne peut se rendre compte de son organisation gestuelle.

- Troubles de la flexibilité mentale : ce sont des difficultés à intégrer des variations dans l'activité, face à la nouveauté ou à agir sur la base d'analogies avec des situations précédentes
- Troubles de la capacité d'inhibition : c'est une diminution ou une absence de censure de l'activité motrice ou des comportements avec non-respect des codes sociaux et moraux

*Ex* : comportement exhibitionniste

- Apragmatisme : ce sont des difficultés dans la réalisation des activités concrètes
- Troubles de la planification : ce sont des troubles du séquençage et de l'élaboration de stratégies face à une action à réaliser
- Troubles de l'autoévaluation et l'autocorrection : c'est une rigidité des procédés gestuels, une incapacité à ajuster sa stratégie intellectuelle ou gestuelle couplée à surestimation des performances.

*Ex* : le patient juge excellente la qualité de son travail

Pour résumer : « *les troubles exécutifs se caractérisent par une incapacité à formuler un projet, à entreprendre une activité organisée et à la planifier. L'adaptation dans les situations nouvelles et l'autocorrection des comportements est aussi limitée* » (Belomont *et al*, 2006). Les troubles des fonctions supérieures occasionnent des situations de handicap et ont des répercussions importantes dans la vie quotidienne des patients.

- **L'attention et la vigilance**

La diminution des ressources attentionnelles est corrélée à des lésions diffuses de la substance blanche.

Ces troubles peuvent toucher les différentes formes de l'attention :

- Attention sélective : le blessé ne peut maintenir son attention sur une tâche  
*Ex : distraction au moindre stimulus.*
- Attention soutenue : le patient a des difficultés à rester concentré dans la durée  
*Ex : le patient ne peut terminer un dessin, un jeu de société...*
- Attention divisée : le sujet est dans l'incapacité de partager son attention et de la maintenir sur 2 tâches.  
*Ex : le patient ne parvient pas à parler au téléphone et écrire l'information reçue.*

- **La surcharge et la fatigue cognitives**

La fatigue est la plainte la plus rapportée par les patients. Van Zomeren, Brouwer et Deelman (1984) ont proposé une théorie : l'hypothèse du « coping » (adaptation) qui explique que la fatigue serait la conséquence directe des troubles cognitifs en particulier les difficultés attentionnelles. En effet, pour maintenir un bon niveau de performance dans la vie courante, les tâches demanderaient plus de mobilisation cognitive au patient ce qui occasionnerait une hyperfatigabilité.

- **La communication et le langage**

Voici une kyrielle des troubles des sphères communicationnelles et langagières les plus fréquemment observées dans les suites d'un traumatisme.

Il y a tout d'abord la dysarthrie : c'est un trouble de l'articulation de la parole d'origine centrale dont la sévérité est variable.

Viennent ensuite les aphasies qui regroupent les aphasies motrices où l'expression est perturbée, avec un manque du mot, des inversions... Et les aphasies sensibles où le trouble est dans la symbolique et l'interprétation des mots. Alors même si le discours est fluent, accompagné d'une grammaire et d'une syntaxe correcte, les phrases sont sans sens.

*Ex : le patient ne comprend pas les explications simples ou interprète mal le discours.*

Enfin des « troubles de la compétence communicative et de la structuration du discours » (Belmont *et al*, 2006) en lien avec le syndrome frontal (abordé plus bas) , sont repérables par un discours fragmenté ou insignifiant ainsi que des incohérences.

- **Lien avec la maturation cérébrale de l'enfant**

Le cerveau de l'enfant est en maturation, alors des régions cérébrales matures sont concomitantes à des régions qui sont en plein développement. En premier se déploient les aires motrices et sensorielles, jusqu'à un an environ. Plus tard, ce sont les zones associatives qui mûrissent. Elles assurent le traitement de l'information par le biais de différentes fonctions : intégration multisensorielle, fonctions exécutives, mémoire, attention... Enfin les régions frontales qui sont enfin matures vers vingt ans. Or, il a été démontré que les zones immatures étaient plus vulnérables aux attaques. En somme, les enfants récupèrent mieux aux niveaux moteur et fonctionnel mais les séquelles sont plus sévères quant aux troubles neuropsychologiques et comportementaux. Quand ces sphères sont touchées, on comprend aisément que les apprentissages risquent d'être mis à mal.

En plus des troubles cités, il existe des séquelles sur les sphères émotionnelles, de la personnalité et sur le comportement. Ces troubles peuvent être lus à la lumière des lésions cérébrales mais aussi comme conséquences du traumatisme psychique engendré par la cérébrolésion. Par souci de clarté, j'ai décidé de les traiter plus loin, dans la partie concernant le vécu du traumatisme

## II) Prise en charge du traumatisme crânien grave

Cette partie sera courte puisqu'elle sera peu reprise dans l'étude de cas.

### *a) Le parcours de soin*

Le TC intervenant souvent dans un contexte d'accident, ce sont soit les pompiers ou le SAMU qui interviennent. Le TC représente toujours une urgence, alors le blessé sera rapidement amené à l'hôpital. L'échelle de Glasgow sera réalisée.

Dans le cas du traumatisme crânien grave, le patient est dans le coma et son état de santé est souvent inquiétant tant sur le plan de la cérébrolésion que des autres atteintes corporelles et fonctionnelles associées à l'accident. Une kyrielle d'examen sera pratiquée pour évaluer les atteintes. Une des priorités sera de limiter les phénomènes dynamiques

cérébraux afin de limiter le risque de lésions secondaires.

Au sein du service de réanimation, il s'agira de suivre et de maintenir les fonctions vitales et de pratiquer les chirurgies nécessaires. Une attention particulière à l'éveil de coma sera portée.

Quand le patient est stabilisé, il peut quitter le service de réanimation. A ce stade, il peut toujours être dans le coma ou bien être éveillé. Le sujet peut être orienté vers une poursuite de soin en unité d'éveil, ou bien entrer dans une structure de rééducation spécialisée en neurologie (type Soins de Suite et Réadaptation). Il y restera à court ou moyen terme (généralement de 1 à 12 mois) ce qui correspond au temps pendant lequel la majeure partie de la récupération fonctionnelle peut s'opérer.

### ***b) Le coma, l'état végétatif, le mode paucirelationnel et l'état de conscience minimale***

Le coma admet plusieurs définitions, je présenterai la suivante : « état de non-réponse dans lequel le sujet repose les yeux fermés et ne peut pas être réveillé » (Plum et Posner, 1982) . La durée est très variable, il peut aller de quelques minutes jusqu'à plusieurs années. Toutefois, il est qualifié de prolongé s'il dépasse 3 semaines. La priorité est au maintien des fonctions vitales et à la diminution des conséquences de l'alitement comme les escarres. Des temps de stimulations à visée d'éveil relationnel sont aménagés par les soignants ou la famille.

On admet que le coma se termine quand le patient ouvre les yeux.

### ***c) La phase d'éveil de coma et l'amnésie post-traumatique***

- **L'éveil de coma**

Cette période s'entend sous plusieurs angles théoriques. J'en adopte un qui la définit depuis l'ouverture des yeux jusqu'à la récupération plus ou moins prononcée de la « conscience de soi » , c'est-à-dire la fin de la période où la rééducation est encore inenvisageable. Cette phase est donc sous le signe de la reprise de conscience.

Le réveil est souvent marqué par une perte importante de repères pour le patient. Les repères extéroceptifs sont perturbés par les possibles atteintes sensorielles ou perceptives mais aussi car l'espace dans lequel le patient se réveille lui est étranger. Les

sensations intéroceptives sont également amenuisées avec pour cause une dormance somatique et végétative pendant le coma et des techniques de maintien vital (respiration par canule, alimentation par gavage...) qui viennent envahir massivement les informations normalement présentes. Le patient est dans un chaos de signes corporels et temporo-spatiaux. Ces pertes de repères ont des conséquences importantes : « *Le patient désorienté sur le plan personnel et temporo-spatial, enfermé dans un isolement total à la fois perceptif, intellectuel et affectif, vit une expérience de morcellement. Sa dépendance est totale, à la fois physique et psychique* ». (Choadon, Chastel, Richer, Mazaux et Loiseau, 1998) .

La prise en charge pendant cette période est médicale avec une surveillance de l'état de santé et les traitements médicamenteux mais elle comprend aussi la stimulation mutlisensorielle par les rééducateurs. Cet axe de travail est pensé comme outil d'ouverture relationnelle et comme moyen de faire advenir une réponse.

Sur le plan moteur, deux types de comportements sont souvent décrits. Le premier concerne les patients qui se mobilisent très peu spontanément : on parle d'akinésie. Le second concerne les patients agités : l'autonomie vitale est rapidement récupérée mais l'agitation avec mise en danger est presque constante.

Ces deux sortes d'éveil peuvent être la résultante des lésions corticales et/ou témoigner d'angoisses : vécu de morcellement, étrangeté du corps ou bien encore d'une forte désorientation temporo-spatiale.

- **L'amnésie post-traumatique**

L'amnésie post-traumatique (APT) est généralement repérable vers la fin de l'éveil de coma lorsque le patient récupère une activité consciente. La sémiologie est autour de trois points : une amnésie, une confusion et une agitation. L'amnésie post-traumatique désigne la difficulté à retenir en mémoire les faits et événements qui entourent l'accident et l'accident lui-même. La perte de mémoire peut être plus ou moins étendue. Elle cesse quand le patient est à nouveau orienté dans l'espace et qu'il recouvre une mémoire continue.

#### *d) Le long temps des rééducations*

Il s'agit ensuite d'entamer les examens afin, pour le patient comme pour les soignants, de gagner un regard global sur les possibilités et les incapacités dans le but d'orienter la rééducation. Tout est à découvrir et presque toutes les sphères sont à tester tant les lésions cérébrales peuvent avoir des conséquences variées. Alors que les dégradations motrices et sensitives sont relativement repérables et considérées par le patient, les désordres intellectuels, psychiques et comportementaux sont plus souvent ignorés.

*« L'examen d'un traumatisé crânien grave est l'un des plus difficiles et plus longs en médecine de la rééducation, en raison de l'intrication des symptômes et du fréquent manque de coopération du patient »* (Cohadon, Chastel, Richer, Mazaux et Loiseau., 2000) En effet, l'adhésion du patient peut être compliquée du fait de l'anosognosie, de l'amnésie post-traumatique, du déni ou bien encore être dans une phase de dépression en rapport avec la prise de conscience de son état.

Une fois les examens réalisés, la rééducation peut débuter. Elle vise à rétablir plus ou moins complètement l'usage d'un membre ou d'une fonction. Le projet est de combiner la rééducation des différentes atteintes afin de permettre au patient de retrouver le maximum d'autonomie possible.

La récupération débute juste après la cérébrolésion : les mécanismes de plasticité cérébrale se déploient immédiatement. Seulement, leur efficacité est majorée par les rééducations. Cependant, dans de nombreux cas, cette récupération sera incomplète ; des séquelles persistent, plus ou moins lourdes.

Après un séisme neurologique, il va s'agir de reproduire des gestes, de récupérer ses capacités si possible autant qu'avant. Cependant : « Les mêmes objectifs à atteindre [...] vont demander de trouver des repères corporels inédits, et cela en terme d'équilibre, de mobilisation musculaire, de gestion des forces, de repères sensoriels » . On peut donc envisager la rééducation, comme le suggère Eve Gardien (2008), comme apprendre un nouveau « potentiel corporel » .

### ***e) La réadaptation et la réinsertion***

*« La phase de réadaptation vise à réintégrer le patient dans sa famille, dans la société, dans ses loisirs, et si possible dans son travail » (Chantraine, 2013).*

La réinsertion du patient est soumise à son degré de handicap et donc d'autonomie. L'état psychologique et affectif du patient et de sa famille sont également à prendre en compte. Il faut donc discuter de l'orientation.

En service de rééducation fonctionnelle, des outils visant à la réinsertion et la réadaptation sont mis en place : école spécialisée, remédiation cognitive spécifique aux domaines d'études, atelier autour des activités quotidiennes...

Le handicap invisible a des retentissements sur la vie quotidienne, l'autonomie, la relation avec les pairs, la scolarité... Ces domaines peuvent être regroupés sous le terme de qualité de vie psychosociale. Selon une étude récente menée par Anderson , Spencer-Smith et Wood (2011), qui porte sur la qualité de vie après un TC sévère dans l'enfance, trois informations sont à retenir : cette qualité de vie est altérée, elle ne s'améliore pas avec le temps et enfin elle est jugée comme faible ou limite pour 60% des cas à l'âge adulte.

Pour les enfants, les conséquences cognitivo-comportementales sont les plus problématiques pour le retour à une scolarisation normale. Les séquelles neuropsychologiques entravent les apprentissages à tel point que souvent les enfants bénéficient d'une scolarité adaptée.

Le handicap invisible a donc de lourdes répercussions sur le présent et l'avenir. Il est donc nécessaire que les sujets soient suivis de longues années. D'ailleurs, des structures relais permettent de faire des bilans post-rééducations et au long cours afin de diagnostiquer les troubles persistants et apporter l'aide correspondante. Par exemple, elles permettent de mettre en place des emplois adaptés.

C'est aussi le temps des demandes de reconnaissance administratives et officielles du statut de personne handicapée. Parfois ces étapes sont douloureuses pour le patient et sa famille car elles confirment et officialisent les infirmités et bouleversent l'identité.

Par ailleurs, l'expertise de l'accident par l'assurance a lieu également. Le blessé peut

voir émerger à ce moment-là des sentiments de colère, de haine, de rancœur et d'animosité envers l'auteur du préjudice...

## **CHAPITRE 2 : Le vécu du traumatisme crânien**

*« La blessure est d'abord neurologique, truisme à répéter qui n'exclut pas que, du coma et de l'amnésie aux vicissitudes de l'éveil, il y a un événement qui modifie en une fraction de seconde une vie, une présence au monde, événement amnésique suivi d'une reconstruction contingente de la présence à soi et à l'autre » (Gardien, 2010)*

Les lésions cérébrales laissent des cicatrices physiques, fonctionnelles, neuropsychologiques... C'est le sujet entier qui subit un séisme, dans sa tête, dans son corps...

Mais tout n'est pas biologique, la blessure est aussi ailleurs... Elle est narcissique et identitaire, elle se porte et se vit dans l'intime, dans la présence ou dans l'absence à soi, ou plutôt à ce soi étranger justement. Nous allons maintenant aborder le traumatisme psychique : celui qui témoigne du vécu du traumatisme cérébral et de ses conséquences sur l'Être du sujet.

### **I) Comment les lésions cérébrales impactent la vie psychique**

#### ***a) Du matériel cérébral nécessaire à la vie psychique***

*« L'activité cérébrale excède très largement le seul travail de la cognition, et même de la conscience, pour comprendre aussi tout le tissage affectif, sensible et érotique sans lequel il n'y aurait ni cognition ni conscience » (Malbou, 2007)*

Même si les liens étroits qui unissent activité cérébrale et vie psychique sont encore nébuleux, certains ponts se sont construits. La personnalité, la façon d'être au monde du sujet et sa façon de le percevoir, voici autant de sphères qui entremêlent sa vie psychique et sa cognition. Pour illustrer ces propos, je vais discuter des émotions qui mêlent substrat neurologique et rôle dans la vie psychique.

Selon la théorie soutenue par Scherer et qui fait consensus dans le monde

scientifique : les émotions seraient ressenties en fonction de l'évaluation cognitive d'un événement, en lien, particulièrement avec sa pertinence et ses implications pour l'individu en lien avec son histoire affective.

Par ailleurs, lorsque le cours de la vie psychique est chamboulé, des répercussions cérébrales sont aussi à prévoir : « *Tout traumatisme, quel qu'il soit, cause une atteinte des sites cérébraux conducteurs d'émotions [...], même en l'absence de blessure patente, un choc, un stress psychologique très fort, une angoisse de sidération, entraînent toujours, nous le savons aujourd'hui, des atteintes du cerveau affectif* » (Damasio, 2010)

En outre, la psyché étant sous-tendue par l'activité cérébrale ; lorsque des lésions surviennent, tous les niveaux d'appauvrissement de la vie psychique peuvent être observés.

### ***b) La cérébralité***

Le concept de cérébralité a été développé par Catherine Malbou (2007). Elle le définit ainsi : « *Si le cerveau désigne l'ensemble des fonctions cérébrales, la cérébralité quant à elle caractérise proprement la valeur causale des dommages survenant à ces fonctions, c'est-à-dire leur capacité à déterminer le cours de la vie psychique* ». En d'autres termes, la cérébralité est le phénomène de cause à effet des lésions cérébrales sur le cours de la vie psychique.

C. Malbou, nous dit aussi, toujours au sujet de la cérébralité : « *les dommages cérébraux, quels qu'ils soient, ne provoquent jamais seulement des détériorations cognitives mais toujours aussi des détériorations émotionnelles : déficits affectifs ou libidinaux, ruptures d'habitudes, pertes tragiques d'accoutumance à la vie* » .

L'auteure développe sa réflexion en proposant l'idée que les accidents de la cérébralité témoignent de la possibilité du psychisme à survivre quand bien même le sujet vit le traumatisme de l'absence de sens à son accident.

### ***c) Séquelles comportementales, émotionnelles et de la personnalité***

« *Le traumatisé crânien est un « cérébralisé » : il associe une somme de déficits locomoteurs, mais aussi neuropsychologiques. Ces déficits (neuropsychologiques) à la fois*

*cognitifs, mnésiques, du langage s'associent à une perturbation de la personnalité » (Pelisser et al, 1991) .*

En effet, toute blessure d'étiologie psychique ou lésionnelle peut changer la personnalité. Seulement, comparés aux traumatismes d'étiologie psychique, ceux ayant une origine lésionnelle entraînent le plus souvent un bouleversement plus grand de cette personnalité.

Effectivement, on entend souvent les proches d'un cérébrolésé dire de lui qu'il « n'est plus comme avant » . C'est une véritable rupture entre la personnalité antérieure et la nouvelle d'après le trauma. Pourquoi ? Une nouvelle fois, le jeu des atteintes sur tout le maillage neurologique qui sous-tend, avec la vie psychique, la personnalité, les comportements, les émotions etc.. a pulvérisé ces dimensions. Les centres anatomo-fonctionnels de ces sphères ont été lésés, c'est la première raison des modifications comportementales, émotionnelles...

Mais on peut aussi apercevoir ces modifications comme une réaction au trauma, voire comme un moyen de défense qui serait un outil de dégagement de ce séisme qui ne saurait encore être regardé. Il peut également s'agir, un peu plus tard, de tentatives d'élaboration.

Les troubles de ces différentes sphères peuvent donc s'entendre sous plusieurs angles, lésionnel ou réactionnel au trauma. Les deux champs d'explications suffisent largement à expliquer le bouleversement de l'Être.

J'ai regroupé la personnalité, l'émotion et les comportements car ils sont, sans conteste, le résultat du maillage entre vie psychique et fonctionnement cérébral. De plus, toutes ces sphères sont interdépendantes. Le dictionnaire en ligne Larousse (2016) donne la définition suivante de la personnalité : « *individualité psychologique de la personne telle qu'elle se manifeste dans ses comportements* » ou encore « *ensemble des traits physiques et moraux par lesquels une personne est différentes des autres* ». Deux constats s'imposent : les comportements seraient l'expression de la personnalité et la personnalité viendrait témoigner de l'individualité de la personne.

Je me propose donc de vous présenter ici, les désordres émotionnels,

comportementaux et de la personnalité fréquemment retrouvés dans les suites d'un TC.

Il existe plusieurs classifications possibles.

En voici une assez complète et qui adopte un regard intéressant. Cette façon d'ordonner décline les troubles en 3 familles. (Beni C. et *al*, sous presse) :

- La première regroupe des troubles qualifiés d'externalisés: agressivité, manque d'empathie, inadéquation sociale, impatience et affects inappropriés.
- La deuxième famille caractérise les problèmes internalisés : anxiété, dépression, labilité émotionnelle.
- Enfin la dernière traite des dégradations motivationnelles comme le retrait social, la faible motivation à terminer une tâche, la moindre recherche d'activités nouvelles, le manque d'initiative, aboulie ...

Cependant elle mérite d'être enrichie par quelques troubles du comportement, comme : agitation, opposition, déambulation, irritabilité, cris, prises de risques, addictions, hypersexualité, exhibitionnisme, hostilité, violence, apragmatisme, impulsivité...

#### • **Le cas particulier du syndrome frontal**

Un des syndromes les plus fréquemment observés chez les patients TC est le frontal. Il est la résultante de lésions du lobe frontal, localisation fréquente d'impacts dans le cas des TC. Il est un des désordres qui illustre le mieux l'interdépendance des sphères émotionnelles, comportementales et de la personnalité.

Le lobe frontal est un des plus complexes à cerner tant son substrat neuro-anatomique est large et vient signifier un fonctionnement tout aussi vaste et élaboré. D'ailleurs : « *l'ensemble des fonctions cognitives, comportementales et affectives soutenues par le lobe frontal est à la base des représentations internes du monde environnant* ». (Manning, L., 2007) . Il est par exemple le siège des fonctions exécutives et engagé dans la motricité volontaire, les comportements et les émotions.

Des lésions se traduisent donc par une désorganisation de l'activité instrumentale ; mais surtout par des changements du comportement. Par rapport au lieu de la lésion frontale, deux types de troubles comportements peuvent être observés :

- Comportement inhibé avec un ralentissement psychomoteur, une aboulie, une apathie, une aspontanéité, perte d'initiative, émoussement des affects...
- Comportement désinhibé : hyperactivité globale avec distractibilité, impulsivité, désinhibition relationnelle et dans le discours, moria (excitation psychomotrice et euphorie extrême, caractéristique des syndromes frontaux)

Ces désordres comportementaux viennent également témoigner du changement de la personnalité et du système émotionnel. L'intrication des facteurs lésionnels et psychiques dans l'apparition des troubles du comportement et de la personnalité est donc importante à prendre en compte dans les soins à apporter à la personne cérébrolésée. A l'instar de l'apathie (perte d'initiative et d'intérêt ainsi qu'émoussement affectif) qui peut être expliquée par les lésions précises (insula, amygdale...) mais aussi par des facteurs psychologiques comme l'humeur dépressive, voire environnementaux avec, par exemple, un cercle familial peu soutenant. Dans la même idée, le comportement exhibitionniste peut être lu à l'aulne de l'atteinte frontale ou bien comme tentative de se dégager de l'effroi causé par le trauma : le sujet renverserait la passivité subie en inversant les rôles, en traumatisant à son tour.

## II) Quand le traumatisme crânien fait trauma

Le trauma est une blessure causée par une effraction, qu'elle soit physique ou psychique. C'est également l'idée d'un choc inattendu qui viendrait forcer ou transpercer une barrière de protection : celle des défenses du Moi.

Des auteurs, comme C. Malbou (2007) défendent l'idée d'une théorie générale des traumas, qui engloberait à la fois ceux d'origine neuropathologique et psychique. Alors je vais tenter d'étayer ce propos en expliquant en quoi le traumatisme cérébral fait trauma et comment l'étiologie d'atteintes cérébrales vient spécifier ce trauma.

Commençons par étudier ce qui pourrait faire effraction, et donc revêtir une des caractéristiques du trauma.

### *a) L'effraction et l'effroi*

L'accident, l'hospitalisation, les lésions invasives du cerveau, ce corps soudain

étranger font effraction dans la vie du patient : il n'a rien pu anticiper. En effet, on ne s'imagine pas, on ne fantasme pas une cérébrolésion, on ne se la représente même pas. Et pourtant, elle advient et contraint le sujet de vivre avec.

De plus, les pertes d'autonomie engendrées par le TC n'ont également pu être représentées et mises scène par le psychisme antérieurement. Et pourtant le sujet les vit, les endure au quotidien.

Il y a trauma en partie car il réside un décalage entre l'impossibilité antérieure de fantasmer l'accident ainsi que les incapacités qui en découlent ; et entre le vécu brut de leur présence. Ce décalage peut être encore renforcé et ainsi nourrir le trauma par la prise de conscience du caractère fatal et permanent de ces déficits.

En résumé, c'est la discontinuité entre le monde fantasmatique, qui n'a pas pu revêtir son rôle anticipatoire de ces atteintes, et la réalité corporelle, qui fait trauma chez l'individu.

Il faut ajouter à cela l'hospitalisation avec ses méthodes de soins invasives et intrusives : sondes, toilettes, trachéotomie, chirurgie... Ces expériences sont autant de vécus traumatiques d'effraction de l'enveloppe corporelle et du Moi-peau. En effet « la fonction protectrice du Moi-peau est pulvérisée sous les coups de l'accident inévité ». (Fradet-Vallée, 2015) . D'ailleurs, il n'y a pas une effraction mais des effractions depuis l'accident jusqu'à l'hospitalisation, en passant par le corps vécu comme étranger..

L'effroi est défini comme étant l'« *état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé* » ((Sigmund Freud), Laplanche, Pontalis, 1981). De plus, la théorie psychanalytique désigne l'effroi comme l'affect spécifique et inévitable du traumatisme. L'accident a créé cette situation dangereuse et sans préparation possible, l'effroi caractérise cette détresse psychique et l'état passif du sujet face aux événements. La spécificité de l'étiologie lésionnelle nuance cependant le caractère obligatoire de la présence de l'effroi. En effet, suivant la gravité des atteintes et donc l'intégrité des systèmes cognitifs, soubassement à la vie psychique, le patient pourra ou ne pourra pas être en effroi. En revanche, cette absence d'effroi ne signe pas tant un traumatisme absent ou atténué que l'altération des bases neuronales nécessaires au traitement des informations traumatiques. Avec leur restauration, peut-on penser à un effroi à retardement ?

Il est à noter que le caractère traumatique des lésions acquises réside aussi dans le fait que le patient a fait l'expérience de la confrontation avec la mort.

## *b) Rupture dans la continuité d'être*

La continuité d'être est l'équivalent du sentiment de continuité d'existence. Or, dans le TC, les aspects fondamentaux des composantes de ce sentiment sont pulvérisés.

Déjà, c'est la temporalité du sujet, par l'accident, qui a été victime d'un séisme. L'accident a créé d'emblée une ponctuation temporelle : ainsi il y a un « avant et un après » (M + p 37). Ensuite, le coma a comme figé le sujet dans le temps. Il a même fait l'expérience d'une absence à soi et d'une absence au temps qui s'écoule. Le blessé a expérimenté une déliaison temporelle de son être. Par ailleurs, l'effroi du traumatisme, qui gèle la personne sur cet épisode de sa vie (avant de relier l'épisode traumatique à son histoire), renforce le sentiment d'une temporalité suspendue qui entrave une nouvelle fois le sentiment de continuité d'existence. Les troubles neuropsychologiques autour de la mémoire et des fonctions exécutives peuvent modifier la perception du temps mais aussi l'inscription du sujet dans son histoire.

Plus tard, le long temps de la rééducation, avec son lot de répétitions et d'invariants, apporte au blessé le sentiment d'infini, ou du moins du temps qui s'allonge et dont il espère voir la fin. A contrario, le temps peut sembler s'accélérer en réponse à la vitesse des performances récupérées.

Au final, les patients ont le sentiment « d'errer dans le temps, d'y être perdu » (Fradet-Vallée, 2015). Comment, lorsque l'on subit dans son être autant de distorsions temporelles voire d'absences, ressentir une continuité d'être ?

En outre, les atteintes des différentes sphères font vivre un corps, une mémoire, des relations aux autres et au monde différents. L'Être est remanié dans ses fondements, dans son intégrité corporelle, narcissique et identitaire. Dans les premiers temps et avant l'appropriation de ses transformations, le sentiment de continuité d'existence du sujet est profondément mis à mal.

C'est donc aussi par la rupture du sentiment de continuité d'existence et par le brutal et profond changement de l'Être que le traumatisme cérébral est un trauma.

### ***c) Amnésie post-traumatique***

L'amnésie post-traumatique (APT) est un phénomène assez courant qui se produit avant que le patient ne recouvre ses capacités cognitives. Elle est caractérisée par une amnésie (du passé, de l'accident), une confusion et une agitation. Elle signe l'échec de garder en mémoire et d'intégrer l'accident. Le sujet vit donc un trou noir dans son histoire, une rupture de l'existence et échoue donc à établir le sentiment de continuité d'existence. Cela peut être source d'angoisse et d'un effondrement de la sécurité interne.

L'APT vient donc renforcer le traumatisme psychique du TC.

### ***d) Hospitalisation et maladie : expériences anxiogènes pour l'enfant***

L'enfant a pendant longtemps besoin de sa famille pour se développer. Les liens parentaux étayent et soutiennent l'enfant dans la construction de soi et de la découverte, puis de l'autonomie dans le monde. Or, l'expérience de la maladie ainsi que l'hospitalisation viennent couper brutalement ce cheminement et bousculer son équilibre psycho-affectif.

L'hospitalisation peut être très anxiogène pour un enfant. En effet, elle suppose la séparation d'avec les figures d'attachement. Or, ces dernières sont en partie sa base de sécurité ; loin d'elles l'enfant peut se sentir insécurisé. Avant qu'il comprenne réellement le sens de son hospitalisation, l'enfant peut éprouver une angoisse d'abandon de la part de ses parents. Chaque visite des parents à l'enfant hospitalisé peut aussi entretenir son désir fort de revenir à la maison. Le fait que le jeune prenne conscience que la vie au domicile continue quand même sans lui peut faire faillir le sentiment d'être important et nécessaire pour les siens et ainsi abaisser son estime de lui-même.

### ***e) Le travail de la maladie entravé***

Afin de rétablir le sentiment de continuité d'existence, le blessé doit faire un travail d'inscription du traumatisme dans son histoire de vie et s'approprier cet événement. C'est ce qu'on peut appeler le travail de la maladie. Ce concept de Pedinielli (1999) comprend l'« ensemble des procédures économiques et signifiantes spécifiques qui assurent la transformation de l'atteinte organique en atteinte narcissique et en douleur psychique, et qui permet un réinvestissement libidinal » .

Or, pour faire ce travail intégratif, il faut de solides fondements psychiques et du matériel cognitif. Et c'est là que le bât blesse : du fait des pertes cognitives (dont mnésiques) ce processus du travail de la maladie peut être entravé.

Si l'intégration du trauma fait défaut, comment le sujet peut-il outrepasser cette étape ? Comment passer du stade de trauma à celui d'épisode inscrit dans la vie du sujet ?

Cet échec d'intégration peut faire perdurer l'état traumatique.

### ***f) Bouleversement de l'identité ?***

Dans quelle mesure pouvons-nous dire que le trauma d'étiologie lésionnelle bouleverse l'identité ? N'est-ce pas trop extrême ?

La notion d'identité recouvre de larges définitions. Je circonscrirai donc le sujet à deux approches. En accord avec le premier auteur, posons l'axiome selon lequel l'identité est en réalité le sentiment d'identité.

- **Du point de vu d'Alex Mucchielli**

*« (Les)informations sont de toutes sortes, internes : sensations corporelles, sentiments et émotions éprouvées, pensées et réflexions ; externes : sensations, perceptions, informations diverses... Une partie de ce savoir sur l'univers se rapporte à soi-même. C'est ce savoir sur soi-même qui est la source du sentiment d'identité personnelle » (Mucchielli, 2002) .*

Cela signifie que c'est en intégrant et en faisant siennes les différentes informations, internes et externes, que le sentiment d'être unique et donc de posséder une identité se forme. Or justement dans le cas des TC :

- d'une part le matériel cognitif nécessaire à la perception et à l'intégration des données est altéré
- d'autre part le psychisme est aux prises avec le trauma et ne peut donc réaliser le processus de subjectivation de l'expérience.

Le sentiment d'identité est donc au mieux vacillant, au pire détruit.

- **Selon Gordon William Allport**

Selon Gordon William Allport l'identité est composée de 7 éléments essentiels : sentiment corporel, sentiment de l'identité du Moi dans le temps, le sentiment des appréciations sociales de nos valeurs, le sentiment de possession, l'estime de soi, le sentiment de pouvoir raisonner et enfin l'effort central. Ce dernier pouvant se résumer à avoir des objectifs de vie et emprunter les chemins de l'existence qui y tendent.

Je n'ai pas l'espace pour expliquer comment chaque composante de l'identité est percutée en cas de TC, je vais donc me concentrer sur un de ses éléments : l'effort central. Pour expliciter en quoi il est détruit, je me tourne vers Eve Gardien (2010), qui déclare : « *Quand l'avenir revient brusquement dans le présent du présent, quand il se rétrécit dans le geste qui demeure possible, l'identité n'est plus gouvernée par un futur qui se reporterait de jour en jour* ». Les restrictions ébranlent donc l'identité dans ce que l'on pensait advenir : c'est la composante de projection de soi dans le futur (ou l'effort central) qui est touchée.

- **Réunion des deux théories**

Réunissons ces deux angles d'approche : au vu des nouvelles incapacités, du savoir sur soi-même chamboulé, du sentiment d'être différent et étranger à soi-même, du regard de l'entourage qui change, des distorsions temporelles... Au final nous comprenons que c'est chaque fragment du sentiment d'identité qui est pulvérisé.

Par ailleurs, pouvons-nous préciser la nature de la nouvelle identité ? Catherine Malbou (2007) nous indique à ce sujet : « s'il y a création d'une identité post-lésionnelle, celle-ci est donc création par destruction de forme ». L'identité va être refondée malgré elle et sous le joug des déficits et des restrictions. Le résultat est peut-être une identité entremêlée à une personnalité, les deux venant témoigner du compromis entre le sujet antérieur, et celui résultant de l'accident, c'est-à-dire avec sa nouvelle matière inédite. Or pour les enfants : qu'en est-il ? La « forme d'identité » dont parle l'auteur est plus une « forme en construction » : peut-être alors que le TC avorte cette forme avant qu'elle soit maturée ?

### III)Expérience du corps modifiée

#### *a) Regard des autres, atteinte narcissique et image du corps*

Les atteintes somatiques et fonctionnelles sont les plus rapidement relevées autant par le blessé que par sa famille. En effet, de la mosaïque de troubles possibles, ce sont ceux qui sont le plus visibles. Les cicatrices ou les marqueurs visibles des atteintes gravent l'accident et se feront la mémoire directe du trauma. Ces évidences concrètes peuvent, en rappelant incessamment au patient l'accident, le figer sur cet épisode et ainsi bloquer son processus d'élaboration.

Les lésions cérébrales vont atteindre autant le corps agi (motricité et gestualité), que le corps perçu (sensibilité et sensorialité), que le corps vu (apparence du corps). Ainsi, c'est l'image et l'investissement du corps qui vont être perturbés. Les bouleversements de l'image du corps vont venir à leur tour impacter le narcissisme. Le patient peut vivre une réduction de l'estime de soi, en lien avec ses possibilités diminuées. Ce narcissisme amenuisé peut causer des perturbations identitaires importantes (pour rappel : l'estime de soi est un des piliers indispensables du sentiment d'identité selon Gordon William Allport).

Une cognition déficitaire, un corps qui ne répond plus, une vie psychique affaiblie... Autant de révolutions qui expliquent que le patient se sente différent ! Souvent, les sujets rapportent le sentiment d'un corps étranger, qui ne fait plus référence et qui, par l'instabilité due à l'expérience d'une fulgurante transformation, n'est plus un lieu sécurisant. Des blessés témoignent encore d'un vécu de dépossession du corps qui viendrait illustrer la cassure de l'unité psychocorporelle. D'autres parlent même de dévitalisation comme si leur corps ne pouvait plus être le lieu de la vie.

Dans les premiers temps de l'éveil de coma le patient est alité et soumis aux manipulations des soignants. Alors, il n'agit plus sur le monde. L'enfant blessé fait face à un constat de dépendance et une perte de puissance sur le monde, quand bien même c'est moins fort que pour l'adulte puisque l'enfant, du fait de sa dépendance avait une action sur le monde réduite. Tout ceci favorise une chute de son narcissisme et l'image d'un corps fragile et dépendant.

Par ailleurs, l'entourage perçoit les différences. Alors, leur regard confrontera sans cesse le malade à son handicap. Par le retour des autres sur lui, le blessé perçoit son organisation psychocorporelle qui interroge, surprend, agace... Ce sont autant de regards, de retours sur son être qui vont venir ternir son narcissisme et son image du corps.

### ***b) Quand le psychisme réagit : angoisses réactionnelles, mise en place de défenses...***

En un instant le corps dans toutes ses dimensions identitaire, quotidienne, relationnelle, s'est effondrée. Les repères solides qui jalonnent l'existence ont été balayés.

- **Cheminement psycho-affectif global**

Le chemin après le traumatisme crânien peut s'articuler autour de ces étapes :

- 1) Le déni, le choc ou l'engourdissement : le déni viendrait faire rempart de protection contre la vérité des pertes, de cette situation insupportable. C'est une défense normale qui permet de ne pas être submergé et d'éviter la souffrance. Le blessé pourra refuser de parler de son état ou parler de lui comme étant intact
- 2) Protestation, révolte, recherche de sens : le neurotraumatisé essayera de marchander de négocier envers lui-même ou envers son entourage et même avec les soignants. Il tentera de récupérer ce qui a été perdu tout en mesurant peu ou pas la gravité ni le caractère peut-être définitif des pertes. Cela signe l'oscillation entre espoir et peur de l'irrémédiabilité des déficiences. La prise de conscience s'amorce et le blessé peut exprimer de la colère, des manifestations agressives.
- 3) La désorganisation, le désespoir : cela advient avec la perception plus nette des limitations, ce qui occasionne l'émergence d'un sentiment de tristesse ou du moins d'un tumulte émotif. L'estime de soi est au plus bas car le blessé se sent ruiné et impuissant. « C'est un pas douloureux mais nécessaire » (Poitras-Martin, 2014)
- 4) La résolution : Elle met plusieurs années et elle permet de se relever petit à petit. Il s'agit d'un retour et d'un ajustement à la vie – cette étape est à rapprocher de celle du travail de la résilience qui sera abordé plus tard.

- **Des angoisses nouvelles ou réactualisées**

Le TC peut amener un vécu de ne pas avoir « tenu le coup », d'un corps qui a « lâché ». Alors après cette expérience de quasi mort-imminente, les angoisses de

s'effondrer à nouveau sont présentes et resteront nichées.

Aussi , et comme dit précédemment, l'expérience de l'accident et du coma fait vivre des vécus d'effraction. Or, le corps et la vie psychique gardent des séquelles : l'angoisse d'une nouvelle effraction peut s'inscrire durablement. La manipulation du corps par autrui peut faire advenir un sentiment de dépossession.

Au vu des séquelles persistantes, et donc d'un corps composé de parties qui sont efficientes et d'autres parties dysfonctionnelles, le patient peut avoir des vécus d'un corps éclaté et donc des angoisses de morcellement.

- **Défenses réactionnelles**

La sidération (impossibilité de penser) souvent en premier lieu, ou le déni peuvent être lus comme l'impossibilité d'entre-apercevoir le soi nouveau. Ils peuvent avoir valeur de protection afin de ne pas se confronter à la mesure des changements.

Le trauma d'étiologie lésionnelle, par opposition à celui d'étiologie psychique, témoigne « *d'une impossibilité de la régression, d'une panne de retour* » (Malbou, 2007) car le noyau neurologique de la vie psychique a été détruit. Cependant, en réponse au trauma, des comportements régressifs peuvent advenir, mais ils sont à lire comme compensation plus que comme un retour à des stades antérieurs. La cérébrolésion témoigne de la possibilité pour l'appareil psychique de survivre alors que ses fondements ont été détruits.

La confrontation au tableau déficitaire de soi-même amène chez le blessé un mal-être général et souvent une première phase de défense contre la dépression (qui viendrait signifier le travail de perte de ses capacités) avec un déplacement de ce mal-être sur l'équipe, voire sur la famille, ce qui se manifeste par des comportements agressifs. Ceci viendrait témoigner de la difficulté à se reconnaître en tant qu'individu porteur de handicap.

### ***c) Résilience***

Apprendre à vivre dans cette nouvelle maison demande un long travail de cicatrisation du corps et de soi.

Ce chemin suppose une reconstruction du narcissisme, celui qui « *fournit l'énergie nécessaire pour surmonter les épreuves de la vie* » (Marchal, 2012). Le patient doit surmonter son traumatisme et l'intégrer en son for intérieur, dans son histoire de vie. Le blessé doit également entreprendre le deuil de l'ancien Idéal du Moi.

Ce chemin s'appelle la résilience qui pourrait s'éclairer par ce propos «*(la résilience) c'est le fait de s'en sortir et de devenir beau quand même* » (Cyrulnik, 2001) .

Je vais maintenant vous présenter Octave, jeune cérébrolésé, afin que vous saisissiez un peu de son expérience du TC avec tous les bouleversements qu'il a engendré.

## ***PARTIE CLINIQUE***

Pourquoi Octave ? Vaste question... Peut-être car c'est l'enfant à qui j'ai pensé le plus souvent durant cette année... Car sa prise en charge, faite d'avancées, de retours et de détours n'a pas été un long fleuve tranquille. Derrière une organisation psychocorporelle qui semble tenir, se cachaient en fait des montagnes de déliaison, le faisant vivre alors une suite d'instant de vie sans qu'il n'en comprenne réellement quelque chose. Face à ce besoin de mettre du sens sur l'expérience et les mots, nous sommes partis ensemble en voyage, tantôt sur le pays de son corps, tantôt sur celui de ses émotions. Ensemble nous avons tenté de reconquérir ces espaces inconnus et ainsi tricoter du sens. Petit à petit, il s'agissait de revisiter et de reconstruire des repères.

La partie clinique, et donc le contenu des séances, ne peuvent pas prendre sens uniquement dans l'observation d'Octave. Alors, dans un souci de cohérence et de clarté j'ai mêlé quelques réflexions issues de mes constatations afin d'expliquer le cheminement.

### **CHAPITRE 1 : Éléments d'anamnèse et accident**

#### **I) L'histoire d'Octave**

Octave est né en novembre 2003, il a donc 12 ans quand je le rencontre. Il est d'origine arménienne. Lui, ses parents et son frère cadet sont en France depuis 3 ans. Ils n'ont pas de papiers d'identité mais bénéficient d'une autorisation de séjour depuis qu'Octave est en soins. En ce moment la famille vit dans une grande ville, sous la protection d'une association. Cependant ils vivent tous dans un squat.

Le dossier médical renseigne très succinctement les éléments de la vie d'Octave. Il est décrit comme un enfant curieux et aimant le football. En septembre 2015, Octave devait entrer en 6ème.

#### **II) Juillet 2015 : l'accident, ses séquelles et le parcours de soin**

Début juillet 2015, Octave tombe d'un toit évalué à 20 mètres par les secouristes, alors qu'il joue avec un ami. Les circonstances de l'accident sont floues et peuvent nous interroger : que faisait un enfant de 11 ans sur un toit? Les pompiers arrivent en urgence et

ils constatent le traumatisme crânien car Octave a perdu connaissance. Ils font également état d'une fracture ouverte du tibia et un pneumothorax.

Les pompiers évaluent également le niveau de sévérité du TC d'Octave grâce à l'échelle de Glasgow, dont le score initial est de 5, ce qui signifie un traumatisme crânien sévère et un coma profond. Octave est immédiatement transféré en réanimation pédiatrique.

Là-bas, les examens complémentaires révéleront d'autres fractures au niveau du droit de l'orbite,, de la crête iliaque gauche et de la branche ischiopubienne gauche ainsi qu'une rupture de la rate.

Ce même jour Octave est opéré pour sa fracture ouverte du tibia, afin de la réduire et mettre en place des fixateurs pour enclencher le processus d'ostéosynthèse.

Une IRM est pratiquée à J2 (deux jours après le traumatisme) afin de mettre en lumière les atteintes cérébrales. Sont alors observées des lésions axonales diffuses, des pétéchies hémorragiques cortico-sous-corticales, basifrontales, temporales, bilatérales et du corps calleux ainsi qu'une hémorragie intra-ventriculaire bilatérale.

Pour résumer, le tableau neurologique est sévère au vu des nombreuses lésions et la pluralité des sites touchés (quasiment tous les lobes cérébraux). De plus, l'hémorragie peut, à son tour, entraîner de nouvelles distorsions ou destructions de neurones. Le fait que les lésions soient diffuses ternit le pronostic et rend difficiles voire impossible l'estimation du temps de coma et les atteintes au réveil. En outre, pour une même localisation d'atteinte, les conséquences d'un patient à l'autre sont différentes.

A J3, Octave ouvre les yeux : il est aux prémices de la phase d'éveil de coma. Dans les jours qui suivent, cette phase évolue sur un versant d'agitation : on parle alors « d'éveil de coma agité » . Ce type de comportement est souvent corrélé à un syndrome frontale. C'est le cas pour Octave. Le sien se spécifie par :

- des troubles du comportement parmi lesquels une agitation intense avec mise en danger (par exemple, il veut passer au-dessus des barrières de son lit)
- des troubles du langage : Octave ne parle qu'en arménien pendant une période mais il retrouve petit à petit l'usage du français malgré un manque du mot persistant
- des troubles cognitifs et des fonctions exécutives notables par une défaillance de l'attention et de la mémoire

Il est également à remarquer un déficit du membre supérieur droit.

Plus tard, à J16 il est transféré en suivi pédiatrique, dans la même structure hospitalière. Octave a repris une alimentation entérale. L'évolution est notable sur certains points : Octave récupère la motricité volontaire de tous ses membres et les mises en danger s'amenuisent quand bien même l'agitation demeure. Cependant de nombreux déficits persistent. L'équipe médicale remarque également qu'Octave présente une amnésie post-traumatique. C'est à partir de cette synthèse que la demande d'intégration au centre de rééducation et réadaptation pédiatrique, où je réalise mon stage, est effectuée.

### III) L'arrivée d'Octave au centre

Le centre pédiatrique reçoit des jeunes de 0 à 20 ans. La structure accueille et soigne des patients grands brûlés, cérébrolésés ou ayant des pathologies orthopédiques. Ces enfants viennent au centre après l'épisode aigu : après un accident, un séjour en réanimation, une opération... En plus des soins souvent conséquents, la structure a une triple mission : rééducation, réadaptation et réinsertion.

Plusieurs modes d'hospitalisation sont possibles : complète, semi-complète avec un retour au domicile certains soirs et/ou les week-ends ou en hôpital de jour. Les enfants vivent sur des unités de vies en fonction de leur pathologie et de leur niveau d'autonomie. Il y a donc une équipe éducative importante.

Tous les enfants viennent au centre avec un objectif commun : la rééducation intensive et la récupération fonctionnelle. Ils sont donc ici pour un court ou moyen séjour et le programme rééducatif est intense. Aussi, au fil des jours et des réunions d'équipe le projet individuel de soin pourra se préciser.

Il y a aussi une école sur place qui assure l'enseignement depuis l'école maternelle jusqu'au cursus post-bac. Ainsi les enfants ré-intègrent progressivement les temps scolaires pour se remettre à niveau ou faire de nouveaux apprentissages. Cette école vise à la réinsertion future.

Octave arrive donc fin juillet, soit un mois après son accident. L'observation médicale qui accompagne son entrée mentionne qu'il est toujours en phase agitée d'éveil de

coma avec une instabilité psychomotrice, il peut tourner la tête sur stimulation et son langage est très limité. L'amnésie post-traumatique est toujours notable.

#### IV) Le projet initial de soin d'Octave

Après l'observation médicale d'entrée qui fournit les premières informations, le médecin rééducateur référent de l'enfant demande à certains professionnels de le rencontrer. Le projet de soin global de tous les enfants qui sont au centre est la récupération fonctionnelle. Cependant, le projet s'individualisera avec les objectifs de chaque thérapeute. Ces objectifs font suite à leurs observations ou aux bilans, si l'état de l'enfant le permet. Ils peuvent également proposer de moduler la prise en charge : intensifier les rencontres ou les espacer et demander l'intervention d'autres rééducateurs. Ainsi, les plannings de rééducation sont souvent réévalués et il est donc difficile de retracer précisément l'historique des soins d'Octave. Dans un souci de lisibilité, je vous communique donc les informations de manière concise.

Les soins d'Octave commencent en chambre : les rééducateurs passent le mois d'août à le stimuler sensoriellement afin de l'éveiller à la relation, explorer ses possibilités et tenter de diminuer l'agitation.

Puis, alors qu'Octave quitte doucement la phase d'éveil de coma, la fréquence des rééducations s'accroît tout en n'étant pas intensives, au vu de sa rapide fatigabilité cognitive. Octave bénéficie de kinésithérapie deux fois par semaine afin d'assouplir les chaînes musculaires postérieures. En effet, ses muscles sont très rigides à cause de l'opération du tibia et de l'alitement prolongé. Il voit également une ergothérapeute afin de faire progresser ses praxies et ses capacités d'autonomie dans les gestes de la vie courante comme l'habillage et la douche. Octave est également suivi par une orthophoniste dont le travail est surtout axé sur le manque du mot qui est prégnant depuis son arrivée.

Rapidement, le soin psychomoteur est prescrit trois fois par semaine à raison de trente minutes. Dans le fonctionnement institutionnel du centre pédiatrique, les champs d'intervention de chaque professionnel sont bien délimités. Si les psychomotriciennes sont sollicitées c'est donc pour intervenir sur le schéma corporel, l'image du corps et l'investissement corporel. Elles peuvent également proposer des jeux autour de l'espace.

Néanmoins, les psychomotriciennes ont la liberté d'élargir leur champ d'action, notamment en allant investiguer et tenter d'adoucir le traumatisme psychique inhérent à la cérébrolésion et les désordres psycho-affectifs qui en découlent : défaut d'enveloppe, manque de confiance en ses capacités, apparition d'angoisses, besoin de réassurance...

La seule information donnée avant de débiter le soin d'Octave est qu'il semble énormément manquer de repères corporels, spatiaux et temporels. Le suivi psychomoteur débute par une remplaçante de mon actuelle maître de stage jusqu'au retour de cette dernière début octobre. L'actuelle psychomotricienne rencontre Octave fin octobre, une semaine avant que nous soyons présentés.

## **CHAPITRE 2 : Premiers temps de rencontre et état des lieux**

### **I) Quand l'imagination précède la rencontre**

Avant de rencontrer Octave, j'entends beaucoup parler de lui : dans les lieux de vie, au sein des réunions, dans les discussions de couloir. Tous évoquent ce garçon comme « perdu » et comme un « vrai traumatisé crânien ». Je m'interroge d'emblée : que signifie être un « vrai » traumatisé crânien? Je suppose tout de même qu'Octave doit présenter le tableau typique du traumatisé crânien : mais comment définir la sémiologie du cérébrolésé ? Il y a tant de possibilités et j'ai déjà vu tellement d'enfants différents!

Par ailleurs, le terme « perdu » m'est difficilement saisissable : à vrai dire, je trouve que tous les enfants d'ici pourraient être qualifiés de « perdu » avec leur « nouveau » corps, une unité de vie qu'ils découvrent, le personnel qui leur est étranger... Alors, dans ce contexte, pourquoi souligner pour cet enfant particulièrement son caractère « perdu » ?

Je me prends donc à imaginer un enfant lourdement appareillé (comme la majorité des enfants que j'ai pu observer), avec des déficiences motrices et cognitives majeures...

Déjà, ma curiosité de rencontrer Octave est suscitée.

### **II) Les présentations: l'imaginaire à l'épreuve du réel**

Une après-midi de début novembre, je me dirige donc, avec ma maître de stage vers l'unité de vie des enfants afin de rencontrer Octave. Elle l'a déjà vu 3 fois la semaine précédente.

Je rentre dans l'unité et je scrute la salle à la recherche d'un jeune homme frêle et

peut-être en fauteuil. Or, je vois ma maître de stage marcher vers un garçon assis sur le canapé. Un premier constat s'apparaît : il ne porte pas de handicap moteur. Il est un peu voûté, le regard flottant voire même perdu. Il balaye la salle du regard et malgré nos pas en sa direction, il ne semble pas concerné et détourne la tête. En nous approchant, je suis très étonnée de voir qu'il ne montre aucun signe de reconnaissance de ma maître de stage. Une fois juste devant lui, Octave se lève, nous regarde et sourit. C'est un garçon de taille moyenne, de corpulence normale avec des cheveux bruns, nombreux et épais. Octave a la peau légèrement tannée, ce qui rappelle ses origines. Sa bouche est ouverte et ses yeux foncés nous regardent alternativement : il semble attendre nos paroles. La psychomotricienne le salue et se présente d'une voix calme et lente comme pour être sûre qu'il saisisse les informations. Il acquiesce, regarde alternativement le sol et les yeux de son interlocutrice, le tout en tripotant nerveusement sa montre au poignet. Je crois percevoir qu'il ne se souvient ni de ma maître de stage, ni de la psychomotricité (qu'il a débuté depuis 3 mois à un rythme intensif). Je me présente à mon tour, Octave semble attentif mais perplexe, ce qui se confirme par ses questions : « Mais je fais quoi avec vous ? » . Après que la psychomotricienne ait donné des explications sur le contenu des séances : travail sur la connaissance du corps, jeux, mouvements... Octave paraît rassuré, cesse ses gestes de réassurance sur sa montre et nous marchons jusqu'à la salle.

De ce tout premier temps, j'en garde le souvenir d'être dubitative : Octave marche, n'a aucune atteinte physique, il parle, il peut être en relation... Même si les troubles mnésiques sont manifestes, de prime abord il semble être presque « normal » . Alors, qu'est ce qui ne va pas ? Pourquoi fait-il autant parler de lui?

Par ailleurs, il y a un fossé entre l'enfant que je m'imaginai et celui que je viens de rencontrer, c'est-à-dire le jeune qui, dans l'unité, à l'air le moins accidenté. Pourtant il est bien en centre de rééducation, il a un planning de soins et il rencontre la psychomotricienne trois fois par semaine. A moi d'aller découvrir l'autre (immense) facette d'Octave : celle qui fait dire à toute l'équipe qu'il est « perdu »...

### III) Observations psychomotrices d'Octave

#### *a) Observations générales*

A son arrivée au centre fin juillet, Octave était encore en phase d'éveil de coma avec une grande confusion, des périodes d'agitation et une hyperexcitabilité. L'amnésie post-traumatique était toujours d'actualité et les signes du syndrome frontal sur le versant apathique étaient importants: indifférence émotionnelle, perte d'intérêt et d'initiative sur l'environnement et ses pairs. Le tout était corrélé à des troubles neuropsychologiques importants.

Pour toutes ces raisons et du fait que la récupération est très aléatoire surtout dans les premiers temps de la rééducation, il avait donc été décidé de ne pas lui faire passer de bilan immédiatement.

Lorsque je le rencontre en novembre, Octave a déjà bien évolué depuis son arrivé au centre. De ce fait, je vous présenterai mes observations psychomotrices des premières séances. Ces observations s'étendent de novembre à décembre, soit sur quatre séances en psychomotricité ainsi que sur des moments au sein de son groupe de vie.

Octave a le haut du corps incliné vers l'avant avec les épaules hautes et orientées vers l'intérieur, ce qui donne à voir une posture voûtée et m'évoque une attitude fermée et un tonus de fond plutôt bas. Il semble compenser cela par une hypertonie du haut du corps, au niveau de la ceinture scapulaire, de la nuque et des bras. Le tout inspire une sensation de rigidité, ce qui est renforcée par deux observations : la première est la marche sans ballant des bras, la deuxième est que le haut du buste, le cou ainsi que la tête se déplacent « d'un bloc » pour s'orienter. D'ailleurs, la respiration est également haute et Octave est rapidement essoufflé. La régulation tonique n'est pas très efficace : Octave a tendance à recruter un trop haut tonus lors des mises en mouvements. Cependant, il lui est possible de faire varier son tonus, sur incitation verbale ou lors des mobilisations passives. Je me questionne donc sur la présence permanente de l'hypertonicité de la ceinture scapulaire malgré sa capacité à la faire moduler : a-t-elle une fonction pour Octave ?

La motricité globale et l'exécution des gestes sont globalement efficaces. Octave peut se mouvoir comme il le désire et il a des capacités en motricité fine. Les praxies sont

troublées, non pas dans l'exécution motrice du geste mais dans sa planification et ses ajustements. Puisque c'est en lien avec ses troubles dysexécutifs, j'y reviendrai plus tard. L'équilibre dynamique est bon alors que l'équilibre statique est précaire.

Ce qui me marque le plus c'est l'attitude figée d'Octave : il fait peu de mouvements, sa gestualité est pauvre. Son expression corporelle est minime et il est amimique. Ses émotions semblent être absentes ou bien ne pas l'imprégner. Dans la même veine, il ne semble pas prendre plaisir lors des jeux dynamiques, des mises en mouvements... Il vise souvent la performance.

Quant au schéma corporel, Octave présente de nombreuses confusions, que ce soit pour nommer ou localiser des parties du corps, sur lui comme sur autrui : soit il ne « sait pas » soit il se trompe de terme ou encore il répond au hasard. Aussi, à l'occasion d'un jeu sur les cinq sens, Octave hésite sur le rôle de la bouche et du nez qui, selon ses dires, « sert (uniquement) à moucher »... Et à la question « qu'est-ce que tu aimes toucher ? » il répond « un gâteau », réponse identique à la question d'avant sur le goût et qu'il avait réussi à trouver avec un fort indiçage. Le schéma corporel et les connaissances fonctionnelles du corps semblent bien fragiles au premier abord. D'ailleurs, Octave réalise début novembre un dessin sommaire du bonhomme avec peu de détails qui est coté par le test de F. Goodenough à 7/8 ans. (Annexe 1)

Concernant la sphère spatio-temporelle : là encore, peu de notions semblent être intégrées et solides. Il peut confondre matin et après-midi, me dire « bonsoir » alors que nous sommes le matin, ne pas réussir à expliquer la chronologie d'une séquence d'actions (par exemple ce qu'il fait à son réveil) et dire tous les jours que nous sommes « lundi » (malgré un planning sur lui).

La droite et la gauche sont bien repérées mais les notions spatiales de base (devant/derrière, loin/près) semblent troublées. Octave ne se repère pas au sein du centre, il ne peut nous dire l'étage sans regarder par la fenêtre. Il ne sait pas non plus retrouver le chemin de la salle de psychomotricité alors qu'il l'emprunte fréquemment.

### ***b) Le handicap invisible***

Le handicap invisible recoupe les troubles neuropsychologiques et cognitifs consécutifs au TC et qui échappent à un observateur non averti au premier abord.

Pour Octave on peut y rajouter les conséquences de l'amnésie post-traumatique.

Le plus prégnant chez Octave c'est justement ce « handicap invisible » ; invisible et pourtant tellement présent ! Octave a un oubli à mesure : il peut nous demander en cours de séance qui nous sommes ou les règles du jeu. Il peut également oublier ce qu'il vient d'apprendre. Or, c'est une vraie difficulté : à l'occasion de propositions multi-sensorielles visant à renforcer le schéma corporel, Octave ne mémorise pas une partie du corps ou bien n'intègre pas la correction. Ainsi, pendant 3 séances et malgré la multiplicité des indices et des propositions Octave dit, au sujet des poignets, qu'il en a quatre ou montre ses genoux. A cause de ses difficultés mnésiques et exécutives, il lui est difficile d'intégrer les corrections ou les nouvelles notions que nous lui proposons et Octave persévère dans ses erreurs.

Aussi, ses troubles exécutifs se manifestent par la difficulté à intégrer une consigne entièrement ou encore comprendre la finalité d'un jeu. Il a du mal à séquencer une action : quand je lui dis « on va s'asseoir sur le tapis » il me dit « oui » mais n'amorce pas d'exploration de l'espace pour trouver le tapis. De plus, ses actions ou réponses sont souvent calquées aux nôtres : si je me lève, il se lève ; quand je dis avoir eu chaud pendant un échauffement il répond que lui aussi, avec quasiment la même intonation. Il prend peu de liberté dans l'exécution d'une proposition qui pourtant laisse une grande possibilité de variations. Par exemple, lors d'un échauffement avec inductions larges, Octave va nous imiter très scrupuleusement. On peut dire qu'il est en adhérence avec son environnement.

Le handicap invisible se traduit aussi par des troubles attentionnels : Octave montre des difficultés à canaliser son attention sur une activité, une discussion... Ou bien il « décroche » à cause d'un élément distracteur, même minime ou même sans raison... Son attention est très labile. Dans ces moments il détourne le regard, baisse la tête et se coupe de la relation. La qualité attentionnelle baisse aussi à mesure de la séance, petit à petit, il semble moins présent. Ces attitudes sont également à mettre en lien avec la fatigue cognitive qu'il éprouve. Chaque discussion, chaque mise en mouvement semble lui coûter énormément. Il réfléchit à chaque mot, il pose des questions... Il se concentre beaucoup d'autant plus qu'il montre une certaine application à « bien faire » . D'ailleurs, il s'enquiert souvent de notre avis sur la qualité de ses actes : « j'ai bien réussi ? » « c'était la bonne réponse ? », même s'il n'y a pas de notion de réussite dans les exercices proposés.

La sphère praxique, comme dit précédemment, est fragile : certains gestes automatisés sont facilement exécutables. C'est l'idée du geste, sa planification, ses ajustements en fonction des circonstances et l'utilisation de l'objet qui sont touchés. Ainsi, Octave est parfois incapable de nous expliquer comment utiliser un objet, ou bien de manière très lacunaire. Il peut aussi nous demander comment il faut faire pour réaliser certains gestes. Par exemple, un jour Octave rentre dans la salle, je lui demande donc d'enlever ses chaussures, ce à quoi il me répond « on fait comment ? » .

En outre, Octave a des persévérations sur des idées bien précises qui viennent en partie témoigner du syndrome frontal et du manque de flexibilité mentale dû aux troubles dysexécutifs. Ces idées fixes viennent entraver l'activité ou bien occulter nos discussions... Seulement, d'emblée, les thèmes de ses persévérations m'ont interrogés : c'est à propos de son frère et de son avenir.

Au sujet de son frère, Octave nous dit qu'il est : « nul », « bête » « incapable »... Ces propos me questionnent : quand Octave nous dit ceci, parle-t-il vraiment de son frère ? A travers ces propos, il semble nous décrire ce qui est difficile pour lui-même : calculer, savoir quel jour nous sommes... N'est-ce pas là un mécanisme de défense par projection ? Peut-être qu'accepter ses propres incapacités est encore trop dur, trop source de souffrance ; alors les projette-t-il sur son frère ? Cette hypothèse que je fais rapidement vient se corrélérer au fait qu'Octave semble avoir un certain regard sur ses troubles. En effet, il a des réactions de réassurance quand il est en échec et quand nous le corrigeons : il baisse les yeux et se touche le bras. Aussi, il s'excuse souvent d'avoir oublié, surtout quand il s'enquiert à nouveau de notre fonction ou de l'activité en cours... Il demande très occasionnellement : « quand est-ce que je vais retrouver ma mémoire ? » . Dans mon hypothèse : Octave aurait une conscience lacunaire de ses troubles mais suffisante pour les projeter sur son frère. D'ailleurs, pourquoi sur son frère ? Peut-être ressent-il une forme de jalousie à son encontre : lui qui est en bonne santé, sans besoin de rééducation et auprès de sa famille.

Quant à son avenir : il veut « être footballeur comme Messi », le lendemain « veut travailler dans les banques pour construire des immeubles » (la logique est confuse, nous en convenons) ou encore « être chanteur comme Maître Gims ». J'ai d'abord pensé que ces envies venaient parler de l'inquiétude d'Octave quant à son avenir. Mais en mettant en lien ses propos avec d'autres, où il pouvait se surestimer : « je peux courir 100km », « je suis riche et je peux t'acheter une Ferrari si je veux » j'ai changé de regard. Je m'oriente plus dans l'hypothèse qu'il fantasmerait être quelqu'un d'autre ou avoir de meilleures capacités.

A ce moment, seraient-ce des manifestations de protestation en regard de son état ? Serait-ce trop intolérable d'être lui-même ? Ou bien cela viendrait éventuellement témoigner d'une errance identitaire et du faible narcissisme, consécutifs à son séisme neurologique ?

### *c) La déliaison*

Ces premières séances me laissent le sentiment que tout est confus chez Octave: les repères, qu'ils soient corporels, spatiaux, temporels sont au mieux fragiles au pire complètement disloqués. Plus largement l'environnement et les mots semblent bien nébuleux. Les praxies sont bancales. Cette désagrégation massive de repères, surtout après un TC, peut trouver des explications dans le processus de déliaison.

La déliaison, j'y reviendrai plus tard dans la partie théorio-clinique, est un phénomène qui rend compte de l'incapacité du patient à se représenter une expérience, donc à y mettre du sens. En conséquence, nouer cette expérience au langage est aussi impossible. Les perceptions (recueil et traitement de l'information sensorielle) sont soit impossibles soit erronés. Alors le réel, au niveau sensoriel, et plus largement l'environnement peinent à être identifiés, à trouver une cohérence et donc à être verbalisés. Le sens contraire est aussi observable : les mots et les représentations sont vidés de sens.

Chez Octave, cela se traduit par l'incapacité à reconnaître les parties de son corps, les confusions entre les termes, les conduites dyspraxiques (par défaut de représentation des mots de la consigne)... Cela touche de nombreuses sphères. Pour illustrer au mieux ce phénomène, je mettrai le focus sur la déliaison au niveau des sensations tactiles. Effectivement, pour Octave, le domaine des sensations tactiles est significatif de la déliaison.

Octave ne peut pas nommer la plupart des sensations tactiles : si ça pique, si c'est chaud, si c'est doux... Lors d'une stimulation et à la question : « qu'est-ce que tu ressens ? » il répond « bizarre », ou bien « je ne sais pas » ou encore il persévère sur un adjectif précédemment employé. Octave semble avoir perdu la capacité à identifier la sensation et donc à la nommer.

Le phénomène inverse peut également être observé. Octave ne sait pas nous répondre si nous lui demandons d'expliquer un terme relatif aux sensations ou d'en donner un exemple.

Il ne sait pas nommer un objet qui est « lisse » sur la peau, qui est « doux » ou encore qui « pique ».

D'une manière plus générale, et pour s'éloigner de l'aspect tactile, la déliaison s'exprime dans de nombreuses sphères. J'ai voulu recouper quelques exemples, parfois cités plus haut, afin d'en faire une lecture à la lumière de ce mécanisme.

- Octave me montre ses doigts quand je lui demande son bras : la représentation et donc le terme « doigt » sont lacunaires car il ne sont plus reliés à la localisation précise.
- Quand une balle passe sur son corps, il ne peut nommer la partie du corps engagée alors qu'il la localise et la regarde, ni quelle sensation la balle lui procure (il dit : « c'est bizarre »).
- Octave peut prendre sa douche sans mettre l'eau: l'action de se doucher ne semble plus liée au fait d'utiliser de l'eau. Dans le même esprit, il met son bol sale dans le frigo ou encore coupe sa banane avec une cuillère.
- Il peut nous dire pour parler de la veille : « Moi j'ai l'impression que c'était *demain* » : quid des représentations temporelles ?
- « J'aime toucher du gâteau » : quel sens à le mot « toucher » pour lui ?
- Si je lui dis : « Mets-toi derrière moi », Octave se met devant. : la représentation *derrière* ne semble pouvoir s'appliquer concrètement et cette notion spatiale ne semble plus faire repère.
- « Enlève tes chaussures », il répond « on fait comment ? » : est-ce un trouble praxique ou une incapacité à se représenter l'action et donc à l'exécuter ?
- Je lui demande, après un temps de percussions corporelles, ce qu'il a pu ressentir : il reprend uniquement mon idée de chaleur et ne peut rien en dire de lui-même. Il me semble qu'il peine à identifier son vécu et à le relier à des représentations.

En somme, c'est comme si l'expérience ne prenait pas sens. Octave ne semble plus capable d'identifier ce qu'il vit. A contrario, les mots n'ont plus de sens, les représentations sont lacunaires, comme vidées d'une part de leur expérience.

La déliaison sera reprise largement dans la partie théorico-clinique car cette question est primordiale pour Octave et donc dans cet écrit.

#### *d) Octave en relation*

Les premiers temps de séance, Octave parle peu, ou bien toujours dans ses persévérations. Il se tient à distance de nous et montre des réactions de réassurance (toucher sa montre) ou de prestance (sourire dès qu'on le regarde) qui diminuent au fil de la séance. J'imagine que cette distance est due au fait que nous lui demeurons étrangères ainsi que la salle de psychomotricité, tout ceci en lien avec ses troubles mnésiques. C'est comme si, à chaque séance, il redécouvrait ma maîtresse de stage, moi et la salle. Alors, l'alliance thérapeutique semble difficile à construire car Octave ne semble pas avoir de sentiment de familiarité.

Aussi, Octave me donne le sentiment que nous sommes les maîtresses et lui l'élève. Ce sentiment apparaît surtout quand il vérifie ses réponses ou qu'il nous demande confirmation. Il imite parfaitement ce que nous faisons comme si nous détenions la bonne réponse, d'ailleurs il peut dire : « j'ai pas bien fait car j'ai pas fait comme vous ». Je sens peu de complicité dans les jeux et il n'ose pas se confronter à nous, quoique cette dernière suggestion puisse aussi être le témoin d'un manque de solidité interne. Toujours est-il qu'Octave nourrit peu la relation : il répond brièvement, ne relance pas la discussion etc...

Son regard est très fuyant dans ces premiers temps, il a du mal rencontrer le nôtre et à maintenir le lien visuel. C'est aussi un signe qui, d'emblée, m'interpelle.

#### *e) Ses appuis*

Malgré un tableau assez déficitaire sur de nombreuses sphères, qui explique certainement l'importance des discussions à son sujet, Octave présente des ressources qu'il utilise sans modération.

Octave utilise beaucoup le visuel pour trouver des indices. Par exemple, il lit sur nos blouses nos prénoms et notre fonction. Ou encore Octave regarde et lit les panneaux pour trouver la salle de psychomotricité. Une fois dans le couloir, il regarde sur chaque porte l'inscription jusqu'à trouver la salle. C'est un moyen de compensation lui permettant parfois de trouver des indices qui l'aident pour sa compréhension d'une situation, mais qui peuvent aussi lui jouer des tours. Par exemple, un jour je lui montre les raquettes et lui demande « a ton avis à quoi ça sert ? » il me répond alors « à danser ! ». Je le regarde incrédule tant la réponse me déconcerte. Il se trouve que la psychomotricienne a observé,

qu'en lui posant la question j'ai haussé les épaules. Il a donc interprété ce signe comme étant de la danse. En somme, le support visuel peut être source de mauvaises interprétations.

L'autre ressource non négligeable est qu'Octave pose des questions. Et ce, il me semble, pour plusieurs raisons. L'une déjà évoquée est qu'il paraît désireux de « bien faire », il cherche alors, en questionnant, notre approbation et confirmation.

Des questions peuvent également se formuler quand il cherche des indices pour comprendre les situations. A l'instar d'un moment où nous allons chercher Octave pour sa séance : en arrivant devant lui, et alors que son expression et son regard manifestent qu'il ne nous reconnaît pas, il nous demande « on s'est déjà vus ? » ou alors « on fait quoi ensemble *déjà* ? ». Dans ces moments-là, les questions l'empêchent d'être en situation d'échec. Ces questions peuvent être aussi une manifestation d'anxiété liée à ses troubles de la compréhension verbale et des situations.

Seulement, il arrive qu'Octave ne pose pas de questions et nous saisissons son incompréhension par son comportement : réponse illogique, « oui » plaqué... Alors nous l'encourageons toujours à exprimer son manque de compréhension et à interroger.

### ***f) Projet de soin psychomoteur***

Après quatre semaines soit une douzaine de séances avec ma maître de stage, cette dernière décide d'axer son travail sur 3 points :

- Travailler sur les repères corporels afin de restructurer le schéma corporel
- Donner du sens à ses sensations en proposant des stimulations multisensoires
- Travailler sur les notions d'espace afin qu'Octave se repère mieux dans son environnement. Le travail sur les notions d'espace est normalement dédié aux ergothérapeutes au sein du centre, mais celle qui rencontre Octave priorise, pour lui, un travail sur les activités de la vie quotidienne comme la douche.

A partir de début décembre, et sur décision commune avec la psychomotricienne, il est acté que je mènerai les séances du mardi. Ainsi le projet initial a évolué en fonction des progrès d'Octave et de la direction que je souhaitais donner à la prise en charge.

## **CHAPITRE 3 : Le temps des ajustements**

### **à l'aube des premières constatations**

Je reprends la structure de séance de la psychomotricienne par souci de conserver des repères au sein de la séance malgré le changement de professionnel. Ma maître de stage est présente dans la pièce et peut, selon mon initiative, prendre part au jeu. En effet, parfois il semble compliqué pour Octave d'être en relation duelle : j'imagine que cette configuration lui coûte plus d'attention, notamment par le fait que le contact visuel, qu'il semble éviter, est plus soutenu.

#### **I) Allons revisiter le corps**

La séance démarre par un temps autour du schéma corporel. Les repères corporels d'Octave comme ses capacités à identifier ses sensations, semblent tellement pauvres que ces axes de travail sont la priorité.

Au début, je privilégie les échauffements en pensant qu'un temps dynamique peut l'intéresser puisqu'il pratiquait avant le football. Alors je propose un échauffement comme au football avec des montées de genoux, des talons fesses.... Ou encore un temps de percussions corporelles. Parallèlement aux mouvements, je détaille avec lui la partie du corps mobilisée. Parfois nous faisons des pauses pour venir préciser ses repères avec le toucher. Octave demeure confus dans ses connaissances et même avec la répétition des identifications et des nominations, les erreurs persistent. De plus, Octave recrute un tonus tellement haut, se restaurant dès que son attention n'est plus portée dessus, que l'activité est rapidement source de fatigue et de déplaisir : il est rouge, respire fort, transpire...

En outre, Octave, dans ces premiers temps, est toujours en pure imitation : il est tellement concentré à faire exactement comme « le modèle » que la surcharge cognitive se fait sentir très rapidement au cours de la séance. D'ailleurs c'est dans ces moments-là qu'il peut dire : « je fais bien ? » . J'ai l'impression qu'il ne prend pas de plaisir ni ne porte d'attention à ses sensations, à sa fatigue. Si je lui demande comment il se sent, il répond « bien ». D'une part, il ne peut rien dire de plus et d'autre part, c'est en décalage avec ce que j'observe d'Octave haletant et transpirant. Il semble à ce moment bien déconnecté de ses sensations corporelles.

Au vu de ses constatations un ajustement m'a semblé nécessaire : je lui propose donc, pour ce premier temps de séance toujours autour des repères corporels, des activités plus calmes. Nous pouvons réaliser une douche sèche assise ou un jacadi en détaillant la position. C'est donc une séquence plus basée sur l'attention à soi, sur ses sensations. Il s'agit toujours de nommer la partie du corps et la sensation éprouvée (ex : chaleur pour la douche sèche). Ainsi, petit à petit, Octave reconstruit ses repères : bras, jambes, épaules, cou, ventre... Dans ces premiers temps, la perception et la discrimination sont encore très globales. Et certains lieux du corps et sensations demeurent mystérieux : il regarde, touche, malaxe... sans reconnaître ni la sensation ni la partie du corps concernée.

Même si cet ajustement lui permet d'être plus attentif à lui-même et de « visiter » et reconquérir son corps plus calmement, il est toujours compliqué de nommer en même temps qu'il se mobilise, l'attention partagée étant toujours troublée.

## II) En piste !

Comme je l'ai décrit dans la présentation, Octave me donne le sentiment d'un corps figé : peu de mouvements ou bien de réassurance, pas de ballant des bras pendant la marche, un haut tonus qui compense l'effondrement tonique sous-jacent... De plus, il semble avoir une attitude très mécanique : peu de souplesse quand il se baisse, se tourne d'un bloc... Et surtout il montre peu d'expression et me renvoie l'image un garçon presque éteint. Même quand il sourit, c'est plus en réponse à celui qu'on lui adresse ou bien en réponse à notre regard : un sourire « réponse » en somme, peut-être défensif... Il ne semble pas habiter son corps, peut-être car il lui était encore trop étranger ? Comment investir son habitation quand on n'en connaît plus les plans ?

Alors, l'investissement corporel, pour quitter la visée de performance, et l'engagement corporel, pour se décaler du corps mécanique, deviennent deux des nouveaux objectifs thérapeutiques. Pour ce faire, quoi de mieux que le jeu ? Le deuxième temps de la séance y est consacré.

Selon ses dires, il « aime bouger », alors la médiation des jeux moteurs me semble adaptée. Nous allons donc jouer : raquettes, cibles, ballons...

D'emblée, à chaque proposition Octave se montre réceptif et enthousiaste, il ne loupe pas une occasion pour s'exclamer : « je vais gagner ! ». En revanche il persévère à me dire « t'es une fille donc t'es nulle » ou « les garçons gagnent car ils sont plus fort ».

Ces propos sur la différence des sexes et le potentiel ascendant du « sexe fort » dans les jeux (et de manière générale) sont également un des thèmes de ses persévérations. Avec ses propos, je sens qu'Octave nous met donc en compétition. Et c'est un moteur pour lui: il prend un malin plaisir quand il gagne, il peut à quelques reprises se laisser aller à des signes de victoires ou des éclats de voix « je gagne, je suis trop fort ! ». Lors d'un jeu de cible, dès qu'il parvient à correctement viser, il se retourne vers moi avec un sourire et s'empresse d'aller noter ses points sur le tableau.

### III) Bilan de ces premières séances

Nous sommes début janvier et cinq séances que je mène se sont écoulées. Le temps des premières constatations s'impose.

#### *a) Au niveau des repères corporels*

Pour les repères corporels, la psychomotricienne fait passer à Octave le test des somatognosies qui est coté à 4/5 ans. Le test d'imitation de gestes de Bergès-Lézine est mené jusqu'au bout, malgré une production assez confuse, avec cinq erreurs dans les gestes complexes, ce qui est bien en dessous de son âge. Par ailleurs, à la même époque, Octave réalise un dessin de lui-même dans le cadre d'une activité. Il est encore très sommaire mais déjà bien plus grand ( Annexe n°2 ).

Octave était toujours très confus et persiste dans ses erreurs, du fait des troubles des fonctions exécutives et des troubles mnésiques qui l'empêchent de prendre conscience de ses fautes et d'intégrer de nouvelles informations.

La terre du corps n'est pas encore reconquise. Par exemple, il dit qu'il est « chauve », ne sait pas nommer ses poignets ou encore il montre sa jambe au lieu de désigner ses pieds. Le processus d'analyse et de nomination des sensations est encore très troublé : soit Octave ne sait pas décrire ce qu'il ressent (le dur/le mou par exemple...), soit il se plaque à nos réponses ou bien il répète à chaque fois le même adjectif. En réunion, il

est rapporté qu'Octave n'attribue pas une sensation à un sens : il a pu dire que seule la vue peut lui permettre de savoir si un plat est bon ou salé ou encore il a pu répondre une « limace » ou un « oiseau » lorsqu'on lui demande de citer quelque chose qui ne sent pas bon.

En somme, Octave manque encore beaucoup de repères et la déliaison entre sensation, perception, représentation et langage est très palpable. Le sens de ce qu'il vit semble bien nébuleux et étrange, tout comme le sens des termes qu'il emploie.

Cependant, les premiers temps de séance sur le schéma corporel semblent pertinents à conserver, au vu des acquisitions qu'il a réalisées : elles concernent des notions globales (jambes, bras, cou...) mais sont présentes et intégrées.

Aussi, continuer les propositions sur le schéma corporel prend son sens car c'est la répétition qui permet l'encodage. Là aussi les troubles mnésiques ne jouent pas en notre faveur et entravent ce processus d'appropriation des repères.

En revanche, il m'a paru important de repenser le contenu de ces temps centrés sur le schéma corporel. En effet, les propositions dynamiques (douche sèche, jacadi) mettent trop en difficulté Octave qui semble peiner dans le double mouvement de se mobiliser et de réfléchir à ce qu'il exécute. Ainsi, même si les dernières séances s'étaient orientées vers des activités moins dynamiques, elles demandaient encore du mouvement et peut-être étaient-elles encore trop compliquées pour Octave.

### ***b) Quant à l'investissement corporel***

L'investissement corporel correspond à l'investissement libidinal du corps, soit « habiter son corps » ou encore le mettre en mouvement dans un but : réaliser une action, entrer en communication, jouer... Tandis que l'engagement corporel (abordé plus bas), serait plus la manière de se mouvoir ou la « mise en corps », en recrutant et en ajustant entre elles, plus ou moins, des parties du corps.

Dans toute action, ces deux versants sont présents : le premier venant plus témoigner de la pulsion qui habite le mouvement et le deuxième, signifiant la réalisation motrice.

Octave prend du plaisir à jouer, c'est indéniable. Enfin, il a un sourire qui paraît

plus authentique, ses manifestations de joie en sont la preuve. L'investissement dans le jeu est évident et Octave sort de son apathie habituelle.

Mais voilà : l'investissement corporel n'est présent que dans cette disposition (jeux moteurs) et à la condition qu'Octave envisage le jeu comme une performance ou une compétition entre nous. Par exemple, il dit : « je vais pas perdre contre une fille », et c'est à partir de ces propos qu'Octave investit son corps dans le jeu.

Alors certes, la relation se décale des positions « maîtresse d'école » / « l'élève » qui doit bien faire. Il me fait des blagues : fait semblant de m'envoyer la balle et la garde pour lui. Je sens de la complicité, du défi « tu penses que tu peux faire mieux que moi ? ». En fait, l'investissement corporel se décale de la visée de performance pour s'engager dans le jeu partagé. C'était un des objectifs.

Ses réactions de réassurance diminuent également : un des témoins, je suppose, de l'amélioration de son estime de soi, nourrie par ses victoires dans les jeux. Aussi, dans ces moments-là son intérêt pour le jeu a même un retentissement sur son attention : elle est plus soutenue.

L'investissement corporel, au sens libidinal, est présent dans le jeu partagé. Cependant, en dehors des jeux moteurs, il redevient inhibé, presque muet (ou parle toujours des mêmes thèmes) et peu expressif. Ailleurs, dans ses lieux de vie Octave exprime peu ses émotions, il bouge peu ou bien uniquement en réponse à l'excitation du groupe qui le contamine sans qu'il soit capable de s'en protéger ou de faire pare-excitation. Il est toujours décrit comme apathique et souvent atone.

Alors le bilan concernant l'investissement corporel est mitigé.

### *c) Au sujet de l'engagement corporel*

La « mise en corps » du jeu varie peu au fil des séances. Octave est toujours vite essoufflé, la respiration coupée ou très haute...

Quand il lance la balle c'est juste le bras qui bouge (ni impulsion ni genoux pliés) et il n'y a pas de déplacement du corps dans les échanges de raquettes (au risque même de se déséquilibrer). En somme, l'engagement corporel est encore très lacunaire et morcelé, avec

des actions qui n'engagent la mobilisation que de certaines parties du corps.

En écho, le tonus est très haut sans variation suivant les zones du corps. L'ajustement postural et dynamique reste pauvre et toute mise en mouvement est énergivore. Ses mouvements manquent de fluidité, il est toujours très raide.

Malgré nos remarques sur sa position et l'application de nos conseils, Octave reprend sa rigidité corporelle dès que son attention se rapporte à autre chose. Ou bien, fréquemment encore, Octave demeure dans des mécanismes d'imitation, sans y mettre ses particularités et ses variations. Alors j'ai le sentiment qu'Octave ne s'engage pas corporellement dans les jeux moteurs.

Face à ce constat, je me demande si la médiation, à savoir le jeu moteur, est vraiment adaptée. Peut-être qu'un autre type de proposition permettrait un meilleur engagement ? Que peut-on envisager, pour Octave, qui favoriserait une motricité plus libre ?

C'est à partir de ces constatations et de ces pistes de réflexion que je change de point de vue dans le suivi d'Octave.

## **CHAPITRE 4 : Un nouvel angle d'approche**

A partir de mi-janvier, c'est donc avec de nouvelles idées tant sur le déroulement de la séance que de leur contenu que je démarre cette nouvelle phase de cheminement avec Octave.

### **I) Un rituel pour se repérer et s'approprier**

Octave ne se souvient toujours pas la psychomotricité, ni de la psychomotricienne (qu'il voit toujours trois fois par semaine) ni de moi. Alors je pense qu'il faut étayer ses repères, dans l'espoir qu'au moins des traces naissent et demeurent. Pour ce faire, il me semble qu'un rituel plus délimité et plus riche en invariants soit judicieux. En rapprochant cette réflexion de celle qu'Octave manque également de repères temporels, je réfléchis à une proposition autour de la date. C'est donc la terre de la temporalité où nous allons accoster.

De plus, cette initiative prend son sens pour Octave car ses troubles mnésiques l'empêchent toujours de nous investir d'emblée. Octave demeure encore étonné quand nous venons le chercher, continue de nous demander nos prénoms... La relation est laborieuse à tisser et les retrouvailles au début de séance n'en sont pas : nous sommes encore et toujours des étrangères pour lui. Alors ce moment autour de la date offre un temps et une distance relationnelle propices pour se ré-approprier, avant de s'engager dans les propositions autour du schéma corporel qui sont, dès lors, dans une plus grande proximité. J'ai, moi aussi, besoin de l'approprier à chaque début de séance, saisir son état du jour. En effet, si son humeur est plutôt stable et neutre, son état cognitif est, au contraire, fluctuant, Octave pouvant vite se trouver en surcharge cognitive et fatigué. Après l'avoir observé, je peux adapter mes sollicitations en fonction de ce que je perçois de lui en ce début de séance.

Après s'être déchaussé, je propose à Octave de choisir une craie de la couleur qu'il désire. D'ailleurs suivant les jours sa couleur préférée change. Il est ensuite invité à écrire la date au tableau. En général, Octave connaît le jour, le mois et l'année. Avec indice il peut trouver le numéro.

Puis s'ensuit un échange autour d'un aspect du temps.

Pendant une séance, alors que nous parlons des saisons, Octave me dit que nous sommes en automne, je lui réponds que non, nous sommes en hiver et je nourris cette représentation : je lui dis que durant l'hiver il y a de la neige, qu'il fait froid... Il me répond « ah oui ! » avec un sourire comme s'il riait lui-même de son erreur. Et pourtant quelques phrases après il me dit : « pour moi l'hiver c'est quand il fait chaud ». Alors je reprends une nouvelle fois le terme hiver et ce à quoi il peut être associé toujours en espérant que cette fois il garde un peu de cette information.

La fois suivante, Octave déploie ses connaissances sur les mois de l'année et sa capacité à jouer avec ces notions. Il peut exposer la chronologie des mois et même dire quel mois est avant janvier par exemple. Je suis très étonnée et déroutée au vu de ses confusions quant aux saisons de la séance précédente. En même temps je suis soulagée de découvrir que certaines notions sont solides, qu'elles ne sont pas inconnues.

Encore une autre fois, Octave expose sa connaissance de la correspondance entre les jours de la semaine, les temps d'école, de travail et les week-ends. D'ailleurs il dit, au

sujet du week-end « tout le monde est content il n'y a pas école ! » . A nouveau cette fois-là je suis surprise.

Par ailleurs, je pense que ces temps où Octave peut mobiliser ses repères temporeux (car il en a!), sont sources de narcissisation. En effet, Octave affiche un large sourire quand il a la réponse juste. Et il sourit encore plus fort quand il voit notre propre sourire témoignant de sa réussite. A ces moments, il peut maintenir longtemps le contact visuel. Il a d'ailleurs dit : « vous me faites trop réfléchir mais j'aime ça » .

Je me suis aussi sentie soulagée de trouver, enfin, un domaine qui n'est pas totalement déstructuré, une sphère où des termes et des représentations sont encore solides. Il me semble que la temporalité est une ressource pour Octave et qu'elle peut lui permettre de comprendre certains aspects de son quotidien.

Après ce temps temporel et relationnel, où la rencontre est médiatisée tantôt par le regard sur le tableau, tantôt par la discussion, le temps autour du schéma corporel peut débiter.

## II) Reconquête du corps : oui mais avec simplicité

La constatation des difficultés autour de l'attention partagée d'Octave me conduit à modifier le contenu des activités sur le schéma corporel. Dès lors, je propose simplement des stimulations multi-sensorielles, dans un en-deçà du mouvement, où il est plus passif. Ainsi Octave peut s'adonner simplement à écouter ses sensations afin de les analyser (sans parasite de mouvements à effectuer) tout en sentant les différentes parties de son corps.

La proposition des trajets sur le corps avec différents médiateurs (large bâton à picots, balles...) s'est renouvelé plusieurs fois tant les variations à lui apporter sont larges. Je suis « partie en ballade sur le pays du corps » alors qu'il a les yeux fermés : tantôt il doit décrire sur quelle région je me trouve, tantôt il doit retenir le trajet dans sa tête afin de le restituer ensuite. Et en fait, séance après séance Octave y arrive plutôt bien. Les premiers essais, à chaque séance, sont l'occasion de poser les fondations, c'est-à-dire des repères corporels : c'est en direct, il me donne une réponse et soit je confirme soit je corrige tout en touchant la partie et en la nommant. C'est la reconquête du corps. Puis vient le temps de la

ballade entre ces repères corporels : les essais suivants sont beaucoup plus fluides, Octave fait moins d'erreurs et répond rapidement. Souvent, alors qu'il dit « je sais pas », un indiciage lui permet d'exprimer la réponse adéquate.

Dans ces moments, Octave semble très attentif à ses sensations et prend le temps de réfléchir même s'il ne trouve pas d'emblée la réponse. Il vient lui-même à nouveau nommer des parties de son corps, comme s'il venait une nouvelle fois les vérifier.

D'ailleurs, la récurrence de cette proposition permet à Octave de s'en souvenir : une fois, en lui proposant les trajets sur le corps, il me répond « oui ! Avec la balle rouge ! » c'est une des premières fois où il se souvient d'un objet de la salle ou d'une activité proposée.

J'utilise également le coussin vibrant afin de lui faire découvrir et analyser de nouvelles sensations. Octave est assis et je promène le médiateur le long de son corps. Il est très étonné des vibrations, et me dit que « ça fait bizarre ». Je lui propose d'affiner sa perception en proposant plusieurs sens à ce qu'il peut vivre : « ça chatouille ? Ça fait bouger les muscles ? Est-ce agréable/désagréable ? ». Ainsi il dit « je pense que ça chatouille », je verbalise le lien entre cette identification et le fait qu'il rigole, et qu'effectivement sa perception est sûrement la bonne.

Pendant ces temps avec le coussin vibrant, Octave ferme d'emblée les yeux, il semble « en lui » et nomme, posément : « bras, épaules, dos, mains, genoux... ». Les poignets ne peuvent être cités. Sacrés poignets ! Octave montre toujours des difficultés à les nommer. Alors, je repends longuement avec lui « les poignets » en accompagnant de mobilisations passives tout en expliquant que c'est une articulation, entre la main et le bras. Octave paraît attentif. Cependant, à la fin de cette même séance, soit 15 minutes plus tard, en lui demandant où sont ses poignets, il me montre son poing... Parfois je me sentais un peu découragée.

Dans tous les cas, les somatognosies d'Octave semblent meilleures et plus solides au fur et à mesure du temps, quand bien même leur niveau est très inférieure à celui attendu pour son âge.

### III) Allons investiguer l'expression corporelle

Alors que les jeux moteurs étaient répétitifs tant par les comportements d'Octave

que par son manque d'engagement corporel, je réfléchis à une nouvelle façon de se mettre en mouvement qui favoriserait ces notions.

Je pense alors que l'expression corporelle pourrait être la prochaine escale de notre voyage. Devant les difficultés d'abstraction massives d'Octave, j'ignore quelle sera la teneur de ce prochain périple. J'ai voulu commencer par cerner les capacités d'Octave à jouer et exprimer les émotions avant de potentiellement faire du théâtre ou du mime.

### *a) Nous sommes des comédiens*

A la première séance sur les émotions primaires, je lui explique que nous allons faire du théâtre. Devant ses yeux écarquillés, je lui indique que c'est une discipline où des gens jouent des histoires, des émotions etc... pour semblant. Que ces comédiens jouent sur une scène devant des spectateurs. Il me répond « Ah oui je sais ce que c'est ! ». Dans la foulée, je lui propose de créer sa scène en délimitant une partie de la salle. Je me sers des cordes pour faire la mienne. Je présente à Octave différents matériaux pour faire la sienne. Seulement, il attrape ce qui est devant lui : un tabouret, une chaise et un gros module en mousse. Il les met en demi-cercle devant lui. Sa scène étant fermée par le mur derrière lui. Je le regarde un peu étonnée en me disant que ça ressemble plus à une maison avec des murs qu'à une scène. Il fait d'ailleurs la réflexion suivante : « on dirait que je suis dans une prison ! ». L'analogie me semble plutôt correcte : petit espace, un mur et des objets hauts qui peuvent figurer une cloison... C'est en l'occurrence la première fois que je vois Octave symboliser. De plus, l'image utilisée semble pertinente, ça a du sens.

Je lui parle donc ensuite des émotions. A la question : « a ton avis Octave c'est quoi une émotion ? » il met en scène : « c'est ça ! » tout en élançant son bras qui partait de son buste et qui s'en élargissait tout en s'orientant vers le haut, son regard aussi suit la même direction. Bon... La psychomotricienne entreprend de lui expliquer que l'émotion c'est ce qu'on ressent pendant une situation. Après les exemples, il acquiesce mais tout en écarquillant les yeux et avec le regard baissé. A ce moment-là, je me demande quelles tournures vont prendre les prochaines minutes de mise en scène... Et si c'est vraiment une bonne idée... Essayons quand-même !

Je lui explique que nous sommes deux acteurs. Que la psychomotricienne viendra à tour de rôle pour nous donner une émotion à jouer et que le partenaire devra la reconnaître.

Ma maître de stage vient me donner la première émotion : la joie. Je surjoue, un peu dans l'hyper-théâtralisation, avec des sauts, un très large sourire etc... Octave dit directement « elle est contente, joyeuse ! » en paraissant assez assuré et satisfait. Nous validons sa réponse et le complimentons. A son tour... Il se trouve que j'ai entendu l'information donc ma réponse sera biaisée. Mais qu'à cela ne tienne, je ne vais pas lui avouer tout de suite... J'attends donc impatiemment de voir Octave se mettre en scène... Et là, devant moi, je vois Octave devenir tout tonique, les poings fermés, la bouche serrée et les sourcils froncés... Il tape même du pied ! Quelle expression ! Tout son corps exprime la colère. Je suis également très impressionnée par le large registre expressif qu'il utilise et donc de l'engagement corporel dont il fait preuve. En l'incitant à encore plus à jouer la colère Octave tape, de façon précautionneuse, sur le tabouret. Je lui donne ma réponse tout en exprimant mon admiration de ce qu'il venait de nous montrer. Il sourit largement. Et moi je suis très émue : c'est la première fois où je le vois réellement s'animer. J'ai même l'impression d'entrevoir et pour la première fois, le garçon qu'il était autrefois : je me prends à penser que quand il se mettait en colère, avant, cela devait ressembler à cela. A ce moment je découvre un peu de son identité, de sa personnalité.

Le jeu continue. Je joue la tristesse, Octave identifie très bien que je pleurs, que je suis triste. Il joue la peur : là encore c'est assez explicite. Il se met même à courir à un bout de la salle, à regarder avec de grands yeux (une entité qui fait peur j'imagine) la bouche à demi-ouverte.

A mon tour de jouer le dégoût : Octave dit presque immédiatement « elle a envie de vomir, quelque chose la dégoûte ». Enfin il joue la surprise : au début, je vois ses yeux étonnés mais c'est tout. J'ai des doutes sur l'émotion qu'il joue. Alors je lui demande d'essayer d'exprimer plus fort : pas plus d'engagement corporel. Je lui propose donc de mimer une situation où il pourrait ressentir cette émotion, tout en pensant que cela pourrait être trop difficile pour lui. Or je le vois réfléchir, se déplacer vers ma maître de stage, il lui confie une idée et elle acquiesce. Octave se campe devant moi, fait semblant de tenir une boîte, les mains devant lui, y porte son regard et là de nouveau des yeux étonnés, une bouche qui imite le « oh ! » et il se met à sautiller avec un large sourire. Je souris et donne ma réponse. Il s'arrête et affiche encore un large sourire en me disant « bravo vous avez trouvé c'était ça ! ». Lui aussi me félicite, c'est nouveau !

Au fur et à mesure de cette séquence je sens Octave plus confiant : il cherche notre regard et le maintient, il interagit avec nous, ne touche ni ses bras ni sa montre, ses épaules sont plus ouvertes.

Après ces mises en scène, nous sélectionnons trois émotions : la joie, la tristesse et la colère. Ensuite je les inscris sur le tableau. Chacun devra expliquer une situation où il pourrait la ressentir. La psychomotricienne et moi commençons par donner des exemples où nous ressentons de la joie. Octave répond qu'il est joyeux quand il reçoit des cadeaux. Pour les émotions suivantes, nous le laissons parler en premier, dans le souci de limiter l'adhérence à nos réponses. Octave nous dit, au début, qu'il est triste quand il n'a pas de cadeaux. Au moins l'opposition entre joie et tristesse semble intégrée et c'est plutôt cohérent. Nous l'encourageons à chercher une autre situation, en lui donnant des pistes. Il semble un peu désarmé à ce moment-là. D'un coup il sourit largement, nous dit qu'il a trouvé : « je suis triste quand j'ai pas de copains, quand je suis tout seul ». Nous le confirmons, ce à quoi il répond en souriant à nouveau. Quant à la peur il exprime qu'elle survient si un grand veut se battre avec lui.

C'est déjà la fin de la séance et j'ai d'ores et déjà envie de recommencer l'expérience. Nous le raccompagnons à sa chambre. Sur la route il nous dit qu'il veut devenir comédien : « je veux être une star et être connu ».

### ***b) Mimos des actions***

Pour la séance suivante, je vais le chercher seule. En arrivant, Octave me regarde et me sourit. L'espoir s'immisce : « Bonjour Octave, tu me reconnais ? », « Bah oui je rigole quand je suis avec toi » me dit-il accompagné d'un sourire. Il est à noter que nous sommes en février, que je vois Octave toutes les semaines depuis novembre et que c'est la première fois qu'il me reconnaît d'emblée. Le « bah oui » comme si c'était une évidence pour lui vient se heurter au caractère exceptionnel que revêt cette déclaration pour moi. Il semble que la séance précédente autour des émotions ait fait un peu plus trace relationnelle que celles d'avant. Alors réitérons !

En premier nous reprenons la définition d'émotion : il ne sait pas. Avec des exemples, il s'exclame « ah oui ! ». Comme s'il se souvenait ? Nous reprenons ensuite chacun une des émotions jouées la séance précédente. Je joue la colère et Octave l'identifie

en riant. Il imite la tristesse en faisant semblant de pleurer, encore une fois l'investissement et l'engagement corporel sont riches.

Je lui propose ensuite de prendre des cartes de mimes. En trio nous regardons, identifions et sélectionnons une dizaine de carte où chacune représentée une action : nager, danser, pêcher... D'ailleurs toutes ces actions en image sont rapidement identifiées et nommées par Octave.

Je tire une carte et imite un chanteur. Octave trouve tout de suite. Il rigole beaucoup en me regardant jouer. Lui, prend l'action de se doucher : il fait semblant de se savonner, mais que sur le haut du corps (à mettre en lien avec ses difficultés d'autonomie à la toilette?) . J'identifie quand même.

Quelques cartes jouées et identifiées plus tard, Octave en pioche une, et se met dans une position : bras gauche tendus devant lui, jambe droite relevée et buste incliné vers l'avant... Et là j'ai beaucoup de mal à trouver. Je lui demande d'étayer, de faire des mouvements...Or il ne bouge presque pas, reste figé. Il me semble qu'à ce moment-là il est un peu en panne de penser. Alors que la psychomotricienne et moi séchons complètement sur la réponse et en ayant acté le peu de variations d'Octave, nous finissons par lui demander. Il nous répond : « de la danse » ! On reprend donc ensemble la carte qu'il avait choisie : elle représente une petite fille en tutu qui danse dans cette position. Octave nous explique qu'il a voulu l'imiter. En fait, sa mise en corps ne s'est pas du tout détachée du modèle.

Nous discutons donc autour de la danse et du fait qu'il y a beaucoup de façon de danser. Octave semble un peu perplexe: petits hochements de tête et ne répond presque rien. Alors nous choisissons une chanson qu'il apprécie, un morceau de rap. Nous dansons dessus et l'invitons à faire de même, il nous regarde et nous dit en riant « mais c'est pas de la danse » ! Nous l'invitons à essayer quand même. Il fait quelques mouvements avec le bras en l'air et tourne sur lui-même. A la fin nous lui expliquons que « danser » est un terme général et qu'on peut danser de différentes manières. Il semble toujours dubitatif.

Globalement, les mimes avec le support visuel sont moins riches en engagement corporel que la « séance théâtre ». Octave bouge moins, est moins expressif et surtout il se calque souvent à l'image et explore peu le registre corporel inhérent à l'action.

A la séance suivante, nous reprenons quelques émotions et Octave est de nouveau très expressif et identifie correctement les émotions.

## **CHAPITRE 5 : Bilan et fin brutale**

### **I) Une évolution à évaluer**

Nous sommes début mars, et ma maître de stage me propose de réaliser des épreuves de bilan afin de constater les évolutions d'Octave.

La première séance je teste les somatognosies : Octave répond immédiatement pour les repères les plus simples. Pour les plus compliqués il prend son temps pour réfléchir. Ce nouveau test cotera à dix ans ses connaissances (le dernier test faisait état d'un niveau d'acquisitions de 4/5 ans) . Octave a donc acquis des repères et le schéma corporel se renforce. Son corps est moins inconnu pour lui.

Pour le test d'imitation de gestes de Bergès-Lézine : Octave réalise seulement une erreur dans les gestes complexes. Il arrive à produire les gestes les plus simples en une seule fois. Les plus compliqués en pièce à pièce. Il parvient même deux fois à s'autocorriger. Une nouvelle fois cela vient témoigner de la consolidation du schéma corporel mais aussi de l'amélioration des capacités gnosopraxiques : repérer sur le modèle, assimiler la position, transposer les repères et la position à son propre corps, réaliser l'imitation en s'organisant corporellement et spatialement. Ces nouvelles possibilités viennent également nous parler de l'assouplissement des mécanismes cognitifs et de l'amélioration du déficit des fonctions exécutives.

Quant au dessin du bonhomme : un premier dessin avait été réalisé par Octave en novembre (annexe n°1) , il a été présenté précédemment. Pour rappel il était coté à 7/8 ans. Un deuxième (annexe n°2) au cours d'un exercice en séance individuelle avec la psychomotricienne, a été produit, c'était courant janvier : là encore il montre un homme assez sommaire, sans articulation, mal proportionné, peu détaillé, mais souriant !

A cette séance, en mars, Octave prend son temps pour réaliser ce bonhomme. Il y mettra de la couleur et des détails, comme un t-shirt, les proportions sont plutôt bonnes. Je le cote à 9 ans de demi grâce au test de J. Royer .A mes questions sur ce bonhomme

Octave dit : c'est un garçon, il va bien, il sourit car il est content. Je le relance : « Il a une histoire ce bonhomme ? » : c'est un bonhomme qui se baladait dans la nature, il s'arrête regarder le soleil, les oiseaux et les plantes et on le prend en photo. Je m'étonne de la richesse de l'histoire et de sa cohérence.

Voilà nous nous quittons sur ce dessin, qui me laisse un sentiment agréable : Octave semble aller mieux. Je le ramène à son unité de vie et nous nous disons à la semaine prochaine.

## II) Un événement inattendu qui crée la rupture

Le lundi suivant, soit la veille de mon jour de présence au centre, et celui de la séance d'Octave, je reçois un appel de l'autre psychomotricienne du centre. Elle m'explique que je ne pourrai pas venir en stage le lendemain. Elle ne me donne pas d'explications mais je sens dans sa voix la gravité de la situation.

Le jeudi matin, j'ouvre ma boîte e-mail et je trouve un courriel de la psychomotricienne. Et là... c'est le choc (ou le drame, au choix!). Elle m'informe qu'elle a quitté le centre définitivement lundi. Elle avait prévu de partir mais beaucoup plus tard. Un énième incident avec la direction a déclenché son départ dans la journée. Je suis bouche bée : je ne la reverrai plus, je ne lui dirai même pas au revoir et ne pourrai pas la remercier pour la richesse de son enseignement.

Aussi, je ne verrai plus Octave.

## III) Il faut se dire au revoir

### *a) Fin définitive du jeu*

Je ne reviens que trois semaines plus tard soit fin mars, le temps que le service de psychomotricité retrouve un équilibre. En effet, la troisième psychomotricienne sur le centre, qui était en mi-temps, récupère le temps plein de la professionnelle partie.

Sauf qu'entre temps, d'autres choses ont bougé.

Sa famille souhaitait qu'il soit transféré dans une structure plus proche de leur lieu d'habitation. Un centre du même type leur a accordé une place et Octave partira début mai.

Comme Octave est « sortant » et que la nouvelle psychomotricienne a encore ses anciens patients et toujours une liste d'attente, le médecin référent d'Octave décide de suspendre les soins psychomoteurs. Cette annonce me fait violence. Octave a déjà peu de repères, il ne se souvient sûrement pas de l'au revoir précipité de ma maîtresse de stage et la psychomotricité s'arrête brutalement. Quel sens ces (non) événements vont prendre pour lui ? Ça crée à nouveau de la déliaison et il n'en a vraiment pas besoin. Je suis en colère. L'annonce me fait également violence car je pensais pouvoir continuer son suivi avec la psychomotricienne actuelle.

### ***b) Scène finale***

Il faut que je dise au revoir à Octave. Cette assertion m'a paru évidente dès que j'ai su que je ne le reverrai pas. Le premier jour de mon retour je n'ai pas pu. Il se passe toutefois plusieurs semaines sans que cela ne puisse se faire... Le temps passe et l'histoire ne se clôt toujours pas.

Alors, fin avril, soit un mois après notre dernière séance et deux jours avant qu'il quitte le centre, je vais sur son lieu de vie. Octave fait un football tout seul dans le couloir, ses camarades dorment car c'est le temps de la sieste.

Je m'approche de lui, me présente à nouveau, lui explique que nous nous voyions avant, avec la psychomotricienne. Il me regarde amusé et attentif. Je lui dis que je suis venue lui dire au revoir. Il me répond qu'effectivement il s'en va bientôt. Je lui rappelle ce que nous avons pu faire ensemble : trajets sur le corps, jeux de raquettes, jouer la comédie... Il me coupe en s'exclamant : « Oui je sais ! On rigolait bien ensemble ! » .

A la colère de l'annonce, qui s'amenuise avec le temps, a succédé la distance d'avec les événements qui m'a fait adopter un point de vu plus global du suivi d'Octave. Maintenant, quand j'y repense, je me focalise sur la substance et le sens de nos rencontres : les explorations répétées et enrichies sur les terres de son corps, de sa motricité, des émotions, de la temporalité et de la spatialité; le tout en prêtant notre appareil à penser ont laisser des traces. Les traces de ces navigations résident dans son corps qu'il a commencé à reconquérir, dans le plaisir à se mettre en mouvement qu'il a redécouvert, dans les repères qu'il a pu rebâtir..

Certes le travail n'est pas achevé mais Octave a pu faire quelque pas avec moi sur le chemin de sa reconstruction.

## **CHAPITRE 1 : Revenons sur la déliaison**

J'ai choisi de discuter de la déliaison pour plusieurs raisons. D'une part, c'est un phénomène fréquent chez les traumatisés crâniens et pourtant trop spécifique pour être abordé durant les études de psychomotricité. Et d'autre part, c'est la problématique majeure d'Octave. Aussi, je développerai l'idée que la psychomotricité est une réponse très adaptée à la déliaison.

### **I) Définition du phénomène de déliaison**

La déliaison sera définie ici comme la dislocation des liens entre sensations, perceptions, représentations et langage.

En effet, le concept de déliaison vient rendre compte de ce qu'on observe souvent dans les cas de cérébrolésion : le blessé n'arrive plus à identifier et se représenter ce qu'il vit et donc à le nommer. De ce fait, les expériences ne prennent pas sens. Inversement, les mots sont vidés de leur contenu, vidés de leur expérience : le patient peine à définir un terme ou à en donner un exemple.

C'est le cas pour Octave : il peine à mettre des représentations et des mots à ce qu'il vit. Le lexique est tout aussi dénué de signification : Octave éprouve des difficultés à expliquer un mot qui fasse référence à un objet, un concept, une sensation....

Pour expliquer ce phénomène, et plus tard expliquer en quoi la thérapie psychomotrice est pertinente pour répondre à cette problématique, je m'inspire de deux grands courants de pensée qui tentent de donner des axes de lecture de cette déliaison. Il s'agit de l'abord neuropsychologique et de l'abord existentiel qui serait en lien avec les conséquences du trauma et l'expérience modifiée du corps. Cette partie fait donc écho des deux chapitres de la théorie.

### **II) Le regard neuropsychologique de la déliaison**

Les troubles neuropsychologiques « procurent nombre d'expériences de déliaison :

les événements, les expériences ne se relient que difficilement les uns aux autres » . La structuration cognitive étant altérée, elle empêche sa fonction de « donner sens aux objets du monde, de constituer des représentations sensorielles, motrices, algorithmiques, de résoudre des problèmes » (Gibello, 1995) .

La déliaison est visible dans l'absence de lien entre sensations, perceptions, représentations et/ou langage. C'est justement de ce « et/ou » dont j'aimerais discuter. La déliaison pourrait provenir soit d'un trouble de la représentation soit d'un trouble du langage.

### *a) Troubles de la représentation*

La représentation mentale c'est l'image que l'on fabrique par la pensée d'un concept, d'une situation, d'un objet...

La représentation d'un objet est en fait la représentation multi-sensorielle de l'objet. L'image de l'objet est le fruit d'un processus : le liage informationnel ou la perception. Tous les neurones codant un type d'informations sensorielles propres à l'objet (visuel avec la couleur rouge, olfactif avec l'odeur de plastique), se connectent en même temps, créant ainsi un mantèlement des caractéristiques sensorielles de l'objet, afin de créer la représentation (d'une balle rouge dans l'exemple). Une fois l'image sensorielle acquise, la reconnaissance de l'objet se réalise par le recueil et le traitement de plusieurs de ses stimulus sensoriels ainsi que l'accès à la mémoire des représentations.

Alors la représentation dépend de l'intégrité de systèmes sensoriels, perceptifs et mnésiques. Une atteinte sensorielle crée des troubles des stimuli sensoriels. Aussi ce seront des sensations singulières qui émergeront de l'objet. Une atteinte des systèmes perceptifs crée des différences dans la perception des stimuli sensoriels de l'objet

Dans les deux cas, l'expérience sensorielle de l'objet est modifiée. Les invariants sensoriels seront différents ou ne seront plus perçus ou encore perçus différemment. Ces différences empêcheront ainsi la reconnaissance de l'objet.

C'est d'ailleurs peut-être un de ces deux troubles qui touche Octave. En effet, il est difficile dans son cas de discriminer si ce sont les stimuli sensoriels qui ont changé ou si ce sont leur traitement. Dans tous les cas, son manque de reconnaissance d'un objet

(« raquettes » par exemple) par l'information visuelle vient bien illustrer ce propos. Au même titre que la déliaison de son corps : on peut supposer que si la perception tactile a été modifiée entre l'avant TC et l'après, alors la nouvelle information tactile n'est pas liée aux anciennes perceptions et empêche la reconnaissance du territoire corporel désigné.

Des troubles mnésiques peuvent influencer aussi les représentations et leur accès. L'atteinte de la mémoire sémantique (stock des connaissances générales) vient disloquer les images internes.

Octave a de graves troubles mnésiques : alors peut-être que la réserve des représentations a été altérée ou bien son accès compliqué ? Aussi les nouvelles perceptions, quand elles sont enfin reliées à une représentation, ne pourraient au final être engrammées dans la mémoire. Alors les déliaisons se manifesteraient inlassablement à chaque nouvelle expérience.

L. Manning (2007) nous dit : « Lorsque la lésion cérébrale détériore ces représentations, le patient perd la capacité de comprendre le sens des objets ». En sommes des atteintes de différents systèmes cognitifs, sensoriels, perceptifs et mnésiques peuvent troubler la représentation des mots et entraîner de la déliaison. »

### ***b) Troubles du langage***

Le langage est la faculté à associer des formes arbitraires (acoustiques ou visuelles) à des significations pour exprimer des pensées. Le langage est donc dépendant d'une représentation symbolique (d'où l'atteinte du langage si survient un trouble de la représentation) et des fonctions sensorielles et motrices associées à la compréhension et à la production du langage.

Les aphasies ou « manque du mot » sont des troubles du langage qui peuvent témoigner d'une difficulté d'accès au lexique sans trouble de la représentation.

L'objet, ou la sensation, peuvent donc être représentés sans qu'on mot puisse y être associé. Les troubles du langage, d'origines diverses peuvent donc également expliquer les déliaison.

Les blessures au cerveau d'Octave ont sans conteste touché des fonctions intellectuelles, pour preuve les troubles neuropsychologiques et les difficultés mnésiques. En revanche je n'ai pu discerner s'il s'agissait de troubles de la représentation ou de troubles du lexique. Même s'il a été dit qu'Octave est affecté d'un « manque du mot » , je me demande si le défaut de représentation n'est pas le trouble originel qui viendrait engendrer un trouble de la parole. Il me semble important de diagnostiquer l'origine pour orienter les soins. Si c'est un trouble du langage, comme un défaut d'accès au lexique, le suivi orthophonique est nécessaire. En revanche, s'il s'agit d'un trouble des représentations, la psychomotricité est une réponse. J'y reviendrai plus tard.

Voyons maintenant une autre approche des déliaisons. Elle considère que c'est l'expérience modifiée par les divers troubles ainsi que le trauma d'étiologie lésionnelle qui créent des déliaisons, plus que les lésions elle-même. Bien sûr les dommages cérébraux entrent en compte, mais dans une moindre mesure.

### III) L'existence mise à mal

*« Je continue à vivre mais pas vraiment. Enfin si, dans le temps, je suis toujours là. Mais en réalité, je ne suis pas tout à fait là »* Paroles de patients. (Fradet-Vallée, 2015)

L'existence c'est « être là » . Or justement « Être » peut-être mis à mal dans le cas des TC. Le terme « là » aussi. «Là » renvoie à un lieu et à un moment. L'aspect temporel est distordu avec la rupture du sentiment continu d'existence . Quant à l'aspect spatial, il peut flancher quand l' « être » est en défaut : on « est » quelque part, repéré dans le temps.

Ce sont des fils de cette réflexion que j'aimerais tirer. En effet l'expérience modifiée, combinée à des vicissitudes de l'existence, entraîneraient des déliaisons.

#### ***a) Une expérience corporelle inédite qui fait non-sens***

D'abord l'accident fait non-sens : il n'y a pas de traces mnésiques et parfois pas de traces physiques. Et pourtant au réveil, le sujet se sent différent.

Comme dit précédemment, il y a un décalage entre l'expérience brute de la présence des changements et l'impossibilité de les fantasmer auparavant, engendrant le vécu

traumatique. Le sujet expérimente à chaque fraction de son éveil son affection, sans encore pouvoir envisager l'étendue des changements, il y a donc à ces moments une déliaison entre les représentations de son corps et ce qu'il en perçoit au même instant.

L'éveil de coma d'Octave est marqué par l'agitation, la mise en danger... On peut aussi entendre ces manifestations comme réactionnelles au chaos dans lequel il est. En effet, son corps doit lui sembler étranger : par l'expérience qu'il en fait, mais aussi par les fractures et les opérations qu'il a subies. Le milieu hospitalier, avec son propre climat sensoriel doit accentuer cette désorientation.

*« L'expérience corporelle, bien qu'elle soit de facto expérimentée au quotidien, ne fait pas immédiatement sens pour ce qu'elle est. L'homme blessé ne trouve d'ailleurs pas les mots pour qualifier son ressenti, il exprime certes une différence dans l'expérience vécue, cependant cette différence reste encore indéfinissable » (Gardien, 2010)*

Au début, il n'y a pas encore de lien entre les sensations nouvelles et les représentations qui demeurent anciennes. Cette déliaison, en empêchant de trouver une cohérence dans l'expérience corporelle, ferait perdurer le trauma.

Au final, c'est l'épisode accidentel ainsi que le nouveau potentiel corporel qui seraient les premières déliaisons.

Au début Octave ne donnait pas de sens à son accident. D'ailleurs pendant longtemps il ne savait pas pourquoi il était là. Il ne pose pas de questions sur son état, sur ses sensations nouvelles, sur ses difficultés....

Un peu plus tard il évoquera qu'il est au centre : « pour l'accident » « pour la tête », sans toutefois pouvoir préciser plus.. Il est à noter qu'Octave subjective peu ses propos, qui semblent plus plaqués à ceux de son père. L'équipe soignante et éducative s'interroge sur le sens qu'il donne à son TC. Octave semble peu conscient de son accident et de ses difficultés. L'épisode accidentel et son nouveau potentiel corporel sont encore déliés de lui.

D'ailleurs Octave demande souvent « quand est ce que je vais sortir ? » et peut dire que « ça va ! », voire même qu'il est guéri... Même au fil du temps, la dysharmonie entre la réalité des changements et ses représentations demeure. C'est comme si la métabolisation des transformations de l'expérience corporelle était impossible.

## *b) Déliaison du Moi et du monde des objets*

C'est par les sensations que nous éprouvons, donc l'expérience que nous faisons, que la représentation d'un objet va se construire. Ainsi la représentation se crée et se renforce par l'expérience : les objets « apparaissent dans un horizon d'expériences. Ces objets sont donc habités, habités par l'expérience » (Meyer, et Eckert 1994) . Puis, l'appui de l'entourage sémantise l'objet et le nomme. Le mot fait à la fois partie de l'expérience et à la fois au sens. Ainsi, toujours selon les mêmes auteurs : « il y a deux mondes, un monde l'expérience et un monde des objets, séparés par le langage et liés par les mots » . .

Le Moi se constitue aussi comme un objet, donc par l'expérience des sensations et perceptions que nous en avons. Or, le jeu des lésions, en influençant sur les perceptions, modifie l'expérience dans laquelle je suis engagée. Ainsi le TC délie l'expérience du Moi, et par conséquent le Moi.

Il y a donc là une nouvelle déliaison, à cause de la transformation de l'expérience dans laquelle je suis impliquée, du Moi.

Octave utilise peu le « je » : cela viendrait-il témoigner de la dislocation du Moi ? Je pense que pour se défendre et combattre cet effondrement du Moi, l'imaginaire intervient. En effet, Octave surestime ses capacités. Il dit qu'il est »trop fort « « super intelligent »... Ne serait-ce pas pour faire rempart face à une réalité qui n'est pas comprise et, de surcroît difficilement supportable ? Dans tous les cas, le « rêve de lui-même » vient accentuer l'écart avec la réalité. Normalement la déliaison est entre l'expérience nouvelle et les représentations du Moi ancien. Mais si le monde fantasmatique transforme l'idée de Soi en quelque chose de grandiose « je cours 100 km » « je suis super intelligent » alors le décalage avec la réalité est encore plus grand.

Plus largement, la déliaison réside aussi dans le fait que l'expérience modifiée transforme « la relation de l'expérience avec le sens » . « Ce n'est plus la même expérience qui va se loger dans le même sens. Une dysharmonie s'installe entre le monde de l'expérience et le monde des objets » (Meyer, Eckert, 1994) . Les objets ou les mots, ne sont plus habités par la même expérience. Alors le sujet peut « connaître » les objets, mais vidés de lui-même. Cette dysharmonie entre objets et expériences crée une déliaison du monde des objets.

Si les représentations sont disloquées, qu'est ce qui constitue le monde interne ?

Quand les objets du monde flanchent et ne sont plus solides, que reste-il à l'intérieur ? Y-a-t-il encore de la matière à l'intériorité ? Si l'intériorité est touchée c'est l'Être qui est touché et par extension l'existence. Sans substance à l'intérieur, c'est le vide qui prend place. Dans ce cas peut-on parler de vide existentiel ?

D'ailleurs chez Octave, j'ai l'impression de ressentir ce vide. D'une part, quand je lui parle et que je ressens des représentations vides de sens. D'autre part, particulièrement quand on discute à son sujet. Par exemple, lors d'une question sur ce qu'il aime manger et toucher, il réfléchira et dira « je ne sais pas » . Je ressens du vide chez lui quand il ne sait plus ce qui le constitue, quand il ne sait rien dire à son sujet. Je me pose la question de « qui il est ? » et cette question me renvoie à nouveau au sentiment de vide existentiel.

Son apathie aussi renforce ce sentiment. A l'instar d'une situation clinique ou je lui propose de choisir une activité. Alors son regard se porte furtivement sur l'ensemble de la pièce, et il finira par me dire « je ne sais pas » . J'ai l'impression que ce manque de désirs reflète le vide. Sans désirs, qui est-on ?

### *c) L'évidence de Soi remise en jeu*

L'évidence de Soi c'est quand je me regarde dans la glace et je sais que c'est moi. De façon plus générale, c'est rapporter les sensations à Soi. Ce sentiment s'origine dans les interactions avec l'environnement et plus tard, par leur conscientisation.

Dans le cas des TC, les troubles bouleversent les interactions avec l'environnement : il devient parfois incompréhensible, insaisissable... Alors ce sont les fondations même de cette évidence qui sont mises à mal. La deuxième étape de conscientisation peut également être affaiblie, par exemple par les troubles de la perception. Dans le cas des TC, l'évidence de Soi ne va plus de soi.

Si l'évidence de soi mollit, alors le doute, de savoir si les sensations ressenties sont les siennes, s'installe. Et la liaison naturelle entre l'expérience et les représentations n'aurait plus de lieu pour s'inscrire. En cela, quand l'évidence de soi fléchit, des déliaisons sont possibles.

Quand je vois Octave prêter attention à ses sensations et surtout venir vérifier, toucher, malaxer, en se verbalisant lui-même, j'ai l'impression qu'il vient questionner et

vérifier que ses sensations sont bien les siennes. Ainsi, j'imagine que l'évidence de soi et le sentiment d'existence se nourrissent mutuellement.

#### ***d) Des perceptions nouvelles et un vocabulaire ancien***

Le jeu des atteintes a pu créer des troubles de la sensibilité, eux-mêmes responsables de nouvelles sensations inédites. Parfois il n'y a même pas un vocabulaire adéquat pour le décrire, alors ces nouvelles sensations ne trouvent pas le chemin des mots et restent brutes.

Parfois les patients nous décrivent des sensations qui nous semblent complètement inconnues. C'est peut-être des sensations ou perceptions qui n'existent que dans la pathologie. Seulement il n'existe pas de test pour vérifier cela.

Peut-être qu'Octave souffre de cela : des perceptions différentes ou nouvelles, qui empêcheraient à la fois leur description et leur nomination... Cependant son vocabulaire et ses représentations sont encore trop pauvres et désorganisés pour qu'il puisse en témoigner..

D'autres sens qui participent au sentiment d'un corps unifié ont pu être touchés : proprioception, cénesthésie (impression général d'aise ou de maladie) , stéréognosie (forme et consistance du corps). Ces atteintes peuvent engendrer l'expérience d'un corps méconnu.

#### ***e) Autres notions à prendre en compte***

Les troubles mnésiques viennent entraver le sentiment de continuité d'existence, et donc le sentiment d'identité. De plus, comme abordé précédemment, le vécu temporel du trauma est fait de distorsions, ce qui peut également renforcer le vacillement de l'existence. Les distorsions temporelles et les déformations du sentiment continu d'exister constituent également une déliaison de l'existence.

Quand Octave ne reconnaît ni la salle, ni son lieu de vie, ni le moment de la journée... N'est-ce pas la continuité d'existence qui est déliée ?

Ma maître de stage me rapporte une séquence : elle rencontre Octave pour une séance. Celle-ci se déroule bien. La psychomotricienne revient sur le groupe de vie, une heure après avoir dit au revoir à Octave. Celui-ci la regarde, sourit, s'approche et lui demande si elle vient pour sa séance. Octave n'a aucune trace de ce qu'il a pu réaliser une heure avant.

Comment peut-il avoir le sentiment d'exister quand il ne se souvient pas de ce qu'il a réalisé une heure avant ?

En outre, le déni est bien sûr une des probables causalités du phénomène de déliaison. En refusant de se confronter à la réalité du corps modifié, le sujet refuse de reconnaître ses nouvelles sensations et donc de les sémantiser.

#### IV) Expressions de la déliaison : les terres inconnues d'Octave

##### *a) Mon corps ce pays inconnu*

En psychomotricité, c'est d'abord la déliaison concernant le corps que l'on remarque chez Octave. Son corps, tant au niveau des sensations qu'il lui procure, qu'au niveau des lieux du corps lui sont étrangers.

Le schéma corporel et les représentations fonctionnelles sont pauvres et ne peuvent s'appliquer dans le concret : Octave montre sa main à l'indication de toucher son bras, il hésite sur le rôle de la bouche ou encore il peut dire qu'il est « chauve ».

Quant aux stimulations mutlisensorielles, elles nous donnent l'opportunité de saisir le chaos dans lequel il est plongé à l'instar les sensations tactiles qui ne sont pas perçues (il est dans l'incapacité à discriminer le mou/le dur). Je suppose que les sensations gustatives non plus car il peut dire qu'il sait qu'un plat est salé en le regardant. Je n'ai pas particulièrement observé pour les sensations auditives ni pour les odorats car je n'ai pas pu proposer des stimulations sensorielles de ces domaines. On saisit donc la déliaison entre les sensations, ce qu'il en perçoit et les représentations : Octave ne peut plus identifier ce qu'il ressent. Par conséquent, il est également dans l'incapacité de les nommer également.

##### *b) Quand l'environnement n'a pas de sens*

Au-delà du chaos des sensations corporelles, c'est aussi les lieux, les indices temporeux qui n'ont pas d'écho, ne sont reliés à rien, ou de manière très lacunaire. Les déliaisons d'Octave ont rompu ses capacités de mettre en sens ce qu'il peut vivre. Alors de

son environnement, des gens qui l'entourent, des objets près de lui, je me demande ce qu'il saisit. Lorsqu'il est dans la salle de bain, qu'il y a le savon, la serviette etc... et qu'Octave prend sa douche avec ses chaussures ou sans eau... Que saisit-il des indices de son environnement ? Quand je lui dis de se mettre sur le tapis et qu'il me répond « oui » mais qu'il ne trouve pas le tapis... Quel sens ont ces mots pour lui ? Et avant, quand il était sur le tapis, quelle compréhension de la situation, des sensations de la texture sur son corps avait-il ?

L'environnement est aussi organisé de façon spatiale et temporelle. Or, Octave peut dire que nous sommes « le matin » au lieu de l'après-midi : comment peut-il se repérer dans ce monde qui n'a ni matin, ni soir. Quand tous les jours nous « sommes lundi » et qu'un samedi son père vient le chercher pour le week-end ?

De même pour l'espace qui demeure flou, quand il ne se souvient pas de l'étage auquel nous sommes : comment Être dans un environnement qui n'a pas de lieu ?

Aussi quand on lui dit que nous allons en salle de psychomotricité, il n'a pas la représentation, et peu d'encodage de ce lieu... Il marche vers un lieu inconnu. Comment exister dans ces moments d'errance ? Dans ces lieux dont il n'a pas la représentation ? Là encore, on perçoit la déliaison entre les (non)-représentations des lieux et son expérience sensorielle, particulièrement du flux visuel du trajet et de la salle qu'il ne peut relier à rien.

### *c) Des mots flous*

Quant aux mots, ils sont dénués de sens, ils ne se réfèrent pas à une image mentale. Encore, certains objets très basiques, peuvent être identifiés par certains de leur aspect sensoriel. Les mots désignant des objets plus complexes ne sont pas représentés, ou de manière très lacunaire.

Les mots peuvent être habités par des représentations fausses, du moins dans notre réalité : comme la « limace » qui « ne sent pas bon », soit c'est un défaut de représentation d'un des deux mots, soit, l'objet « limace » est habité par une caractéristique odorante plutôt négative.

Quant aux mots désignant des concepts, et donc des facultés d'abstraction, ils sont souvent méconnus ou lacunaires : les concepts spatiaux et temporels ont une représentation faible. La notion « émotion » est elle aussi fortement appauvrie : Octave montre quand même un mouvement de l'intérieur à l'extérieur, c'est quelque part cohérent, mais il n'a pas les mots (et les représentations) pour l'exprimer.

## V) Conséquences psycho-corporelle de la déliaison

Les conséquences psycho-corporelle évoquées chez Octave viennent témoigner d'une part de la cérébralité, c'est-à-dire des conséquences sur la vie psychique des lésions cérébrales, et d'autre part, du trauma psychique.

### *a) Des vécus d'étrangeté – à propos de l'image du corps*

*« L'expérience du corps est tout à fait nouvelle. La façon de vivre avec son corps et la façon de vivre son corps sont tout à fait inconnues. Elles peuvent être troublantes jusqu'à faire éprouver des sensations d'étrangeté. » (Fradet-Vallée, 2015)*

En effet, lors de propositions sensorielles, Octave, comme d'autres patients TC, réagissent souvent avec un vocabulaire autour de l'étrange, du flou... « ça fait bizarre ». En effet, les sensations ne sont plus reconnues puisqu'elles sont perçues différemment, alors les seuls adjectifs venant témoigner de ces nouveaux horizons sensoriels sont « bizarres », « étranges ».

Nous pouvons aussi aborder le vécu de ces sensations d'étrangeté qui peuvent être entendues comme la modification de l'image du corps.

Ce sentiment d'étrangeté du corps peut aussi faire émerger des vécus de dépossession et de dépersonnalisation... Eux-mêmes impactant l'image du corps. Et quand il y a impact de l'image du corps, le narcissisme est touché.

Dans le cas de la modification des perceptions concernant la peau, on peut imaginer que l'expérience transformée peut avoir des répercussions psychiques. La peau, par ses aspects sensoriels, comme la couleur, la texture, l'odeur..., présente des caractéristiques propres à chacun. C'est pour ceci que Didier Anzieu dit à son sujet qu'elle assure la fonction d'individuation du Soi, le fait d'être un être unique. D'ailleurs dans le cas d'Octave, j'ai pu observer cette association : les sensations tactiles sont dures à discriminer et l'individualité est d'autant plus en péril.

### ***b) Défaut d'investissement corporel et d'expression***

Les sensations inconnues, les vécus d'un corps « étrange » et le narcissisme affaibli peuvent freiner l'investissement corporel. A ce sujet André Bullinger nous dit : « Habiter son corps suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme. Savoir cela c'est à travers les sensations, délimiter une zone habitable » (Bullinger, 2004) + p 152 . Or, justement, pour Octave, je remarque d'emblée son manque d'investissement corporel. Et ma réflexion la mettait déjà en lien avec son manque de sens à ses sensations. Cette problématique peut se résumer par la question : comment habiter un corps qu'on ne connaît plus ?

Par ailleurs, être en relation signifie, surtout à 12 ans, de pouvoir parler. Or, communiquer verbalement suppose de partager les mêmes représentations. J'ai pu observer les retraits relationnels (baisse les yeux, murmure des « oui ») d'Octave quand nous discutons, lorsqu'il ne comprend pas ou lorsqu'il ne peut pas s'exprimer pour apporter une réponse. J'ai l'impression que nos mondes de représentations ne pouvaient pas se rencontrer.

Octave est amimique et montre peu d'expressivité des émotions. Mais je me demande si c'est un défaut d'expression des émotions ou bien c'est qu'il n'en ressent pas ? Ou bien qu'il les ressent, mais que ne pas savoir les identifier, provoquerait son incapacité à les exprimer ? Je penche plutôt pour la dernière option. En effet, j'observe par moments qu'Octave ressent des émotions, seulement à la question « Comment tu te sens ? » il répondra toujours « ça va bien » quand bien même il paraît lassé d'un exercice, ou bien que des rictus viennent témoigner du caractère désagréable de la situation (sourcils qui se froncent, transpiration abondante lors des échauffements type football)

### ***c) Doute et manque de sens à l'existence***

Pour ce qui est de son passé, de son identité antérieure, Octave ne raconte jamais rien de lui. Ses parents nous en apprennent peu à son sujet. Nous ne connaissons rien de ce qu'il aimait avant, sa personnalité.... De plus, il ne sait pas se prononcer sur ses goûts. Quand il y a autant de vide dans l'être, comment se sentir exister ?

Aussi, Octave est apathique et fait preuve de peu d'initiative. Je propose une lecture

de ces comportements à la lumière de la déliaison. Octave ne pourrait pas manifester d'envie et d'intérêt car il ne saisit pas les bénéfiques (un éprouvé agréable, plaisir...) de ce qu'on lui propose. Les invitations à une activité seraient avortées car désunies du plaisir sensoriel, relationnel, ludique qu'elles pourraient engendrer. Les jeux sont déliés du sentiment de plaisir, de partage... Les situations, sans lecture et clarté ne déclencheront pas d'émotion.

On peut imaginer qu'Octave erre depuis son accident. Il erre dans un corps, dans une vie psychique affaiblie, dans une histoire à trous. De plus, le manque d'interaction avec l'environnement renforce sa non-présence au monde et ainsi, nourrit l'absence du sentiment d'évidence de Soi. Le défaut du sentiment d'évidence de Soi viendrait à son tour empêcher son action sur le monde : c'est une spirale néfaste.

Avec le peu de repères de soi mais aussi spatiaux-temporaux, ce sont les éprouvés d'existence qui sont mis à mal. A ce sujet Les « *éprouvés d'existence, reconnaissent une composante temporelle et une composante spatiale : c'est précisément de cette dimension temporo-spatiale de son contenu qu'un éprouvé tient sa qualité d'éprouvé d'existence* » (Saulus, 2009).

Devant tant de lieux inconnus, une existence mise à mal, une évidence de soi bien faible, il est temps d'agir. En psychomotricité, il s'agira de partir à l'abordage de ces terres délaissées depuis le TC. Par l'expérience partagée, la reconquête peut démarrer.

## **CHAPITRE 2 : La psychomotricité pour une exploration partagée**

### **I) La psychomotricité comme lieu d'aventure**

La salle de psychomotricité va offrir l'espace où prendront place les différentes explorations. Ce sera le lieu de navigation, tantôt en direction du corps, tantôt en direction des émotions.

### *a) Accoster sur les terres du corps*

Les séances débutent par le premier lieu habité et pourtant méconnu d'Octave : son corps. La rééducation, dont la psychomotricité, peut être envisagée comme un réapprentissage du corps.

A la sensation de ne « plus être soi », la psychomotricité propose une exploration de ces terres devenues étrangères et ainsi enclencher et nourrir la réappropriation de son corps. C'est en allant à la conquête de ces zones inconnues, en y posant le doigt ou la balle et ayant le feed-back sensoriel que le patient vérifiera que ce territoire est bien le sien. C'est avec le psychomotricien, qui guide les explorations et met du sens sur les parties du corps explorées, que petit à petit Octave a pu d'une part faire l'expérience son corps et d'autre part, y reconstruire des repères. Tout doucement, le travail de liaisons entre les perceptions et les représentations de son corps a pu se nourrir.

« Pour que son corps devienne de moins en moins étrange le patient doit prendre de nouveaux repères au travers d'expériences variées et surtout au travers d'expériences partagées » (Fradet-Vallée, 2015). Octave a cheminé, au fil des temps sur le schéma corporel et les sensations : de l'informe de son corps, à sa reconnaissance progressive jusqu'à sa représentation.

Enfin, cette réappropriation du corps a été menée par des stimulations multisensorielles. Alors en association avec la prise de repères corporels, il y a eu un travail d'identification des sensations corporelles. Elles qui étaient « bizarres » au début, ont progressivement et grâce aux répétitions, pu être identifiées et représentées.

### *b) Au pays de l'espace et du temps*

Le même travail a pu être mené. Pour la sphère spatiale, c'était en filigrane du suivi et se manifestait lors des explorations du corps ou des mises en mouvements. Ainsi, des termes spatiaux ont été « mis en corps » afin de nourrir leur représentation « Octave, met-toi derrière moi ». Et à l'inverse parfois, je lui demandais d'exprimer les rapports spatiaux entre deux objets.

Le domaine temporel est abordé en début de séance. En effet il s'agit là encore d'y

mettre des repères et surtout de nourrir les représentations. En effet, Octave, à cause de ses troubles des fonctions exécutives manquent beaucoup de flexibilité mentale. Alors il va s'agir d'y amener de la souplesse : par exemple nous pouvons être en « hiver » sans qu'il y ait de la neige.

### *c) Revisiter des notions*

La déliaison a aussi pu découdre des acquis conceptuels. Je vais vous présenter un de ceux qu'Octave avait besoin de visiter à nouveau. Nous marchons dans le couloir pour aller à la salle :

Lui : « Moi je veux faire de la magie » il m'explique qu'il veut faire des tours de disparition et mime sommairement un tour avec une carte qui disparaît.

Moi : « Tu voudrais faire disparaître quoi ? »

Lui : « Mon frère. Je veux faire un tour de magie pour qu'il disparaisse »

Moi : « Tu sais Octave la magie c'est pour de faux, c'est pour faire semblant. Peut-être que tu veux le faire disparaître, mais en vrai ce n'est pas possible. »

Lui : « Bah si ça existe ! C'est vrai ! Moi je sais que la magie peut faire disparaître mon frère ! » . La discussion se poursuit et même si sa conviction diminue au fil de mes paroles, Octave demeure persuadé que la magie existe. Je ne développerai pas au sujet de son frère qu'il veut faire disparaître, ce qui est à mettre en lien avec ce qu'il a pu en dire auparavant et la possible projection de lui-même ; ni même de son entêtement, qui à mon avis, à plus à voir avec ses persévérations originaires du syndrome frontal. Ce qui m'intéresse dans cette séquence c'est qu'il vient rediscuter de la question de la magie, du concept du réel et de l'imaginaire. Octave vient revisiter des notions qui sont normalement acquises mais qui ont été sérieusement ébranlées.

## II) Un compagnonnage nécessaire

Pour mener à bien ce processus de sémantisation (=mise en sens, sémantiser = mettre en sens) qui vise à lier, un soutien est nécessaire au début. Le psychomotricien peut être ce soutien. Le psychomotricien se fait le compagnon du blessé pendant un temps. Ce compagnon lui permettra d'arpenter le chemin accidenté à la reconquête du Soi. En effet : « *Cet appui sur le corps de l'autre fournit aussi les moyens de forger notre propre image par le jeu des synchronies et des échanges en différé* » (Bullinger, 2004).

Pour devenir ce compagnon, l'alliance thérapeutique doit se construire. A ce sujet : *«l'alliance se noue seulement avec quelqu'un qui peut aider à identifier, nommer, refléter le vécu »* (Azouvi, Vallat-Azouvi, Aubin, 2015) . Alors le psychomotricien tente d'être au plus près du vécu du patient afin de pouvoir lui prodiguer des retours pertinents de l'expérience.

### *a) Prêter notre appareil à penser*

Octave ne donne pas de sens à ses sensations. L'appui relationnel était indispensable pour sémantiser son expérience corporelle. André Bullinger reprend l'idée d'un compagnon nécessaire. Il nous dit que lorsque l'équilibre sensori-tonique est en péril, c'est le milieu humain (un des trois piliers) qui doit suppléer au manque.

*«Le travail de sémantisation trouve ses fondements dans un double processus : attribuer une signification revient à différencier pour identifier »* (Gardien, 2010) . Ainsi, en verbalisant, je lui permettais d'identifier son vécu. D'ailleurs, selon la même auteure : *« Les stimulations multimodales tactiles, vestibulaires, auditives, visuelles peuvent, au contact de l'autre, être métabolisées (...) à défaut des structures représentatives »*. Avant que la représentation soit établie, c'est au psychomotricien de métaboliser pour le patient et lui prêter ce travail. Ainsi il pourra l'intégrer, petit à petit le faire sien et au final avoir des représentations. D'ailleurs Octave a pu me dire, alors que je l'accompagnais à chaque séance dans son exploration du chemin jusque la salle : *« j'ai les lettres dans ma tête »* . Cela ne signifiait pas exactement cela mais plutôt qu'il avait le chemin en tête (jalonné par les lettres sur les panneaux, les portes...) : c'était la première fois qu'il avait marché jusque la salle, sans s'accrocher visuellement à chaque panneau. Cela était un exemple de la reconstruction d'une représentation.

Ce dernier exemple n'est pas isolé : au fil du temps, Octave a pu construire d'autres repères : au niveau de son corps, de ses sensations, du temps ...

*« Dans la phase de restauration psycho-corporelle, l'évolution du patient permet progressivement l'affinement des représentations de lui-même, des représentations du monde et des représentations de lui au monde »* (Fradet-Vallée, 2015)

Au début Octave était très plaqué à nos comportements, il me donnait le sentiment

d'être indifférencié, peut-être car il était toujours dans ce vide existentiel. Aussi, même dans ses mises en mouvements, je sentais qu'il visait la performance au détriment de s'approprier les expériences et y mettre du sien. Petit à petit, il a pu se décaler de cette visée de performance et prendre de l'autonomie. Il commençait doucement à s'individualiser : aux séances sur les émotions, il a pu proposer une situation où il mimait une scène de son imaginaire ou encore il donnait des exemples de ce qui pouvait lui faire peur.

### ***b) Jouer : à deux c'est mieux !***

Chez Octave, les jeux s'entendent comme des jeux moteurs et dynamiques, supports à une élaboration. A ce sujet, il est rapporté en réunion mi février, qu'Octave refuse désormais tous les jeux de société qui le mettent trop en difficultés.

Un des intérêts de la mise en mouvement réside dans le fait qu'elle permet de quitter l'état sidéré ou figé du patient. La réanimation du corps progressive revitalise l'investissement corporel. D'ailleurs les jeux permettaient à Octave de quitter son apathie habituelle.

Prendre appui sur le corps et le monde interne de l'autre est un véritable atout pour les sujets dont la vie psychique et imaginaire est pauvre. Ainsi ils peuvent s'imprégner des propositions des thérapeutes. C'est ce qu'il s'est passé pour Octave : son manque de repères internes l'a obligé à prendre des repères extérieurs, sur nous. Donc le jeu partagé était peut-être la seule modalité pour jouer.

Le fait que nous devenions compagnons a permis des séances de jeux. Comment est advenu du jeu en psychomotricité alors qu'il est absent ailleurs ?

D'abord il faut tenir compte du fait que nous ne soyons que deux ou trois : quand Octave est au sein d'un groupe il est rapidement contaminé par l'excitation et il devient dès lors, indisponible à l'activité. En psychomotricité il est suffisamment soutenu par la relation sans pour autant s'y perdre.

Ensuite, les consignes simples, la guidance dans la réalisation des jeux ont permis à Octave de ne pas être en situation d'échec et même d'être acteur du jeu. Ainsi, il possédait un espace-temps où il récupérait des capacités d'action sur le monde. D'ailleurs cela s'exprimait quand il me disait : « Je vais te gagner ! ».

Aussi, je lui souriais beaucoup, je le laissais gagner souvent et insistais sur ses

victoires. Alors je pense que ces comportements à son égard l'ont renarcissisé. Jouer avec un compagnon a permis à Octave de s'investir et de s'engager corporellement.

### III) Retrouver des lieux connus

#### *a) De l'intérêt de naviguer dans toutes les directions*

En effet, la particularité du TC est que l'on ne sait jamais ce qu'il a vraiment désorganisé comme dans le cas où les atteintes se portent sur des capacités très singulières (par exemple la prosopagnosie qui est l'incapacité à reconnaître les visages). Dans le cas d'Octave, les pertes sont plus massives. J'étais de plus en plus déconcertée en découvrant le nombre considérable de sphères atteintes.

Quand j'ai décidé d'aller découvrir la terre de l'émotion, j'étais sceptique La sphère émotionnelle dépend des facultés d'abstraction, et dans le cas d'Octave je doutais qu'elles soient suffisamment solides. Cependant je me suis dit que nous allions tenter. Nous sommes donc partie l'investiguer. Au final, ce fut un retour en terre connue.

De même pour le territoire temporel. Il restait à Octave quelques souvenirs et repères. D'ailleurs, quand bien même il pouvait me dire : « l'hiver pour moi c'est quand il fait chaud », il savait pourtant relier les saisons aux mois. D'où l'importance d'enquêter sur toutes les facettes d'un même domaine.

Ces terres connues sont des vraies ressources pour le patient. Ainsi elles nous permettent de nous décaler de l'objectif de les ré-expliciter. Elles sont alors le support pour mettre au travail autre chose. Pour Octave, le fait que le terrain des émotions soit connu a permis de se focaliser sur l'engagement et l'investissement corporels.

#### *b) Reviviscences*

Les seules informations dont je disposais concernant Octave étaient qu'il aimait le football et qu'il était curieux.

Au cours d'une exploration du schéma corporel, vers la fin de la prise en charge, nous nous intéressons avec Octave à la jambe et plus particulièrement à la distinction entre mollet et tibia. A l'instant où je couple le toucher et la nomination du « tibia », Octave me

répond avec un large sourire : « Oui je me souviens, on mettait des protège-tibias au foot ! » . C'est une des fois où j'ai vu des liens entre la personnalité ancienne d'Octave et celle d'aujourd'hui. J'ai eu l'impression d'une mince réunification entre son passé et son présent et d'un Soi temporel.

Une autre fois, alors que je lui propose des stimulations vibratoires avec le coussin vibrant, il me dit « comment ça marche ? » . Je retrouve un trait de son caractère (curieux). Là encore son identité se dessine.

Aussi les fois où Octave a pu exprimer des exemples où il peut ressentir de la peur, de la colère, de la joie etc... j'avais l'impression de le découvrir, d'entrevoir son identité.

Des premières rencontres avec Octave, j'avais l'impression qu'il était défini uniquement par conséquences de son TC : apathie, manque de sens, absence de relation à cause des troubles mnésiques... Je ne le voyais exister que par ses troubles. Petit à petit, avec les reviviscences de son passé, il a pu « reconnaître du connu » en lui. Ainsi j'ai pu rencontrer Octave en tant que sujet : avec une personnalité, des goûts, des émotions, une histoire...

Octave, ainsi que tous les patients rencontrés durant ce stage m'ont donné l'impulsion d'en connaître plus sur le traumatisme crânien. J'ai entrevu, à travers leur histoire et leur tableau clinique la multiplicité des possibles séquelles. Le TC a la particularité de pouvoir toucher toutes les sphères : motrices, fonctionnelles, sensorielles, sensibles, cognitives, émotionnelles... En ça il n'y 'a pas un traumatisme crânien mais des traumatismes.

Le traumatisme crânien ne se résume pas à la cérébrolésion, c'est aussi un trauma. Le corps modifié, la cognition transformée... Autant d'atteintes qui font vivre un véritable séisme de l'identité et de l'unité psychocorporelle.

En outre, le handicap n'est pas toujours visible, il peut être palpable dans les dislocations de la pensée, dans le bouleversement de la perception du monde et de soi... Pourtant même s'il n'a pas de cicatrice physique, il modifie l'Être en profondeur.

Le rencontre avec Octave m'a ouvert à un nouveau constat : celui de la déliaison. Phénomène à entendre comme la combinaison des atteintes de la représentations et/ou du langage, associées à celles du trauma du TC et de l'expérience modifiée du corps. Face à cette errance dans son corps, dans son environnement, nous sommes ensemble partis en exploration de ces terres devenues inconnues. Cette navigation nous a tantôt entraîné sur le territoire corporel, tantôt dans le pays du temps et de l'espace et bien d'autres... Ce voyage fût aussi ponctué d'agréables redécouvertes où Octave a pu retrouver des terres connues. La psychomotricité a été le bateau nécessaire à la navigation et moi le compagnon de voyage.

Je souhaite donc dédier ce mémoire à Octave et lui souhaite de poursuivre les reconquêtes de soi et du monde qui l'entoure.

Annexe n°1



Le prénom a été dissimulé par mes soins

Annexe n°2



Annexe n°3



## Références

- Anderson, V., Spencer-Smith, M., & Wood, A. (2011) Do children really recover better. Neurobehavioural plasticity after early brain insult. *Brain : A journal of neurology*, 134(8), 2197-2221. doi:10.1093/brain/awr103
- Azouvi, P., Jourdan, C., Bayen, E., Darnoux, E., Ghout, I., Azerad, S... Pradat-Dhiel, P. (2014). L'étude Paris-TBI : suivi longitudinal d'une cohorte de blessés après un traumatisme crânien (TC) sévère. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(S1), 75
- Azouvi, P., Vallat-Azouvi, C., Aubin, G. (2015) *Traumatismes crânio-cérébraux*. Paris : Boeck-Solal
- Belmont, A., Hugeron, C., Gallais, B. et Azouvi, P. (2006). Fatigue et traumatisme crânien. Analyse de la littérature. *Annales de réadaptation et médecine physique*, 49, 283-288
- Beni C., Rochat L., Malysse N., Delecroix H., Arnould A., Azouvi P. .... & Van der Linden M. (sous presse). L'Echelle des Changements de Comportement Socio-Emotionnel de Genève (ECCSEG) : Validation auprès d'un échantillon de patients victimes d'un traumatisme crânio-cérébral
- Bullinger, A. (2004) . *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Paris : éditions Broché
- Cohadon, F., Chastel, J-P, Richer, E., Mazaux, J-M et Loiseau, H. (2000) *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. Paris : Edition Arnette
- Cyrułnik, B. (2001) . *Les vilains petits canards*. Paris : éditions Odile Jacob
- Chantraine, A. (2013). *Rééducation neurologique : guide pratique de rééducation des affections neurologiques*. Paris : éditions Arnette
- Damasio, A. (2010). *L'autre moi-même : les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Paris : éditions Odile Jacob
- Dauger, S., Leteurtre, S. et Beaufils, F. (2010). *Réanimation pédiatrique* . Paris : Ed. Doin
- Fradet-Vallée, Y. (2015) Habiter son corps après un séisme neurologique. Dans *Thérapies psychomotrices et recherches*. 176.
- Gardien, E. (2010). *L'apprentissage du corps après l'accident*. Paris : éditions PuG.
- Gibello, B. (1995). *La pensée décontenancée*. Paris : éditions Bayard
- Javouhey, E., Guérin, AC. et Chiron, M. (2006). Incidence and risk factors of severe traumatic brain injury resulting from road accidents : a population-based study. *Accidents, Analysis and Prevention*, 38(2), 225-233

- Laplanche, J., Pontalis, J-B (1981) . *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : éditions Payot.
- Larousse. Définition de la personnalité. Larousse. Repéré le 14 avril 2016, à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/personnalit%C3%A9/59810>
- Malou, B. (2007) *Les nouveaux blessés*. Paris : éditions Bayard
- Manning, L. (2007). *Neuropsychologie clinique : approche cognitive*. Paris : Collection U
- Marchal, F.(2012) . Lésion cérébrale acquise et bouleversement identitaire : rôle de la psychomotricité. Dans *Évolutions psychomotrices* 24(98), 210-216
- Meyer C. et Eckert F. (1994) . Avenir d'un passé où la traversée d'un traumatisme. Séminaire du Dr C. Meyer sur *Le sujet du traumatisme*, dans une conférence au Groupe d'étude des traumatismes crâniens.
- Morand, A. (2014). Le patient traumatisé crânien. Dans *Pratique de la rééducation neurologique* (p222). Paris : Elsevier Masson.
- Mucchielli, A. (2002). *L'identité*. Paris : éditions Que sais-je
- Pedinielli, J-L. (1999). Les théories » personnelles des patients. Dans *Pratiques psychologiques* .4, 53-62
- Pelisser, J., Barat, M. et Mazaux, J.M.(1991). *Traumatisme crânien grave et médecine de rééducation*. Paris : Elsevier Masson
- Plum F et Posner J. (1982) *Diagnostic de la stupeur et des comas*. Paris : Masson
- Postras-Martin, D. (2014). *Le jeune neurotraumatisé crânien : Soutenir le cheminement émotif et l'adaptation familial*. Montréal : éditions CHU Sainte Justine
- Saulus, G.(2009). Le concept d'éprouvés d'existence. Dans Korff-Sausse, S. (dir) *La vie psychique des personnes polyhandicapées*. Paris : éditions Eres
- Toubert-Duffont, D et Courtinat-Camps, A. (2003). Processus de subjectivation dans un groupe d'adolescents cérébrolésés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2(3), 118-214
- Van Zomeren, A.H., Brouwer, W.H et Deelman B.G. (1984). Attentional deficit : the riddles of selectivity, speed and alertness. *Closed head injury, psychological, social and family*, 74-107

## RETOUR EN TERRES INCONNUES

*La psychomotricité pour lier expériences et représentations chez un jeune traumatisé crânien.*

**Résumé :** Le traumatisme crânien (TC) peut créer une cérébrolésion. La lésion cérébrale peut toucher toutes les zones cérébrales alors le tableau séquellaire est varié. Le sujet peut avoir des atteintes motrices, sensorielles, sensibles, cognitives... Ce mémoire rend compte de cette diversité. Le TC revêt également des caractéristiques du trauma. Cet écrit précise le trauma d'origine lésionnel et ses bouleversements psycho-corporels qui vont jusqu'à faire vaciller l'identité. C'est à travers l'histoire d'Octave que vous découvrirez un phénomène fréquent : la déliaison. Des axes de compréhension y seront apportés. Ce mémoire retrace aussi le voyage d'Octave sur ces terres (corporelle, environnementales...) qui lui sont devenues inconnues et comment la psychomotricité peut lier les expériences et les représentations touchés par la déliaison.

**Mots-clés :** traumatisme crânien – lésions cérébrales – trauma – handicap invisible – déliaison – psychomotricité - identité