

Sommaire

Introduction	7
Partie 1. Le psychomotricien en Soins de Suite et de Réadaptation	9
I. Présentation du cadre clinique.....	9
A. Définition	9
B. Présentation du lieu de stage	12
II. Psychomotricité en Rééducation et Réadaptation	15
A. La représentation de la psychomotricité par les autres professionnels de santé	15
B. Distinction par rapport aux autres métiers	17
III. Notions théoriques psychomotrices.....	21
A. Schéma corporel.....	22
B. Image du corps	23
C. Tonus.....	25
D. Enveloppe et sentiment d'unité.....	26
Partie 2. Cas cliniques : comment se traduit la psychomotricité chez les patients et quels en sont ses apports.....	28
I. Psychomotricité et sclérose en plaque.....	28
A. Présentation de la pathologie	28
B. Cas de Mme B.....	33
C. Apports de la prise en charge	37
II. Psychomotricité et amputation	38
A. Présentation de la pathologie	38
B. Cas de Mme O.	44
C. Apports de la prise en charge.....	47
III. Fibromyalgie et psychomotricité aquatique : un exemple de séance	51
A. Présentation de la pathologie	51

B.	Présentation des patients et du déroulé de l'ETP	55
C.	Déroulé des séances	56
Partie 3.	Les apports et limites de la psychomotricité en centre de rééducation.....	58
I.	Apport des médiations psychomotrices.....	58
A.	Relaxation et toucher thérapeutique.....	59
B.	Miroir	62
C.	Eau	64
II.	Apports et limites des prises en charges psychomotrices.....	67
A.	Apports.....	67
B.	Limites	69
C.	Etre stagiaire en psychomotricité dans un SSR	72
Conclusion.....	75
Bibliographie.....	77
Sitographie	80
Annexes	II

Table des figures :

Figure 1.	Dessin bilan de Mme B. réalisé en fin de suivi	36
Figure 2.	Schéma des différents niveaux d'amputation du membre inférieur	39
Figure 3.	Première représentation d'elle-même par Madame O.....	48
Figure 4.	Deuxième représentation d'elle-même par Madame O.....	49

Introduction

J'ai découvert le métier de psychomotricien durant mon année de terminale, en me renseignant sur les métiers en lien avec le handicap moteur. Ce métier m'a tout particulièrement touchée et je me suis inscrite à la formation en souhaitant travailler avec une population atteinte de handicaps moteurs acquis. Cette envie s'est renforcée à l'issue d'un premier stage lors de ma deuxième année, effectué en centre de rééducation sans psychomotricien. Au cours de ce stage, beaucoup de professionnels m'ont interrogée sur ce qu'est la psychomotricité, et pour ceux qui connaissaient, cela se réduisait principalement à la relaxation. Au détour d'une blague sur mon futur emploi ici une fois diplômée, on m'a répondu « A quoi bon avoir un psychomotricien quand on a déjà un neuropsychologue, des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes qui sont des métiers qui se recoupent dans leur pratique ? ».

Finalement, les équipes de rééducation sont peu informées sur le métier de psychomotricien qui peut être difficile à distinguer des autres professions. Moi la première, je n'ai pas su expliquer les apports du psychomotricien dans la prise en charge d'un patient en rééducation.

Cela pourrait se justifier en partie par la sous-représentation du métier dans les secteurs de la rééducation/réadaptation. En effet, quelle ne fut pas ma difficulté à trouver des lieux de stage avec un psychomotricien : quand ils ne sont pas indiqués sur le site internet parmi l'équipe paramédicale, bien des secrétaires ne savent pas si un tel professionnel exerce dans leur structure. Et puis simplement, peu de psychomotriciens travaillent en Médecine Physique de Réadaptation, en Soins de suite et de Réadaptation, en clinique de rééducation...

Pourtant, dans ces lieux de soins cités ci-avant, on retrouve chez les patients et leurs affections, des concepts éminemment psychomoteurs, particulièrement autour de l'image du corps et du schéma corporel. Que ce soit dans le cadre d'une fracture ou d'une amputation, d'une hémiplégie causée par un accident vasculaire cérébral, d'une pathologie pneumologique invalidante ou bien d'une obésité endocrinienne, le corps est bousculé, déstructuré, voir désinvesti, partiellement ou totalement. Le patient se détache de ce corps qui le lâche, qu'il ne reconnaît et/ou n'accepte plus comme sien.

En stage de troisième année dans un SSR accueillant des adultes en neurologie, pneumologie, diabétologie-nutrition et rééducation locomotrice, je retrouve chez les patients suivis en psychomotricité, une majorité de problématiques autour du schéma corporel et de l'image du corps. Plus précisément, leurs difficultés tournent autour de la réappropriation corporelle après avoir subi des accidents/maladies qui ont ébranlé ce corps qu'ils ne reconnaissent plus comme leur.

De ces différentes observations émerge alors un questionnement : dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation adulte, quel intérêt peut constituer la présence d'un psychomotricien pour la réappropriation d'un corps unifié chez les patients ?

Pour essayer de répondre à cette question, nous verrons dans un premier temps le cadre dans lequel s'ancre ce travail ainsi les notions théoriques psychomotrices sur lequel il s'appuie. Puis nous aborderons différents cas cliniques illustrant la psychomotricité et les problématiques des patients dans le milieu de la rééducation. Enfin, en lien avec ces cas, nous traiterons les apports et les limites du psychomotricien dans la reconstruction d'une unité psychocorporelle.

Partie 1. Le psychomotricien en Soins de Suite et de Réadaptation

Il me semble important dans un premier temps de poser des définitions autour des notions que sont la rééducation et la réadaptation afin de mieux cerner l'univers dans lequel s'inscrit cet écrit. Je décrirai également le cadre clinique d'une part et le cadre théorique du psychomotricien en SSR d'autre part, plus particulièrement les éléments que j'ai jugé les plus présents et importants en psychomotricité dans cette structure.

I. Présentation du cadre clinique

Les soins de suite et de réadaptation sont, comme indiqué dans leur nom, des soins de réadaptation et de rééducation prodigués à la suite d'une hospitalisation « classique ». Ces structures ont été pensées pour des maladies, accidents, opérations, dont les premiers gestes médicaux de soins aigus ont été apportés par des services hospitaliers adaptés et pour lesquels le patient présente encore trop de difficultés pour simplement rentrer à son domicile. Il faut alors penser à la rééducation de ses capacités lésées et sa réadaptation en fonction de ses limitations. (Ministère des Solidarité et de la Santé, 2016)

A. Définition

Rééducation : Selon le dictionnaire le Larousse, la rééducation se définit comme l'« ensemble des moyens et des soins non chirurgicaux mis en œuvre pour rétablir plus ou moins complètement l'usage d'un membre, d'une fonction » (Larousse en ligne, s.d.).

Réadaptation : Selon le dictionnaire du Larousse, la réadaptation se définit comme la « reprise progressive de l'activité après une maladie ou une blessure » et elle fonctionne comme l'« ensemble des mesures permettant de réintégrer un malade ou un blessé dans la vie professionnelle » (Larousse en ligne, s.d.).

Cette deuxième définition peut sembler assez limitatrice dans la mesure où la réadaptation des patients dans des structures adaptées ne s'intéresse pas seulement à l'aspect professionnel de leur vie. En effet, la réadaptation se fait également sur le plan privé de l'individu en lien avec ses activités de la vie quotidienne et son environnement. Pour cela, les professionnels évaluent les capacités d'autonomie maximale de la personne et proposent en fonction des difficultés et des besoins des adaptations au niveau du domicile par exemple (rampe à la place des escaliers, douche à la place d'une baignoire...), des aides techniques (fauteuil roulant, barre de douche...) ou encore des aides humaines pour l'ensemble des gestes que la personne n'est plus en mesure de réaliser seule (habillage, soins d'hygiène, ménage, tâches administratives...)

Ces deux définitions désignent donc des notions relativement différentes mais qui se complètent dans la prise en charge des patients en Soins de Suite et de Réadaptation. En effet, quand le patient arrive, il s'agit dans un premier temps de rééduquer la fonction ou le membre lésé au maximum. Quand il n'est pas possible de rétablir les capacités pré-accident/opération/maladie, on oriente vers la réadaptation. Il s'agit alors, de venir compenser la perte de capacités par des adaptations du quotidien de la personne concernée, tant sur le plan privé que professionnel, tel que décrit ci-avant.

Ces soins sont prodigués dans des centres de rééducation qui correspondent à des structures de Soins de Suite et de Réadaptation définis comme suit : (Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion, 2016)

Service de Soins de Suite et de Réadaptation : « l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir et/ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques et/ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion »

3 missions sont dégagées :

- La rééducation : prendre en charge le patient pour qu'il retrouve au maximum ses capacités physiques, cognitives et psychologiques. Le but est de permettre un retour optimal de la fonction lésée.

- La réadaptation : dans le cas où les lésions sont irréversibles, il s'agit d'accompagner le patient dans son adaptation à ces limitations.
- La réinsertion : après les soins, l'accompagnement du patient se fait afin qu'il acquiert la plus grande autonomie possible et lui permette de se réintégrer socialement et professionnellement.

Une structure de SSR dispense une prise en charge globale : soins médicaux, curatifs et palliatifs, rééducation et réadaptation, éducation thérapeutique et accompagnement à la réinsertion, grâce à une équipe pluridisciplinaire.

Les SSR sont des structures spécialisées, on y retrouve des affections :

- Du système nerveux
- Cardio-vasculaires
- Respiratoires
- Onco-hématologiques
- Liées à des brûlures importantes
- Liées à des conduites addictives
- Des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens
- Poly-pathologiques des personnes dépendantes ou en risque de dépendance

Les SSR sont donc des structures s'adressant à un large public avec de multiples pathologies et problématiques. Les psychomotriciens y sont peu représentés et leur pratique vient à différer selon le public accueilli. Il convient donc d'affiner cette présentation quant au type de SSR et aux patients desquels prend source ma problématique.

B. Présentation du lieu de stage

L'établissement dans lequel je réalise mon stage fait partie d'un groupement hospitalier. Il est composé de quatre services : un service neurologique, un service locomoteur, un service de pneumologie et un service de diabétologie-nutrition.

Cette structure est équipée de deux plateaux techniques de rééducation dont un spécifique à l'exploration respiratoire, d'une salle d'ergothérapie avec cuisine thérapeutique, d'une salle de psychomotricité, d'une salle d'activités physiques adaptées et d'un bassin de balnéothérapie.

Pour les patients, le site est également doté d'espaces extérieurs, de salles de repas, d'une boutique-presserie, d'un espace coiffure et de salons collectifs permettant des activités d'éducation thérapeutique et de détente.

- Le service de Soins de Suite et Réadaptation Diabétologie Nutrition

Ce service est composé de 30 lits d'hospitalisation (dont 20 d'hospitalisation de semaine) et accueille des personnes souffrant de diabète, d'obésité ayant des conséquences physiques, psychologiques et sociales ou de pathologies endocriniennes.

L'hospitalisation est indiquée afin de permettre à ces personnes d'obtenir une amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie avec la maladie chronique, de ralentir la survenue des complications et de réduire les hospitalisations en permettant un maintien durable des paramètres biologiques (en lien avec le diabète et l'obésité).

Pour cela, le service propose un programme d'éducation thérapeutique sur le diabète et l'obésité, une évaluation de l'équilibre nutritionnel, des soins médicamenteux ou techniques liés à ces pathologies chroniques. La présence d'un orthoprothésiste permet également un appareillage et une réadaptation à la marche de l'amputation du membre inférieur (complication possible du diabète).

- Le service de Soins de Suite et de Réadaptation de l'Appareil Locomoteur

Ce service est constitué de 27 lits d'hospitalisation complète et 21 places d'hôpital de jour. Il accueille des patients souffrants de pathologies ostéo-articulaires de toute origine (rhumatologique, infectieuse, traumatique, post-chirurgicale), de douleurs invalidantes chroniques (lombalgie, fibromyalgie, arthrose) ou d'amputation avec suivi post-opératoire et appareillage.

L'hospitalisation des patients leur permet d'accéder à des soins de rééducation/réadaptation, de bénéficier d'infiltrations ostéo-articulaires, de consultations d'appareillage, d'évaluation et d'adaptation de fauteuils roulants (manuels ou électriques), et d'éducation thérapeutique chez le lombalgique chronique et chez l'amputé du membre inférieur.

- Le service de Soins de Suite et Réadaptation en Pneumologie

Possédant 31 lits d'hospitalisation, ce service accueille toute personne atteinte d'une affection respiratoire aigue ou chronique responsable d'une dégradation de la qualité de vie (bronchopneumopathie chronique obstructive, emphysème, « Covid long »...).

L'hospitalisation est indiquée après un séjour en service aigue pour une déstabilisation de la maladie respiratoire, avant ou après une chirurgie thoracique, ou en cas d'aggravation progressive de la maladie.

Le service propose un programme d'éducation thérapeutique de réhabilitation respiratoire, des préparations ou suivis de chirurgie thoracique et la poursuite de soins médicamenteux ou technique complexes à visée respiratoire. Cette prise en charge a pour but d'améliorer la qualité de vie, diminuer les dyspnées, augmenter la capacité à l'effort et diminuer les hospitalisations futures.

- Le service de Soins de Suite et de Réadaptation Neurologique

Ce service est composé de 33 lits d'hospitalisation complète, 24 lits d'hospitalisation de semaine et 15 places d'hôpital de jour. Il accueille des patients après la survenue d'une affection neurologique invalidante (accident vasculaire cérébral, paralysies consécutives à un

accident médullaire) ou à l'occasion de l'aggravation d'une maladie neurologique ou neuromusculaire chronique (myopathie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, douleurs neurologiques chroniques...)

L'hospitalisation des patients est à visée de rééducation des fonctionnalités perdues ou de maintien des capacités physiques et cognitives dans le cas des maladies neurologiques grâce à des professionnels spécialisés.

Les équipes de soins pour les quatre services sont composés de :

- 13 médecins
- 18 kinésithérapeutes
- 9 ergothérapeutes
- 3 enseignants en activités physiques adaptées (APA)
- 1 psychomotricienne
- 1 orthophoniste (5 en fonctionnement normal)
- 1 orthoprothésiste (présent une fois par semaine)
- 3 psychologues
- 5 diététiciennes
- 2 neuropsychologues
- 4 assistantes sociales et 1 secrétaire
- Equipes d'infirmiers
- Equipes d'aides-soignants
- Equipes d'agents de service hospitalier (ASH)

Ces professionnels interviennent généralement dans deux services différents, à l'exception des enseignants APA et de la psychomotricienne qui exercent eux dans les quatre services.

La psychomotricienne intervient donc à temps plein dans tous les services, démontrant l'existence d'un besoin. Pourtant, il s'agit de la seule professionnelle parmi les rééducateurs qui soit l'unique représentante de son métier. Il est également à noter que globalement, le nombre de psychomotriciens dans les structures de rééducation est faible voire nul.

Ces observations permettent de soulever une première interrogation : comment interpréter la faible présence de psychomotricien dans les structures de rééducation ?

Pour la présentation du cadre, je me suis notamment renseignée sur le site internet de l'établissement. Dans chaque présentation de service, les mentions « psychomotricité », « psychomotricienne » et « salle de psychomotricité » étaient absentes. Certes la prise en charge en psychomotricité dans cette structure est récente (3 ans) mais cela donne lieu à des interrogations sur la reconnaissance du travail de la psychomotricienne qui n'est pas mentionnée sur les plaquettes de présentation alors qu'elle intervient sur les quatre services.

Au final, que penser de la reconnaissance de la psychomotricité dans le milieu de la rééducation ? A première vue, cela donne l'impression que cette profession n'y trouverait pas sa place. Un des objectifs de cet écrit est donc de promouvoir les apports de la psychomotricité en centre de rééducation.

Note : l'abréviation SSR est utilisée dans le texte en référence à la structure et aux services que je viens de décrire.

II. Psychomotricité en Rééducation et Réadaptation

A. La représentation de la psychomotricité par les autres professionnels de santé

Comme expliqué en amont, ma réflexion est née de l'absence de représentation de la psychomotricité en centre de rééducation, que ce soit en terme de professionnels psychomotriciens y travaillant mais aussi en terme de connaissance de la psychomotricité par les autres professionnels rééducateurs. Au cours de mon stage, j'ai été amenée à questionner les équipes sur leur profession et leur rôle dans la rééducation du patient. Lors de ces échanges, plusieurs d'entre eux m'ont expliqué ne pas bien connaître finalement ce que nous faisons en psychomotricité. J'ai donc mis en place un questionnaire (**Annexe 1**) visant à recueillir les connaissances sur le domaine de la psychomotricité. Ce questionnaire a été laissé en libre accès, au format papier, dans différentes salles de la structure afin que le personnel puisse y répondre de manière volontaire.

J'ai obtenu trente-cinq réponses de la part de kinésithérapeutes, ergothérapeutes, enseignants APA, psychologues, orthophoniste, diététiciennes, assistantes sociales, infirmières, aides-soignantes et aides de services hospitalier.

Tous ont connaissance de la présence d'une psychomotricienne dans l'établissement et savent qu'elle travaille dans tous les services ou pensent globalement qu'elle travaille en service neurologique et locomoteur. Néanmoins, peu d'entre eux affirment savoir ce qu'est la psychomotricité. Du questionnaire, ressortent certains mots-clés : « lien corps/esprit », « conscience du corps », « rapport au corps », laissant penser qu'ils ont quand même cerné l'approche de la psychomotricité.

La grande majorité de l'équipe connaît ce métier grâce à leur lieu de travail actuel, la psychomotricienne étant leur collègue. Ceux qui connaissaient la psychomotricité par leurs études ou expériences personnelles tendaient à penser que la psychomotricité s'adressait particulièrement à l'enfant et la personne âgée.

Finalement, il ressort surtout des questionnaires que ces professionnels ne savent pas réellement ce sur quoi le psychomotricien peut travailler et quelle est sa distinction, son intérêt par rapport à ce qui est déjà fait en kinésithérapie ou ergothérapie par exemple.

En effet, il n'est pas rare que kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens travaillent des éléments communs en séance : équilibres, praxies, coordinations... Cela conduit à des confusions concernant les spécificités de chaque métier et l'on obtient des situations comme je l'ai vécu lors de mon premier stage en centre de rééducation où l'on ne voit pas l'intérêt d'avoir un psychomotricien car il y a déjà des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, de neuropsychologues, des psychologues, etc. Mais alors, qui fait quoi ?

« On entend parfois de façon caricaturale que le kiné "travaille la marche ", l'ergo "s'occupe des membres supérieurs et du matériel", l'EAPA "fait faire du sport", la psy remonte le moral et la psychomot "on ne sait pas trop mais ça marche" » (Jacquemin, 2021)

B. Distinction par rapport aux autres métiers

Dans cette partie, je vais aborder les spécificités des métiers dont les frontières entre eux sont les plus floues, à savoir la kinésithérapie, l'ergothérapie et la psychomotricité. Pour la kinésithérapie et l'ergothérapie, il s'agit également des professions les plus répandues en centre de rééducation.

Pour expliquer ce que chacun fait, reprenons la base de ce qui décrit ces métiers : une définition et le décret de compétence.

- Kinésithérapie

D'après le site du Ministère des Solidarités et de la Santé, « Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes de massage et de gymnastique médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute exerce sur prescription médicale » (Ministère des Solidarités et de la santé, 2012)

La pratique du kinésithérapeute est encadrée par l'article L4321-1 du Code la santé publique telle que :

« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;

2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

[...]

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité.

[...] »

- Ergothérapie

D'après le site du Ministère des Solidarités et de la Santé, « L'ergothérapeute prend en charge le patient dès lors qu'un problème de santé limite ses possibilités d'effectuer ses soins personnels, de se déplacer et de communiquer. Ainsi, l'ergothérapeute prévient et réduit les situations de handicap en maintenant les activités du quotidien de manière sécurisée, en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement du patient. » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2012)

La pratique de l'ergothérapeute est codifiée par l'article R4331-1 du Code de la santé publique telle que :

« Les actes professionnels qu'au cours de ces traitements ces personnes sont habilitées à accomplir, le cas échéant, au domicile des patients, sur prescription médicale, sont :

1° Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ;

2° La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction permettant d'accomplir les actes définis au 3°, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L. 4321-1 ;

3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :

a) La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ;

b) La rééducation de la sensori-motricité ;

c) La rééducation des repères temporo-spatiaux ;

d) L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante ;

- e) Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;
 - f) Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;
 - g) La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;
 - h) Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;
 - i) L'expression des conflits internes ;
- 4° L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie.

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement. »

- Psychomotricité

D'après le site du Syndicat National d'Union des Psychomotriciens, « Le psychomotricien évalue les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices. Il analyse leur intégration, leurs interactions et il pose un diagnostic psychomoteur. Le compte-rendu de cette évaluation et les propositions de soins qui en découlent sont transmis au médecin prescripteur pour valider la démarche thérapeutique envisagée. L'objectif des soins psychomoteurs est de permettre au patient de :

- prendre conscience de son organisation psychomotrice,
- d'en réduire les dysfonctionnements, qu'ils soient d'origine psychique ou physique,
- de restaurer l'action commune des fonctions motrices, psycho-affectives et cognitives permettant ainsi de s'engager dans l'action et la relation. »

La pratique du psychomotricien est réglementée par l'article 1 du décret n° 88-659 du 6 mai 1988 réactualisé en 2004 :

« Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants:

1. Bilan psychomoteur.
2. Education précoce et stimulation psychomotrices.

3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

- retards du développement psychomoteur ;
- troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
- troubles du schéma corporel ;
- troubles de la latéralité ;
- troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
- dysharmonies psychomotrices ;
- troubles tonico-émotionnels ;
- maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
- déficience motrice ;
- inhibition psychomotrice ;
- instabilité psychomotrice ;
- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. »

A la lecture de ces décrets, nous nous rendons compte que malgré des champs d'action semblant similaires (agir en lien avec le corps, le mouvement), les actes réalisables sont différents. Pour vulgariser la pratique de ces métiers en faisant ressortir la spécificité de chacun, nous pourrions dire que : le kinésithérapeute s'intéresse à l'aspect fonctionnel, mécanique du corps, l'ergothérapeute s'intéresse à l'aspect pratique du corps dans son environnement et son quotidien, et le psychomotricien s'intéresse au vécu du patient dans son

corps en favorisant son mieux-être. (Attention, ces professions sont à nuancer et ne se résument pas à ce qui a été écrit.)

Ces pratiques sont très complémentaires, il ne faut pas négliger l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire, chaque professionnel contribuant à son niveau et avec son regard à la rééducation/réadaptation de l'individu. Néanmoins, si l'on multiplie les prises en charges, il est important d'être capable d'expliquer ce que chacun fait pour une meilleure clarté du suivi, d'une part du côté des professionnels afin de mieux travailler ensemble et d'autre part du côté du patient qui pourrait rapidement s'y perdre. (Jacquemin, 2021)

Après avoir abordé la psychomotricité au sein de l'équipe de rééducation, nous allons nous intéresser aux éléments théoriques qui encadrent sa pratique en SSR et qui font la spécificité du psychomotricien.

III. Notions théoriques psychomotrices

En observant les patients reçus en psychomotricité et en m'intéressant à leurs problématiques psychomotrices, j'ai pu relever un élément commun à nombre d'entre eux qui a orienté la problématique de mon mémoire. En effet, beaucoup de patients présentent un trouble de l'unité corporelle. J'ai jugé qu'il s'agissait du trouble le plus intéressant à traiter dans cet écrit en raison du fait que seule la psychomotricienne s'intéresse à cet aspect du vécu des patients. Les autres professionnels vont bien entendu participer à la reconstruction de l'unité corporelle mais de manière indirecte au contraire du psychomotricien qui s'intéresse directement aux éléments entrant en jeu dans cette élaboration.

Pour parler d'unité psychocorporelle, il nous faut parler du corps, plus particulièrement du corps et de ses représentations. Sous ce terme de « représentations du corps », on retrouve deux notions très importantes en psychomotricité : le schéma corporel et l'image du corps, deux éléments qui s'élaborent en lien avec le tonus. Ces trois notions apparaissent clairement dans le décret de compétence du psychomotricien cité plus haut sous les mentions « *troubles*

du schéma corporel », « trouble de la représentation du corps », « troubles de la maturation et de la régulation tonique » et « troubles tonico-émotionnels ».

A. Schéma corporel

Le schéma corporel c'est la connaissance que l'on a de soi d'un point de vue anatomique, physiologique. Cela regroupe la connaissance des limites corporelles dans l'espace, des possibilités motrices de son corps, de la perception des différentes parties du corps et des capacités à s'exprimer à travers ces dernières (mimiques, attitudes) et enfin des possibilités de représentation que l'on a de son corps (est ce que je suis capable de dessiner mon corps et de me le représenter mentalement par exemple). (De Lièvre & Staes, 2000)

Le schéma corporel s'édifie, selon Ajuriaguerra, « sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles. Le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » (Reinalter-Ponsin, 2012) . Le concept de schéma corporel défini tel quel implique qu'il est inhérent aux expériences corporelles que l'on vit et qu'il est donc en perpétuelle évolution.

Eric Pireyre précise cette définition quant au terme « kinesthésie ». Ce dernier fait référence à la perception du déplacement des parties du corps dans l'espace et relève de la proprioception qui est « un ensemble de systèmes sensoriels permettant la prise d'informations relatives à la position, aux mouvements (la kinesthésie) et à la force ». Finalement, la définition d'Ajuriaguerra pourrait être affinée en liant le schéma corporel à la proprioception, la vision et la sensibilité vestibulaire (sens du mouvement et de l'équilibre qui produit les impressions labyrinthiques). (Pireyre, 2021)

Le schéma corporel se structure en quatre étapes principales durant le développement de l'enfant (De Lièvre & Staes, 2000)

- **Corps subi** (0 à 3 mois) : le bébé subit les actes et le déroulé de la vie, ce n'est pas lui qui choisit ses actes et les réponses à ses besoins. Il a une conscience de son corps fragmentaire et peu différenciée de l'autre

- **Corps vécu** (3 mois à 3 ans) : l'enfant est en mesure de se mobiliser pour atteindre un but. Il maîtrise davantage son corps grâce à la répétition d'expériences sensorielles et motrices
- **Corps perçu** (3 ans à 7 ans) : l'enfant développe l'éprouvé de ses sensations et en a une meilleure conscience
- **Corps connu** (jusqu'à 12 ans) : l'enfant apprend à connaître les différentes parties de son corps, à pouvoir s'orienter dans l'espace et à pouvoir s'organiser corporellement

Au travers de ces étapes, l'enfant prend peu à peu le contrôle de son corps et maîtrise ses sensations. Ce sentiment de contrôle de soi renforce le sentiment d'unité : parce que je sais que ce que j'éprouve fait bien partie de mon corps et que je suis en mesure d'organiser ce corps d'un point de vue moteur, alors je forme bien une unité qui regroupe sensations, actes moteurs et représentations psychiques, donc une unité psychocorporelle.

Du fait de sa construction selon les informations sensorielles afférentes produites lors de l'action, le schéma corporel est en constant remaniement. La possibilité de mise à jour du schéma corporel est très importante : cela permet l'adaptation de l'individu à des modifications de l'environnement ou encore à des modifications de son corps propre, comme nous pourrions le voir en partie 2.

B. Image du corps

L'image du corps est un concept d'autant plus difficile à définir que de nombreux auteurs ont tenté de le traiter tout en concevant que leur définition n'était peut-être pas complète.

Françoise Dolto, reprise dans le Manuel d'enseignement de psychomotricité, nous parle de l'image du corps comme étant « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles » (Scialom, 2012). L'image du corps est pour Schilder « la synthèse d'un modèle postural du corps, d'une structure libidinale et d'une image sociale. » (Reinalter-Ponsin, 2012).

Pour mieux comprendre cette définition, tentons d'expliquer ces termes. Le modèle postural du corps correspond en un sens au schéma corporel décrit plus haut. La structure libidinale se construit sur la base de l'érogénéisation (excitation qui peut apporter du plaisir, de la

satisfaction) de la peau, en lien avec les différents stimuli qui lui sont apportés, et des orifices. Ces derniers font référence aux stades oral, anal, phallique théorisés par Freud qui correspondent au développement psychoaffectif de l'enfant, à sa construction en tant que sujet. (Morin, 2013). Nasio, repris par Pireyre, nous dit par rapport à cette idée : « Qu'est-ce que le moi ? Si nous recensons les acceptions de ce terme disséminées dans l'œuvre freudienne, nous distinguons trois grandes catégories du moi. [...] le moi (qui) désigne le soi d'un sujet [...], le moi (qui) désigne la surface perceptive de l'appareil psychique [...] et enfin, du point de vue qui nous intéresse, celui de l'image, le moi désigne l'image mentale de toutes nos sensations corporelles vives et prégnantes, principalement de celles émanant de la surface du corps: muscles, peau et muqueuses orificielles.» (Pireyre, 2015). Nous pourrions donc dire qu'investir les zones érogénisées, avec des stimuli satisfaisants, participe à nourrir l'image de soi.

L'image sociale, pour reprendre la définition de Schilder, correspondrait à la représentation de soi construite selon ses expériences avec l'autre. Selon si les relations à l'autre sont plus ou moins enrichissantes, valorisantes, alors on développe une image sociale plus ou moins nuancée. Cette image, c'est celle que l'on renvoie ensuite inconsciemment à notre interlocuteur, qui fait de nous, ou non, un objet de désir.

Schilder ajoute également que « l'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même » (Morin & Thibierge, 2004). Il apparaît ici que l'image du corps est une notion singulière, subjective.

Lacan développe cette théorie de l'image du corps, particulièrement avec le « stade du miroir » initié par les observations de Wallon qui décrit le passage d'un corps morcelé chez le petit enfant, à l'identification à une image unie. Cette étape du miroir est très importante pour l'identification du sujet et la construction de son identité. Le petit enfant, qui jusque là se percevait au travers d'une bouche qui mange, d'une main qui attrape, d'un pied qui pousse, s'observe dans le miroir et s'identifie à l'image reflétée. Il s'agit de l'image d'un corps entier, formant une unité. Cette étape d'identification est confirmée par l'autre, par l'adulte qui pose des mots, permettant une identification symbolique à l'image du miroir : l'image spéculaire (Morin, 2013). Alors l'enfant reconnaît ce corps comme sien, comme une unité et va pouvoir l'investir d'affects et de représentations.

A la lecture de ces définitions, l'image du corps apparaît comme une représentation que l'on se fait de soi-même à partir de plusieurs facteurs : ses expériences corporelles, son investissement affectif du corps et ses expériences sociales. L'image du corps est donc propre à chacun, liée à son histoire, s'élaborant sur la base d'expériences émotionnelles. Il ne s'agit pas de l'observation de sa physiologie mais bien du regard subjectif que l'on porte sur soi.

Finalement, pour distinguer schéma corporel et image du corps, on pourrait dire que le schéma corporel répond à la question du « Où ? ». Il s'agit d'un système référentiel nous permettant de situer les différentes parties de notre corps et les cibles à atteindre avec le corps. Le schéma corporel répond également à la question du « Comment ? » : à travers le référentiel égocentrique (centré sur lui-même), l'individu est capable d'organiser les différentes parties de son corps afin de réaliser un mouvement. L'image du corps répond à la question du « Quoi ? » : au travers de nos pensées, de l'investissement affectif de notre corps, de notre attitude envers ce dernier, on exprime la perception que l'on a de notre propre corps (quel corps suis-je, quelle forme prend mon corps ?) (Albaret J.-M. , 2012)

C. Tonus

Le schéma corporel et l'image du corps se construisent donc sur la base d'expériences sensorimotrices, affectives qui sont intimement liées au tonus. En effet, l'état de tonicité du corps est influencé par notre état affectif. Il nous renseigne ainsi sur ce dernier : en situation de stress, le corps se durcit, tout comme en situation d'excitation. Lors de moments de tristesse, le corps au contraire se ramollit, comme cela peut être le cas dans des situations de satisfaction, de détente. Le tonus est donc un moyen de ressentir ou d'exprimer corporellement l'état psychique dans lequel on se trouve.

Selon Vulpian, le tonus se définit comme un « état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012).

D'un point de vue anatomique et physiologique, la tonicité est relative aux muscles et dépend des stimulations qui lui sont apportées. Les fuseaux neuromusculaires (ensemble de cellules sensibles intriquées dans les fibres musculaires) captent l'état d'étirement du muscle

et peuvent l'inhiber en cas de trop grande extension grâce aux motoneurones. Les motoneurones sont des neurones stimulant les fibres musculaires. Ils sont de deux types : les motoneurones alpha stimulent la contraction du muscle et les motoneurones gamma inhibent la stimulation de contraction du muscle, conduisant donc au relâchement de ce dernier.

Les fuseaux neuromusculaires, intervenant dans la régulation du tonus, sont également des capteurs sensitifs permettant la proprioception, à savoir la perception que l'on a de la position des différentes parties de son corps dans l'espace.

Le tonus étant en lien avec la proprioception, il participe à la perception de soi, à la conscience de son corps et de ses vécus, à la sensation interne du corps propre.

Le tonus revêt plusieurs fonctions : tonus de posture, tonus d'action, fonction de communication et de relation... Mais la fonction la plus en lien avec ma problématique est la fonction de contenance.

Les fascias (enveloppe tissulaire qui recouvre les structures anatomiques internes du corps) et les articulations sont les éléments permettant le lien entre les différentes parties du corps. Or, ces deux structures sont modulées par le tonus de fond (présent à tout instant de la vie, même au repos) qui régule la densité tissulaire des fascias et la coaptation (degré de « serrage ») des articulations. Le tonus permet ainsi la contenance de son propre corps, constituant une enveloppe tonique en plus de l'enveloppe de la peau. Il favorise ainsi le sentiment d'unité corporelle. (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012)

D. Enveloppe et sentiment d'unité

Le sentiment d'unité psychocorporelle est possible si l'individu possède une enveloppe psychocorporelle efficiente. Cette enveloppe, qui contient et s'apparente à l'image d'un sac se construit en interaction avec l'environnement, dès in utéro. La première enveloppe de l'individu est l'enveloppe utérine : c'est un contenant physique qui maintient ensemble les fragments de conscience du début de la vie.

A la naissance, cette enveloppe et donc le sentiment d'unité explose lors du passage à un nouvel environnement, violent pour le nourrisson qui vient de naître et qui se retrouve exposé à une multitude de stimulations qu'il n'est pas capable de gérer. C'est l'enveloppe maternante

(de la mère mais surtout de celui qui apporte les soins au bébé) qui participe alors à réunifier le petit être au travers des réponses suffisamment adaptées qui lui sont apportées.

Par la suite, l'investissement par le bébé de ses parties du corps contribue à construire une enveloppe narcissique qui accompagne la distinction entre le soi et le non-soi.

Enfin, l'enveloppe transitionnelle entre la peau de la maman et du bébé soutient la séparation et l'union entre elles. Elle apporte à l'enfant un sentiment de confiance dans sa propre existence, soutenue encore une fois par les réponses adaptées apportés par le parent (Anzieu-Pemmereur, 2001)

L'ensemble de ces enveloppes concourent à ce qu'Anzieu a nommé le *Moi-peau*. Le *Moi-peau* présente une première fonction importante dans l'unification du corps : la fonction contenante. En effet la peau forme une enveloppe autour de tous les organes, autour de l'intérieur du corps. Elle délimite le dedans du dehors, permet au-dedans de ne pas s'épancher en dehors et empêche le dehors de rentrer dedans. Elle définit les limites continues du corps. De la même manière que la peau enveloppe l'ensemble du corps, le *Moi-peau* tend à envelopper l'appareil psychique. L'individu est alors libre d'éprouver diverses sensations et émotions qu'il peut élaborer en toute sûreté, sans se sentir anéanti par les stimulations extérieures. Cette fonction de contenance et de maintenance psychique est apportée principalement par le *handling* maternel (manière de prendre soin, de s'occuper du bébé, définie par Winnicott).

La peau renferme divers capteurs sensoriels qui permettent entre autre la formation du schéma corporel comme expliqué plus haut. Le *Moi-peau* assure la mise en lien psychique des diverses sensations perçues : c'est la fonction d'intersensorialité du *Moi-peau*. Elle permet l'assemblage de ce que perçoit l'individu : la peau est une toile de fond sur laquelle se tisse les interconnexions sensorielles. (Anzieu, 1985)

L'ensemble de ces éléments participent, lors de leur bon fonctionnement, au sentiment d'unité psychocorporelle. Si l'un d'entre eux devient défaillant (le plus souvent en raison d'une cause extérieure comme une maladie ou un accident), alors l'individu se retrouve bousculé dans son unité, ce qui peut perturber l'ensemble de son organisation et de son investissement corporel. C'est ce que nous allons voir dans la partie 2 au travers de trois cas cliniques.

Partie 2. Cas cliniques : comment se traduit la psychomotricité chez les patients et quels en sont ses apports

Un questionnaire (**Annexe 2**) a été remis aux patients en fin de prise en charge. Ce questionnaire a pour but de recueillir leur vécu en psychomotricité et leur avis quant aux apports de la psychomotricité dans leur hospitalisation.

Dans cette partie, vous trouverez insérées entre guillemets et en italique, des citations de ce qu'ont pu dire les patients lors des séances de psychomotricité.

I. Psychomotricité et sclérose en plaque

A. Présentation de la pathologie

a. Définition et chiffres

La sclérose en plaque est une maladie qui touche plus de 110 000 personnes en France et qui se déclare dans 70% des cas entre 25 et 35 ans (il existe des formes plus précoces et plus tardives). Elle touche majoritairement les femmes : 3 femmes pour 1 homme et est la première cause de handicap non traumatique chez le jeune adulte. (Arsep, 2022)

La sclérose en plaque est une pathologie inflammatoire démyélinisante du système nerveux central qui implique des mécanismes auto-immuns et neurodégénératifs. Autrement dit, dans cette maladie, le système immunitaire s'attaque à la gaine des neurones, la myéline, reconnue comme un corps étranger. L'afflux de cellules immunitaires provoque une inflammation d'une zone spécifique au niveau du cerveau ou de la moelle qui conduit à la destruction de la myéline autour de l'axone, ou de l'axone lui-même. Cette zone lésée est appelée « plaque ».

La lésion du système nerveux provoque un ensemble de signes neurologiques, comme la faiblesse musculaire ou des troubles sensoriels, que l'on appelle « poussée ». Ces poussées sont régressantes, c'est-à-dire que lorsque l'inflammation s'arrête, le sujet récupère ses fonctions. Cette récupération est possible par la reformation de myéline autour des axones.

Dans le cas où l'axone a été détruit, les zones détruites sont remplacées par une cicatrice, la sclérose, et la récupération des fonctions se fait par plasticité cérébrale.

Dans certains cas, l'inflammation ne s'arrête pas, donc la dégénération du système nerveux non plus, ne permettant pas de récupération.

b. Symptômes

Les manifestations cliniques de la sclérose en plaque sont très hétérogènes avec une grande variabilité des profils. Globalement, on retrouve les signes initiaux suivants :

- Troubles visuels : névrite optique rétrobulbaire (douleur au mouvement oculaire, baisse de l'acuité visuelle), diplopie (vision double), nystagmus (oscillation rythmique involontaire des yeux)
- Myélite aiguë : atteinte neurologique inflammatoire causant une paraparésie aiguë (faiblesse musculaire surtout du membre inférieur) et des troubles sensitifs (engourdissement, fourmillements)
- Vertiges vrais : empêchent la personne de se relever
- Fatigabilité

D'un point de vue psychomoteur, les patients atteints de sclérose en plaque présentent des symptômes touchant les items suivants : (Fradet, 2015)

- Sensoriel

On retrouve des troubles sensoriels tels que les paresthésies, des atteintes proprioceptives et des vertiges rotatoires (trouble de l'équilibre caractérisé par une sensation d'instabilité et de mouvement rotatoire du corps ou de l'environnement).

D'un point de vue algique, les patients peuvent présenter des hypo ou hyperesthésie et des douleurs de type spastiques (causées par des spasmes d'organe), vertébrales neurogènes (signaux de douleurs véhiculés par le système nerveux, sans lésions apparentes), des

névralgies (douleurs sur le trajet d'un nerf), des névrites optiques et des allodynies (douleurs à des stimuli considérés comme non douloureux).

On retrouve également le signe de l'Hermitte : une sensation de décharge dans la colonne en cas d'antéflexion brusque de la nuque

- Tonus

La spasticité (contractions musculaires involontaires), les parésies (faiblesse musculaire) voire paralysies des membres inférieurs entraînent des troubles de la marche. On retrouve également des spasmes toniques qui sont souvent douloureux.

Les troubles toniques provoquent aussi des troubles sphinctériens et sexuels. Ces troubles en particulier renvoient à la perte d'autonomie et de plaisir et viennent altérer fortement l'image du corps.

- Motricité

Du point de vue moteur, on retrouve principalement chez les personnes atteintes de sclérose en plaque une dysmétrie (trouble de la coordination du mouvement dans l'espace), une dysarthrie (difficulté à articuler), une dysphagie (trouble de la déglutition), une démarche ataxique (perte de la coordination bras/jambe dans la marche) et des adiadicocynésies (difficulté à réaliser des mouvements alternatifs rapides). A cela peuvent s'ajouter des tremblements.

Les activités motrices comme la marche présentent un coût énergétique élevé ; la fatigabilité est non négligeable.

- Schéma corporel

Les symptômes cités plus hauts, surtout les troubles sensoriels, peuvent perturber les informations kinesthésiques, intéroceptives, extéroceptives et proprioceptives que reçoit le corps et qui participent à la construction du schéma corporel. Ce dernier est alors confronté à des modifications répétées pouvant conduire à des remaniements du schéma corporel.

D'après Fradet, la perception de soi est alors altérée et l'intégrité corporelle est mise en danger : le risque de désinvestissement corporel est important.

- Image du corps

Face aux poussées de la maladie qui sont imprévisibles, l'individu perd confiance en son propre corps, jugé moins fiable. L'investissement corporel d'un point de vue affectif peut alors être perturbé par un sentiment d'étrangeté.

« C'est l'identité du sujet qui est bouleversée, menacée, soumise au sentiment de vulnérabilité du corps » (Fradet, 2015). À cela s'ajoute une image du corps altérée et mouvante en lien avec les poussées et rémissions de la maladie.

Enfin, il s'agit de réaliser un double deuil : le deuil de la bonne santé, la maladie étant une attaque à l'intégrité physique, et le deuil de la vie d'avant, le quotidien devant à présent être adapté, ce qui représente une atteinte de l'identité. Les perspectives d'évolution sont sombres : comment entretenir une bonne image de soi quand on sait qu'au fur et à mesure des années, notre corps va nous lâcher jusqu'à se retrouver dans l'incapacité ?

- Sphère émotionnelle et psychique

En conséquence de cette maladie neurodégénérative grave, l'anxiété est un symptôme récurrent chez les patients. Des troubles émotionnels tels que la dysphorie ou plus fréquemment une labilité émotionnelle avec des rires et pleurs spasmodiques peuvent s'y ajouter. La démyélinisation des lobes frontaux, des noyaux de la base et du système limbique conduisent à des états pathologiques d'euphorie.

L'alexithymie est également un symptôme de la sclérose en plaques qui empêche l'individu d'exprimer ses émotions de manière verbale.

Enfin, la dépression est une comorbidité courante et précoce, avec une prévalence au cours de la maladie estimée à 50%.

- Troubles cognitifs

Des atteintes cognitives sont possibles, on retrouve principalement des troubles de l'attention et de la concentration, des troubles de la mémoire et une altération du raisonnement et du jugement, du fait de la dégénérescence neuronale attaquant les fonctions exécutives.

En conséquence de tous ces symptômes, il est fréquent d'observer chez les personnes atteintes de sclérose en plaques un retrait social voir un isolement, d'autant plus si la personne souffre de dépression.

La sclérose en plaques est donc une maladie qui touche un large éventail de la psychomotricité.

c. Traitement

Pour limiter les conséquences de la maladie, des traitements médicamenteux existent, principalement :

- Les corticoïdes : utilisés pour diminuer la durée et l'intensité des poussées
- Des traitements de fond : à base d'immunodépresseurs, d'immunosuppresseurs, qui permettent de réduire les poussées, l'intensité et le développement des lésions, et à base d'immunomodulateurs qui ont un effet anti-inflammatoire

Enfin, une prise en charge rééducative pluridisciplinaire permet au patient de récupérer au mieux ses capacités après une poussée ou de conserver au maximum ses capacités dans le cas où les rémissions sont partielles voire inexistantes. La rééducation permet également au patient d'obtenir des clés pour préserver son indépendance, prévenir des complications de la maladie et s'adapter à son environnement en fonction de sa pathologie.

B. Cas de Mme B

a. Présentation du patient

Mme B. est une femme de 51 ans, ancienne adjointe administrative en retraite anticipée depuis 2014. Mère de deux enfants, elle vit dans une maison au rez-de-chaussée aménagé, avec son mari. Une sclérose en plaque lui a été diagnostiquée en octobre 2000 lors d'une première poussée survenue à la naissance de sa fille. 4 autres poussées ont eu lieu par la suite : une deuxième à la naissance de son fils, une troisième au décès de sa maman, une quatrième lors d'un déménagement et une dernière en octobre 2021, à l'arrêt volontaire de son traitement. L'interruption du traitement a eu lieu car madame prenait beaucoup de poids, elle ne se reconnaissait plus, se renfermait sur elle-même, elle qui se décrit comme « *joyeuse* », « *vivante* », « *battante* ».

Mme B. est admise en centre de soins de suite et de réadaptation pour une prise en charge rééducative à la suite d'une aggravation du déficit de son membre inférieur droit et d'une hospitalisation de 8 jours en CHU. Elle est en hospitalisation complète en SSR depuis le 19/10/2021.

Nous la recevons en psychomotricité un peu moins d'un mois après son arrivée, faute de disponibilité.

Lors de l'entretien avec la psychomotricienne, Mme B. est en fauteuil roulant et explique qu'avant sa dernière poussée elle pouvait se déplacer avec une canne dans son domicile. Aujourd'hui ses deux jambes sont déficitaires mais elle peut se mettre debout, marcher quelques mètres avec un déambulateur et est à présent autonome dans ses transferts grâce à la kinésithérapie.

Depuis qu'elle est arrivée au SSR, elle a retrouvé son côté battant et vivant, son ventre qui la dérangeait est également « *moins gros* ». En effet, elle a débuté les séances de kinésithérapie et d'ergothérapie qui favorisent sa remise en mouvement.

Au niveau de l'appétit, Mme B. exprime avoir retrouvé le plaisir de manger et de cuisiner. Elle dort bien mais prend depuis longtemps des anxiolytiques pour l'aider à s'endormir

Au niveau algique, Mme B. se plaint de crampes régulières aux membres inférieurs. Elle parle également de « *fourmillements* » et a une hypoesthésie au niveau de la voute plantaire. On peut émettre l'hypothèse que ces éléments participent au désinvestissement des membres inférieurs et fragilisent les appuis nécessaires à la marche.

Lorsque nous évoquons son vécu au niveau corporel, Mme B. nous dit qu'elle se sent « *coupée en deux* » au niveau du bassin et que ses jambes sont plus accessoires et invalidantes qu'utiles. Son schéma corporel est fortement perturbé, avec un corps vécu clivant la partie « saine » de la partie « malade ». Son image corporelle est également altérée puisque Mme B. se retrouve dépossédée de son intégrité physique et d'une fonction inhérente à l'homme : la marche. Finalement, c'est toute l'unité corporelle de Mme B. qui se retrouve désorganisée.

b. Projet thérapeutique

L'objectif thérapeutique du suivi est de permettre à la patiente de retrouver une unité corporelle, c'est-à-dire pouvoir recréer du lien entre le haut et le bas du corps et ne plus se penser que dans la douleur.

Pour cela, les séances sont axées sur la conscience corporelle et l'apport de stimulations sensorielles au travers de diverses méthodes de relaxation.

Le projet thérapeutique est exposé et expliqué à la patiente à la fin de l'entretien de manière à recueillir son accord sur le déroulement des prochaines séances.

Il est conclu que les séances auront lieu 2 fois par semaine, à raison d'1 heure environ.

c. Déroulé des séances

N'étant présente que le mercredi sur le lieu de stage, je n'assiste qu'à 1 séance sur les 2.

Je pense que la prise en charge de Mme B. peut être divisée en deux parties. Les premières séances ont eu pour médiations les balles sensorielles, le toucher thérapeutique avec des pressions, la méthode Wintrebert et la méthode de relaxation coréenne. Au cours de ces premières séances, Mme B. a su s'ouvrir progressivement à la détente, même si elle reste

compliquée à atteindre, notamment pour les membres inférieurs. Néanmoins, à l'issue de la relaxation coréenne, Mme B. exprime qu'elle parvient désormais à prendre conscience de ses zones de tensions. Elle est capable d'identifier des zones douloureuses précises sur son corps et ne parle plus de douleur diffuse, globale comme ce pouvait être le cas.

Je dirais que la deuxième partie de la prise en charge de Mme B. débute lorsque nous lui avons proposé l'automassage. Installée dans son fauteuil, les pieds posés sur un siège devant elle, elle a beaucoup ouvert les yeux pour vérifier les mouvements à faire, qui lui étaient décrits à l'oral. A la fin de la séance, elle explique qu'elle tenait à bien voir comment faire les mouvements pour pouvoir les refaire une fois seule. En effet, madame a l'habitude de se masser les pieds, mais masser le corps en entier et insister sur la prise de conscience de soi permet un relâchement significatif : *« c'est top parce que c'est moi qui choisi comment j'appui en fonction de ce dont j'ai besoin »*. Proposer l'automassage est un moyen pour le patient de revaloriser ses capacités, surtout dans une maladie dégénérative, en lui permettant de prendre soin lui-même de son corps : *« vous n'imaginez pas ce que ça fait du bien de pouvoir se détendre seul »*. Au-delà de la détente de Mme B., le travail d'automassage a mis en avant un progrès dans l'enjeu thérapeutique des séances ; celui de l'unité corporelle. A l'issue de l'heure, Mme B. nous dit, avec un mélange de stupéfaction et de plaisir *« c'est magique, je commence à sentir un être tout entier »* avant de faire le lien avec son état corporel d'il y a plusieurs semaines *« avant j'étais coupée en deux et là c'est en train de s'unifier »*.

Sans surprise, Mme. B. demande lors de la séance suivante à refaire des automassages, qu'elle a réalisé cette fois ci en gardant les yeux fermés tout du long, en suivant son propre rythme. Elle exprime que de connaître « l'exercice » permet de mieux se concentrer sur son vécu *« c'est génial de pouvoir re-sentir/ressentir son corps »*. Elle nous décrit une sensation de légèreté agréable dans ses jambes qui sont d'ordinaire *« pesantes »*, mettant en parallèle (consciemment ou non ?) le poids réel des jambes déficitaires et le poids de la pathologie qui peut s'alléger grâce à une prise en charge visant au mieux-être.

Par la suite, nous avons choisi de décaler l'horaire de ses séances : ayants lieu le matin, madame se sentait trop hypotonique pour les activités du reste de la journée. Passées en fin d'après-midi, Mme B. exprime que sa conscience corporelle est meilleure car elle active de manière volontaire ses jambes et l'ensemble de son corps plus tôt dans la journée : les crampes musculaires et tensions accumulées lui permettent de mieux ressentir son corps et les bénéfices de la relaxation.

Pour la dernière séance, quelques jours avant sa sortie d'hospitalisation, je propose à Mme B. de faire un bilan de ce que la psychomotricité lui a apporté, avec le support de son choix. Elle choisit de faire un dessin au crayon à papier et aux crayons de couleur.

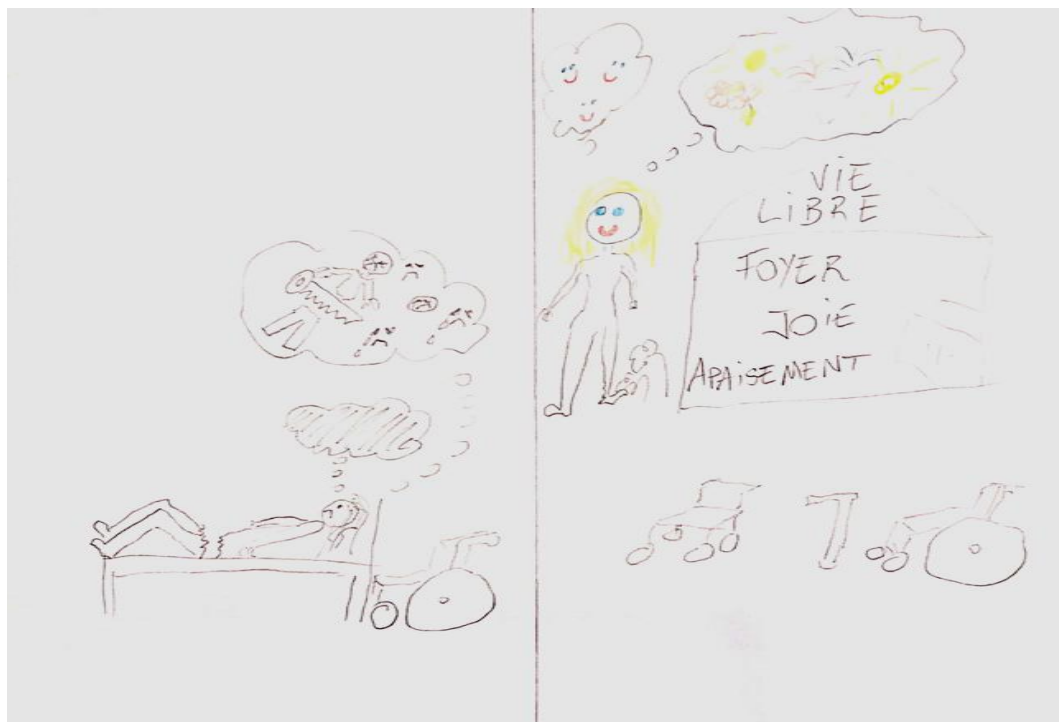


Figure 1. Dessin bilan de Mme B. réalisé en fin de suivi

« J'ai dessiné un avant/après de mon séjour ici. Avant, c'est toutes mes pensées négatives, moi qui broie du noir, mon corps coupé en deux. Il n'y a pas de couleurs, c'est noir. Après c'est moi avec tous les mots qui représentent mon état actuellement, dans mon jardin avec l'herbe sous les pieds. C'est coloré.

Dans la partie avant il y a mon fauteuil, qui était toujours à proximité, toujours derrière moi, je le voyais comme mon ennemi. Aujourd'hui, il y a toujours mon fauteuil pas loin, mais il est là pour m'aider, pour m'accompagner dans une vie libre. Aujourd'hui, je me tiens debout. »

Peu avant la fin de la prise en charge, je remets à Mme B. mon questionnaire patient (**Annexe 2**), qu'elle choisit de remplir seule dans sa chambre, afin de prendre le temps de répondre de manière complète aux questions.

C. Apports de la prise en charge

a. Apports de l'hospitalisation globale

Mme B. a su tirer de son hospitalisation des bénéfices sur tous les plans : « les bénéfices de mon hospitalisation sont énormes tant physiquement que psychologiquement ». La kinésithérapie lui a permis de retrouver de la masse musculaire, de l'équilibre, favorisant un rapide retour à la marche. L'ergothérapie s'est plutôt intéressée aux membres supérieurs et aux adaptations de la vie quotidienne qui sont pour Mme B. très importantes pour améliorer son retour à domicile. Finalement, elle nous livre ces mots : « *Toutes ces activités [kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie] d'aide au rétablissement des handicaps sont primordiales pour le corps et pour l'esprit. Comme on le dit souvent « si le moral va bien tout le reste suit », je n'y croyais pas, j'en suis désormais convaincue. Se donner les moyens d'aller mieux avec l'aide de professionnels est essentiel, primordial au bon fonctionnement de notre être tout entier.* »

b. Apports de la psychomotricité

Au fil des séances, Mme B. est capable de prendre conscience de son corps dans sa globalité : pas de focus uniquement sur les jambes ou que sur le haut du corps. Elle cerne ses besoins quant aux séances et s'y implique vraiment : elle perçoit l'importance de ce travail global et cherche à reproduire les sensations vécues. L'apport des différentes stimulations sensorielles avec les méthodes de relaxation et son travail de conscience corporelle lui permettent aujourd'hui d'effacer de plus en plus la séparation existant entre le haut et le bas de son corps « [la psychomotricité] *m'a personnellement apporté le bien être que je ne connaissais pas, en prenant conscience peu à peu de mon corps en entier et non plus*

morcelé ». Le travail implicite fait sur la douleur, via l'apport de sensations plaisantes sur le corps, participe également au réinvestissement des membres inférieurs.

Le projet thérapeutique de Mme B. était de favoriser une unité corporelle. A l'issue de sa prise en charge, elle écrit dans le questionnaire : « *Sentir à nouveau son corps en entier et non plus coupé en deux comme je l'éprouvais en arrivant est tout simplement inimaginable. La psychomotricité aide, accompagne à reprendre confiance en soi, à renaitre, à revivre en entier après avoir vécu un tel étouffement physique* ».

Finalement, le travail réalisé avec Mme B a permis de restructurer son schéma corporel tout en revalorisant son image du corps. Son dessin le montre très bien : à présent elle investit un corps unifié, apaisé et se tient sur ses deux jambes qui la portent.

Mme B. est consciente que si son hospitalisation est une telle réussite, c'est parce que c'est arrivée à un moment de sa vie où elle était prête à accepter l'aide des autres. Lors de la dernière séance, elle verbalise se sentir « *confortable* » dans son corps et a pour projet d'« *avoir une vie presque normale* ».

II. Psychomotricité et amputation

A. Présentation de la pathologie

Dans ce cas-ci, l'amputation est liée au diabète. D'après le site de l'assurance maladie Ameli (2021), le diabète est « une maladie chronique caractérisée par la présence d'un excès de sucre dans le sang ». Il en existe deux types. Le type 1 est dit insulinodépendant : c'est une maladie auto-immune qui détruit les cellules sécrétant l'insuline nécessaire à l'absorption de sucre. Le type 2 est dit insulinorésistant : l'insuline régule avec peu d'efficacité le taux de sucre dans le sang.

Selon le site de la Fédération Française des diabétiques (s.d.), le diabète est une maladie qui a pour complication des neuropathies perturbant la sensibilité à la douleur (hypersensibilité ou hyposensibilité). Elle est également responsable de la mauvaise cicatrisation des plaies ce qui favorise les infections. Ces deux éléments couplés contribuent aux complications podologiques, très fréquentes dans la population diabétique : des plaies au

Le pied initialement sans gravité peuvent, si elles sont traitées tardivement, évoluer jusqu'à une gangrène qui nécessite alors une amputation.

Plus de 3 millions de personnes sont traitées pour du diabète en France et près de 8 000 d'entre eux seraient amputés chaque année d'après l'Institut national de veille sanitaire (étude publiée en novembre 2015)

Le service où je suis en stage n'accueillant que des amputés du membre inférieur, c'est ce type d'amputation que je vais principalement décrire.

a. Définition

L'amputation se définit comme « l'ablation d'un membre ou d'un segment de membre » (le Larousse, s.d.). Cette opération chirurgicale est souvent la dernière solution à des complications de type infectieuse, des douleurs ou pour éviter le décès de la personne. (Consortium National de Formation en Santé, 2022)

Les amputations se différencient par leur emplacement sur le corps ; sur le membre supérieur ou inférieur, en mineur (position distale par rapport à la racine du membre) ou majeur (position proximale par rapport à la racine du membre). On trouve la classification suivante :

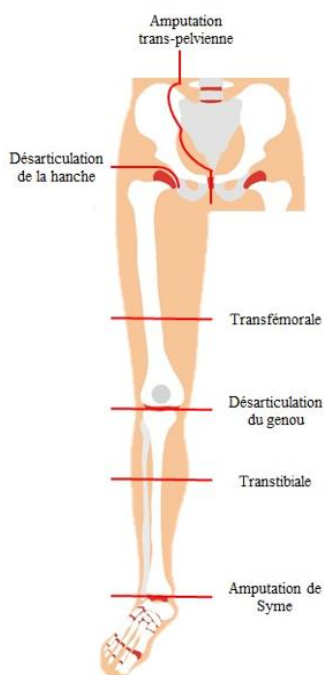


Figure 2. Schéma des différents niveaux d'amputation du membre inférieur

(source : <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>)

Les causes d'amputation sont multiples. Elles peuvent être d'origine traumatique (accident entraînant la lésion du membre), pathologique (des suites du diabète, cancer ou de maladies vasculaires) et congénitale. Dans ce dernier cas, l'amputation ne résulte pas d'une opération d'ablation mais fait référence à l'absence d'un membre (ou plus rarement d'un organe) à la naissance. Ce cas ne sera donc pas plus détaillé.

Les données épidémiologiques et les études autour de l'amputation sont assez pauvres. Par conséquent il est difficile d'obtenir des chiffres fiables et récents en France. Néanmoins, on trouve majoritairement des amputations du membre inférieur notamment car les causes sont plutôt d'origine vasculaire ou consécutives au diabète. (Adepa, s.d.)

b. Conséquences

L'amputation est une opération entraînant diverses séquelles chez le patient. Dans un premier lieu, c'est l'anatomie de la personne qui se trouve modifiée : le membre est sectionné et une partie de la peau et des muscles est conservée de manière à former le moignon.

En conséquence de cette ablation, on trouve des modifications physiologiques : en sectionnant le membre, on sectionne les nerfs qui l'irriguent. On observe alors fréquemment des phénomènes d'hallucinoïse (perception de la partie du corps amputée) et d'algohallucinoïse (douleurs ressenties dans le membre fantôme). Dans le premier cas, il s'agit de sensations intéroceptives, kinesthésiques et de mouvements, rarement de sensations extéroceptives. Le membre fantôme est réellement perçu. Dans le deuxième cas, il s'agit particulièrement de sensations douloureuses qui peuvent être à type de brûlure, de crampes, de décharges électriques.

Ces deux phénomènes seraient liés au remaniement cérébral qui a lieu suite à l'amputation : la plasticité cérébrale. Ce serait l'investissement neuronal des zones autrefois attribuées au membre amputé qui provoquerait ces manifestations sensorielles de membre fantôme. (Lefèvre-Balleydier, 2018)

D'un point de vue psychomoteur, l'amputation altère les items suivants :

- Sensibilité

Comme cités plus haut, des phénomènes comme l'hallucinoïse et l'algoïhallucinoïse se manifestent fréquemment après une amputation. Ces troubles de la sensorialité participent à l'altération du schéma corporel, si ce n'est à l'intégration du schéma corporel post-amputation. En effet, ce dernier se construisant sur les informations sensorielles perçues, comment intégrer la perte d'un membre quand on a la sensation que ce dernier est présent ?

- Schéma corporel

Suite à l'amputation, le schéma corporel est désorganisé puisque les limites corporelles, la forme et le volume du corps sont modifiés. Le schéma corporel du patient se modifie donc une première fois à l'amputation puis une seconde, lors de la pose de la prothèse. C'est un vrai travail de réappropriation du corps qui s'impose avec la capacité à intégrer la prothèse au schéma corporel. Le patient se retrouve à devoir adapter son schéma corporel, d'une part avec la prothèse, d'autre part sans.

- Image du corps

L'image du corps du patient est bousculée par plusieurs facteurs. Dans un premier temps, l'amputé se retrouve dépourvu de son autonomie, avec un membre amputé qui pourtant se fait sentir (via les douleurs fantômes) : « L'image du corps ne correspond pas au ressenti du corps, et le corps vécu comme entier (en raison des signaux envoyés par la sensation fantôme) vient télescoper de façon contradictoire le corps perçu : un corps amoindri, mutilé, morcelé » (Gourinat & Erhler, 2015)

Tant que la rééducation n'est pas mise en place, le patient est dépendant des autres au quotidien. La confiance en ses capacités et en soi est diminuée, le corps devient impotent. Certains patients ne projettent pas d'amélioration et de reprise d'autonomie en allant jusqu'à

envisager le décès plutôt que de souffrir de cette situation de dépendance. (Gourinat & Erhler, 2015)

De plus, l'esthétique du moignon (cicatrices) et la modification brutale du corps peuvent briser le sentiment d'identité de l'individu avec un vécu de « corps mutilé ». Il s'agit de faire le deuil de son corps passé, de son membre, et d'accepter sa nouvelle condition, ce qui passe par le remaniement de sa représentation corporelle.

Enfin, l'individu doit composer avec les stigmates de l'amputation dans la société : regard de l'autre, étiquette du handicap, position « d'invalidé »... (Gourinat & Erhler, 2015)

- Motricité

Sans surprise, dans le cas de l'amputation d'un membre inférieur surtout, c'est toute la motricité de l'individu qui se trouve affectée. La marche est impossible sans appareillage (prothèse ou béquille), la suppression d'un appui altère l'équilibre et la perte d'un membre perturbe voire rend impossible les coordinations des membres inférieurs. L'organisation corporelle motrice se trouve affectée, l'individu doit revoir sa façon de bouger. Cela peut impacter également la latéralité du sujet en fonction du membre amputé et du membre préférentiel.

- Sphère émotionnelle et psychologique

L'amputation peut constituer un véritable traumatisme, d'autant plus si elle est réalisée dans l'urgence et que le patient n'a pas le temps de s'y préparer. Un travail de deuil s'engage et il n'est pas rare que les patients amputés souffrent de dépression. A cela s'ajoute généralement du stress et de l'anxiété quant à son devenir et à l'adaptation de son quotidien.

Il existe également un lien entre douleur et souffrance psychologique : quand la douleur est trop présente, qu'elle efface le reste, alors le patient n'est plus en mesure d'envisager son rétablissement et une évolution positive de son état. On assiste dans ce cas au découragement du patient qui reste en position d'échec (Gourinat & Erhler, 2015). Or un patient investi est un patient qui se rétablit plus vite.

c. Appareillage et rééducation

Une prise en charge pluridisciplinaire est indispensable, d'un point de vue psychologique d'une part et d'un point de vue corporel d'autre part. Un travail d'acceptation de la condition d'amputé favorise l'investissement du patient dans sa rééducation fonctionnelle avec les kinésithérapeutes et dans sa réadaptation à l'environnement avec les ergothérapeutes. Le psychomotricien axe ses séances sur les items cités ci-avant, selon la problématique du patient, en gardant en tête l'idée de la réappropriation d'un corps unifié, malgré l'amputation.

L'orthoprothésiste fournit au patient une prothèse adaptée qui lui permet de gagner en autonomie, de retrouver des fonctions corporelles et qui peut participer à la revalorisation de l'image du corps. L'appareillage prothétique est la clé, pour nombre d'amputé, vers la reprise d'indépendance et la reconstruction identitaire (Gourinat & Erhler, 2015)

On trouve diverses prothèses selon le type d'amputation (**Annexe 3**) : (btc-orthopedie.com)

- Prothèse pour désarticulation de hanche : composée d'une coque au niveau du bassin, d'une ceinture passant sur la hanche contro-latérale, d'une articulation sous la hanche et au genou, et d'un pied.
- Prothèse fémorale : constituée d'une emboiture, d'un genou et d'un pied
- Prothèse tibiale : constituée d'une emboiture et d'un pied
- Prothèse de pied : appareillage spécifique selon le type d'ablation du pied.

Le moignon est entouré d'un manchon qui protège des frottements contre la prothèse et qui permet de le fixer à cette dernière grâce à un système d'emboitement.

B. Cas de Mme O.

a. Présentation de Mme O.

Madame O. âgée de 82 ans, est une femme retraitée, mariée avec 2 enfants, vivant dans un pavillon à plusieurs niveaux avec des marches pour y accéder. Elle souffre de diabète de type 2 depuis plusieurs années.

Mme O. est hospitalisée pour la rééducation et la réadaptation d'une amputation transtibiale gauche. Cette amputation fait suite à un abcès de la jambe gauche avec complication qui a nécessité une revascularisation. Il y a néanmoins eu une extension de l'infection qui a conduit à l'amputation transtibiale en accord avec madame et sa famille.

Avant son transfert dans notre service, Mme. O. a été en service d'hospitalisation aigüe pendant 3 mois pour son infection à la jambe.

Depuis son hospitalisation, madame O. est très déprimée et anxieuse, notamment par rapport à la durée de son séjour. Le diagnostic d'un syndrome dépressif réactionnel à l'amputation est posé. Les prescriptions sont de la kinésithérapie, de l'ergothérapie, de la psychomotricité, de l'Activité Physique Adaptée et le programme d'éducation thérapeutique pour amputés.

La patiente nous est adressée pour un travail sur le stress et la gestion des émotions.

Nous recevons madame O. en salle de psychomotricité pour une première rencontre et un entretien d'anamnèse. Madame O. arrive en fauteuil roulant manuel, accompagnée par sa kinésithérapeute. Elle porte ses cheveux mi-longs et non coiffés, a le regard éteint derrière ses lunettes et une posture recroquevillée sur son fauteuil. Tout l'entretien sera ponctué de bouffées d'émotions et de larmes, surtout à l'évocation de l'amputation et de sa famille.

Madame O. nous explique qu'elle n'a aucun souvenir du jour de l'amputation, qu'elle ne se souvient pas d'avoir accepté cette opération et que surtout, selon elle, personne n'a pris le temps de lui expliquer pourquoi cet événement est arrivé.

Elle nous dit qu'elle vit très mal sa condition immobile et dépendante, elle qui était tout à fait autonome. Madame O. se sent mal dans son corps au point qu'elle se réveille régulièrement la nuit pour tâter son moignon. Ce dernier lui est douloureux, d'un point de vue algique pur mais également d'un point de vue psychologique : la perte est d'autant plus difficile à accepter car elle ne lui a pas été expliquée. Madame O. nous dit ne pas pouvoir regarder ou toucher à même la peau son moignon pour le moment.

Elle trouve du soutien auprès de sa famille, très importante à ses yeux et pour qui elle semble développer une forme de culpabilité : « *je dois faire bonne figure pour eux* », « *je leur ai déjà fait trop de peine* ».

Madame O. nous confie ses peurs pour la suite : ne pas pouvoir retourner faire du shopping avec ses amis, ne plus pouvoir sortir avec eux, ne pas pouvoir monter les marches pour monter dans sa maison. Ses objectifs en sortant de l'hospitalisation sont d'aller mieux, de pouvoir remarcher et surtout de rentrer chez elle auprès de son mari.

De tout l'entretien, madame O. n'a pas posé le regard sur son moignon ni posé de mot dessus. Elle parle de la perte de sa jambe mais pas de la présence de son moignon. A l'issue de cette première rencontre, il semble que madame O. présente un stress important ainsi qu'une difficulté à gérer les émotions qui l'envahissent.

Toutefois, toute une dimension plus corporelle se joue également : le moignon est évité, voire ne semble pas intégré au schéma corporel de madame O. De plus, madame O. nous présente une image de son corps très dévalorisée, dans l'incapacité avec un vécu de corps « diminué ». Le corps est « subi » et non plus « vécu ».

Un suivi en psychomotricité semble donc tout indiqué.

b. Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique de la patiente est de lui permettre de réinvestir un corps unifié, c'est-à-dire intégrer pleinement le moignon à ses représentations cognitives, affectives et à sa motricité. En parallèle, il s'agit de revaloriser l'image du corps de madame O. et de la réassurer.

Pour cela, les séances sont axées sur un travail sensoriel, moteur, avec des éléments de relaxation et des médiations comme le miroir.

Le projet thérapeutique est expliqué à la patiente et son consentement recueilli. Il est convenu avec elle que les séances auront lieu 2 à 3 fois par semaine, à raison de 40 minutes environ.

c. Déroulé des séances

Les premières séances avec Madame O. ont principalement consisté en temps de parole. Madame nous évoquait ce besoin de parler, d'exprimer ses doutes et ses angoisses. La première étape a été de remettre de l'ordre dans les événements qui lui sont arrivés : avec elle, nous avons repris leur chronologie et leurs explications. Ce premier travail a considérablement soulagée Mme O. qui nous a dit pouvoir « commencer le chemin de l'acceptation ».

La fois suivante, elle est arrivée avec une nouvelle coupe de cheveux, plus souriante, plus dynamique. Lors de cette séance, nous sommes intervenues pour la première fois sur son moignon, comme si l'investissement corporel par la coiffure avait permis que l'on vienne toucher directement au corps. Lors de cette séance, Mme O. a néanmoins refusé de regarder son moignon, cela étant encore trop difficile pour elle. Il a fallu plusieurs séances à passer la balle à picot d'abord sur le manchon puis sur le moignon, avant que madame n'accepte de le toucher à même la peau. Elle nous confie alors qu'elle sait qu'elle n'a plus sa jambe mais qu'elle n'arrive pas à l'accepter. Elle appréhende le moment où elle devra regarder son moignon. Son aspect possible lui fait peur, elle qui observe beaucoup les cicatrices des autres amputés du service. A ce moment là, elle ne nomme pas son moignon.

Je dirai qu'un déclic a eu lieu quand Madame O. a accepté de regarder son moignon dans le miroir. Le jour même, elle en a fait elle-même la toilette, sans le regarder mais en étant capable de nous dire qu'il s'agit d'un grand pas pour elle : « j'avance ». En séance, nous lui proposons donc un miroir pour pouvoir l'observer. Madame O. a très bien réagi à sa vue et a pris le temps de l'observer dans tous les sens. Elle nous dit être soulagée de son aspect (une fine cicatrice violacée qui va de part et d'autre de la jambe), que dorénavant elle pourra le montrer à son entourage qui le demande, ce qu'elle refusait jusque là.

Par la suite, nous avons proposé à Madame O. des séances autour de la motricité fine et de la coordination des membres inférieurs pour lesquelles elle n'a pas montré de difficulté. L'investissement moteur du moignon puis de la jambe avec la prothèse s'est accompagné de douleurs (douleurs fantômes et douleurs relative à la prothèse) qui aident madame à accepter son amputation. En effet, ces signaux nociceptifs forment un message sensoriel régulier qui participe à l'intégration du schéma corporel.

Madame O. nous dit que maintenant elle touche beaucoup son moignon et qu'elle lui parle. Finalement, l'investissement de cette partie du corps est total : visuel, tactile, moteur, affectif et même symbolique. Madame O. n'occulte plus cette partie de son corps, le moignon fait partie intégrante de son corps.

C. Apports de la prise en charge

a. Apport de l'hospitalisation globale

Madame O. bénéficie d'une prise en charge multiple, nécessaire à sa rééducation et sa réadaptation. La kinésithérapie a permis de préparer physiquement madame à la reprise de la marche et au port de la prothèse. Une fois la prothèse moulée par le prothésiste, l'entraînement à la marche avec un kinésithérapeute a pu commencer. Madame O. est dorénavant capable de se mettre debout et de se déplacer avec une aide matérielle (déambulateur). Elle réalise ses transferts seule, son équilibre s'est amélioré et ses douleurs ont diminué. L'ergothérapie s'est orientée sur l'adaptation de l'environnement et son autonomisation : fournir un fauteuil roulant dans un premier temps, travailler les transferts et l'habillage. Sont également réalisées des mises en situation du quotidien de Madame O. (cuisine, ménage, courses) afin d'évaluer son indépendance dans ces tâches et proposer des aides adaptées si nécessaire. Enfin, les séances d'APA se sont axées sur le renforcement musculaire et le réentraînement à l'effort : Madame O. a su améliorer ses capacités physiques après de longs mois d'hospitalisation, d'alitement et de fauteuil roulant qui ont participé à sa fonte musculaire.

Madame O. nous remonte également l'importance des soins apportés par les infirmiers : ces soins du quotidien réalisés par du personnel bienveillant ont contribué à son mieux-être moral, favorisant son investissement dans sa rééducation. Madame insiste sur le sentiment d'« humanité » qu'elle perçoit dans le service, qui l'a poussé à « positiver », à prendre conscience de son évolution et à s'investir dans sa prise en charge de manière à « aller mieux ». Son point de vue sur l'hospitalisation s'est modifié : à présent, elle voit cette dernière comme un lieu d'accompagnement, où l'on se trouve entouré et non plus comme un lieu froid et technique.

A l'issue de 4 mois de prise en charge, Madame O. a gagné en indépendance, elle est en mesure de se déplacer seule et est autonome dans l'usage de sa prothèse.

b. Apport de la psychomotricité

En début de prise en charge, nous avons proposé à Madame O. de se représenter au travers d'un dessin. Le matériel à disposition se composait d'une feuille de papier A4 blanche, de crayons de papier et de crayons de couleur. Madame O. s'est saisie du crayon de papier et a dessiné la figure ci-dessous : **(figure 3)**

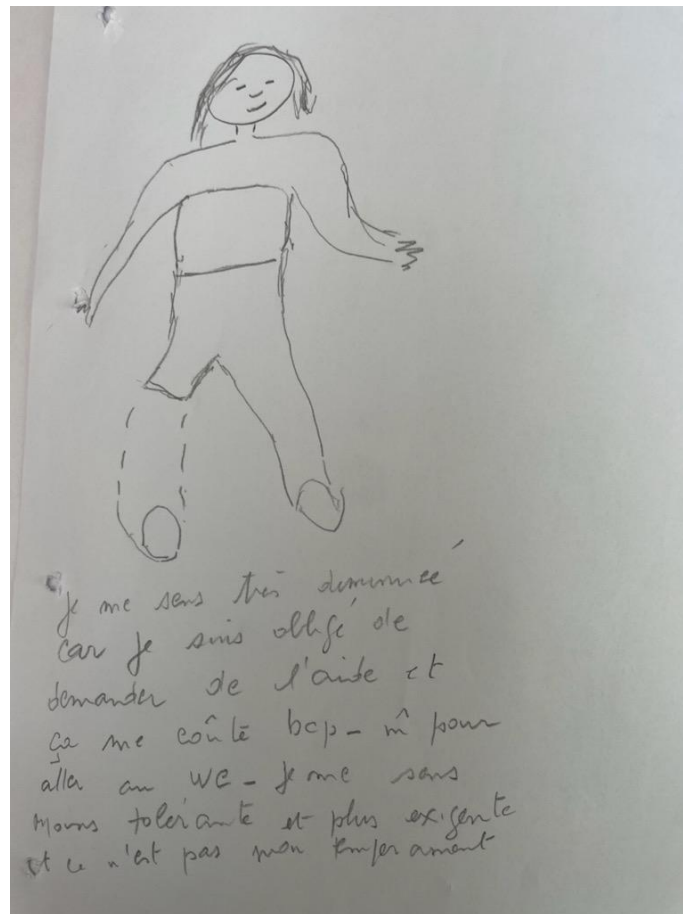


Figure 3. Première représentation d'elle-même par Madame O.

« Je me sens très diminuée car je suis obligée de demander de l'aide et ça me coûte [beaucoup, même] pour aller aux W.C. Je me sens moins tolérante et plus exigeante et ce n'est pas mon tempérament »

Sur ce dessin gris dont ressort une atmosphère assez triste, les jambes sont brouillons, larges, avec des pieds non détaillés. La jambe amputée est présente en pointillés, avec une coupe plus haute qu'en réalité (sur le dessin l'amputation correspondrait à une coupe transfémorale). Le visage a beau être souriant, ce n'est pas l'expression qu'affiche Madame O. qui se présente alors comme « diminuée », « dépendante », pas en accord avec la personne qu'elle est réellement.

Après presque 4 mois de prise en charge, nous proposons de nouveau à Madame de se représenter, avec le même matériel à disposition. Cette fois-ci, elle choisit un crayon de couleur violet et réalise la figure ci-dessous : **(figure 4)**

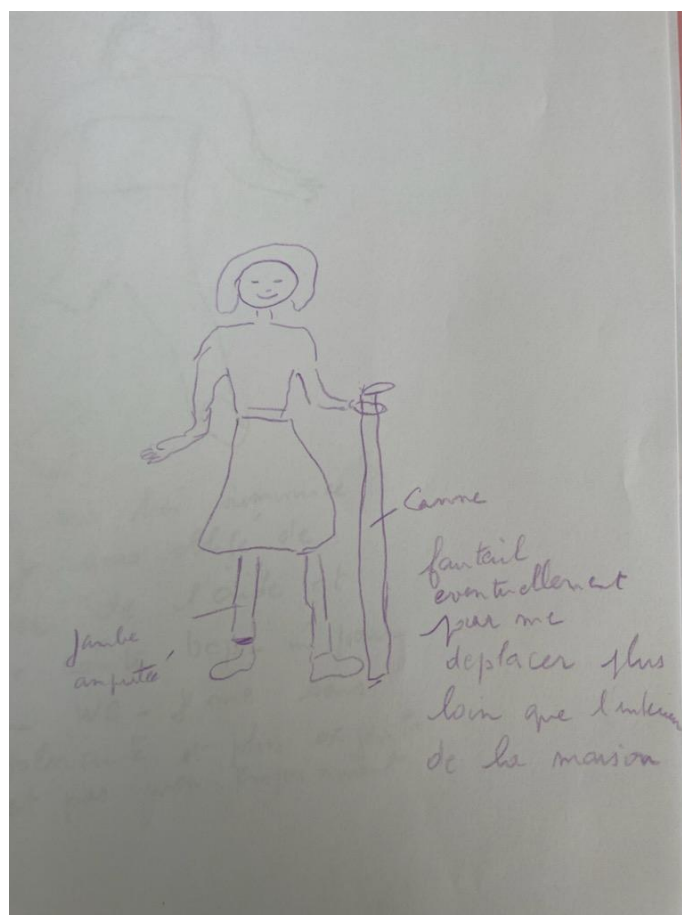


Figure 4. Deuxième représentation d'elle-même par Madame O.

« *Jambe amputée* », « *Canne* », « *Fauteuil éventuellement pour me déplacer plus loin que l'intérieur de la maison* »

Sur ce dessin coloré, Madame O. dessine sa jambe valide et sa jambe amputée portant la prothèse. La distinction n'est pas aussi visible que sur le dessin précédent. Madame O. dessine des vêtements et se surprend à réaliser une jupe : auparavant elle portait beaucoup de robes et de jupes qu'elle n'imaginait pas oser remettre par la suite par crainte d'attirer le regard sur sa prothèse. Elle nous dit aujourd'hui être plus à l'aise avec son corps et son amputation ; elle propose d'elle-même de faire voir sa prothèse et son moignon à ses proches si ils le souhaitent et elle se voit porter des jupes en sortant d'hospitalisation. « *J'ai envie de porter des robes, que ma jambe ne soit pas un handicap contraignant* », nous dit-elle.

Les formes du dessin sont plus détaillées, notamment au niveau des membres inférieurs montrant, peut être, un meilleur investissement de cette partie du corps. Elle représente avec elle les outils qui lui permettent d'être autonome : la canne, le fauteuil. Elle les perçoit moins comme des objets attirant le regard sur son handicap mais plus comme des supports en faveur de son indépendance.

Enfin, la tête est similaire au dessin précédent, avec des cheveux mieux en forme (dont elle a pris soin durant son hospitalisation, ce qu'elle a verbalisé comme lui permettant de se sentir mieux) et cette fois-ci avec un visage en adéquation avec l'expression qu'elle arbore durant sa réalisation. Elle conclut en me disant « *je ris, je souris* » à propos de son dessin.

Au travers du questionnaire patient (**Annexe 2**), Madame O. verbalise que la salle de psychomotricité est pour elle un espace où le dialogue fut ouvert, l'aidant à « *sortir ce qu'il y a à l'intérieur* ». Autrement dit, la psychomotricité a constitué une ressource pour lui permettre de prendre conscience de ce qui se passait aussi bien dans sa tête que dans son corps et de pouvoir l'exprimer (incompréhension de sa situation puis nombreuses craintes relatives à son état et son évolution). Déposer ces différents éléments lui a ensuite permis d'accepter sa condition et d'entamer un travail corporel : toucher le moignon, le regarder, « l'appivoiser ». Madame O. exprime qu'elle a accepté son moignon grâce à cet espace rien que pour elle que lui offrait la psychomotricité.

En effet, nous avons pu observer en séance que progressivement Madame O. a inclus le « moignon » dans son vocabulaire, elle qui ne parlait que de l'évènement de l'amputation. A son rythme, elle a investi cette partie de son corps, d'abord par le toucher, puis par le regard et puis en l'intégrant d'un point de vue moteur avec des éléments de coordination et de

motricité fine des membres inférieurs. On peut également souligner l'investissement affectif de cette partie du corps qui a évolué : d'abord source de conflit interne, madame prend aujourd'hui soin de son moignon qu'elle décrit comme « lisse et doux ».

III. Fibromyalgie et psychomotricité aquatique : un exemple de séance

A. Présentation de la pathologie

Dans le cadre d'un des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) du SSR locomoteur, nous recevons des patients douloureux chroniques souffrant de fibromyalgie.

a. Définition et chiffres

D'après le site de l'assurance maladie Ameli (2021), la fibromyalgie ou syndrome fibromyalgique, est une « affection chronique caractérisée par des douleurs diffuses persistantes ». En France, ce serait 1,5% à 2% de la population qui souffrirait de fibromyalgie, principalement les femmes âgées de 30 à 55 ans puisqu'elles représentent 8 à 9 cas sur 10.

Plusieurs facteurs sont en cause :

- Une perception de la douleur perturbée : les voies de contrôle de la douleur sont altérées au niveau du système nerveux central (le cerveau et la moelle épinière). Cela conduit à 2 types d'anomalies de la sensibilité à la douleur
 - L'allodynie : perception douloureuse de stimuli normalement non douloureux
 - Hyperalgésie : exacerbation des stimulations douloureuses
- Des facteurs biologiques, psychiques et sociologiques comme des facteurs prédisposants (antécédents de maladie, de dépression), des facteurs déclenchants (traumatismes physiques ou psychiques) ou des facteurs d'entretiens (stress, anxiété, déconditionnement musculaire).

b. Symptômes

La fibromyalgie peut être accompagnée de troubles psychologiques (troubles anxieux, épisodes dépressifs, troubles de la personnalité), d'un syndrome de l'intestin irritable, d'un syndrome de fatigue chronique et de jambes sans repos ou encore d'apnée du sommeil. Le symptôme le plus important reste néanmoins la douleur qui se décrit comme tel :

Douleur : « sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps » (Larousse en ligne, s.d.)

Le vécu de la douleur est très personnel et dépend de ses propres expériences. Il se construit sur l'histoire de vie de l'individu, sa personnalité, sa construction psychique et le milieu social dont il est issu (Rousseau-Salvador & Louvel, 2018)

La douleur, quand elle perdure plus de 3 mois est qualifiée de « chronique ». Dans ce cas, la douleur, petit à petit prend le dessus sur la vie de l'individu : le douloureux chronique voit sa liberté d'action restreinte, il tend à se refermer sur lui-même, son corps change en adoptant des positions antalgiques (postures atténuant ou supprimant le sentiment douloureux). Le patient se déprime. (Rousseau-Salvador & Louvel, 2018)

D'un point de vue psychomoteur, la fibromyalgie a les impacts suivants : (Rousseau-Salvador & Louvel, 2018)

- Tonus

La douleur, permanente, lancinante, vient attaquer les défenses psychiques de l'individu. En reprenant la théorie du Moi-peau, les enveloppes psychiques sont mises à mal par la répétition du vécu douloureux. Pour éviter que le contenu interne ne se déverse, le corps prend le relais via l'enveloppe musculaire afin de maintenir la cohésion des enveloppes psychocorporelles et le sentiment d'unité. Cette enveloppe musculaire est symbolisée par le recrutement tonique dont le corps fait preuve.

Ainsi, chez les patients douloureux chroniques, on observe des tendances hypertoniques avec une difficulté à se relâcher. Malheureusement, cette hypertonie tend à renforcer les douleurs présentes.

- Schéma corporel

Face à la douleur, l'individu adopte des conduites de protection, des positions antalgiques qui modifient les repères corporels et perturbent le schéma corporel. La fluidité de mouvement se perd, le corps devient maladroit, forme un bloc tendu. Cet état de tension permanente bloque certaines afférences sensibles et le corps tend vers l'insensible. Du fait de la douleur, certaines personnes vont avoir tendance à surinvestir la zone douloureuse en délaissant le reste du corps.

- Image du corps

Le surinvestissement des zones douloureuses du corps tend à produire un sentiment de déséquilibre des parties du corps, si ce n'est un sentiment de morcellement. Plus la zone est douloureuse, plus il n'y a qu'elle qui existe, l'investissement psychique n'allant que vers cette zone.

Sur la même pensée, l'investissement affectif du corps se trouve bouleversé : comment peut-on ne pas apprécier son corps quand ce dernier ne produit que de la douleur ?

- Motricité

Pour limiter les expériences douloureuses, l'individu en vient à limiter ses expériences motrices. La fluidité de la motricité est altérée, tout comme peuvent l'être les équilibres et les coordinations. La latéralité peut également être impactée selon si la zone douloureuse correspond au membre préférentiel.

- Relationnel

La douleur limite l'individu dans ses capacités d'action. L'individu n'est plus en mesure de réaliser certains gestes du quotidien, ou d'entretenir des relations sociales par le biais de sorties par exemple. Petit à petit, cela peut le conduire à un retrait social. De plus, ces personnes se sentent souvent incomprises dans leur vécu douloureux par un entourage familial ou professionnel qui ne conçoit pas les conséquences que peut avoir une douleur chronique. L'individu éprouve alors un sentiment de solitude et tend à s'isoler.

- Sphère émotionnelle et psychique

Le stress, l'anxiété, les états dépressifs sont des facteurs prédisposant à la fibromyalgie et qui sont malheureusement entretenus par les conséquences de cette dernière. La douleur est en effet une cause majeure de dépression. Ainsi, jusqu'à 80% des personnes souffrant de fibromyalgie développent des troubles anxieux ou dépressifs. (Cailloce, 2020)

c. Traitement

Le symptôme étant la douleur qui se vit de manière propre à chacun, le traitement est individualisé et adapté à la personne.

Il consiste le plus souvent en une réhabilitation physique dans un centre de rééducation afin de permettre le reconditionnement musculaire. Cette prise en charge favorise la diminution des douleurs (et des symptômes associés comme le stress et la fatigue), l'accroissement des capacités fonctionnelles (en améliorant la fluidité motrice notamment) et l'amélioration du sentiment de bien être.

Si cette prise en charge ne suffit pas, des traitements médicamenteux antalgiques peuvent être prescrits. Des traitements antidépresseurs peuvent également être donnés en complément (ils possèdent des actions antalgiques et agissent sur les troubles du sommeil).

Enfin, une aide psychologique peut être proposée, notamment pour les patients souffrant d'états d'anxiété et dépressifs. (Ameli, 2019)

B. Présentation des patients et du déroulé de l'ETP

Dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique, les patients suivis bénéficient de plusieurs prises en charge : balnéothérapie en kinésithérapie, ergothérapie, activité physique adaptée, psychomotricité et si besoin suivi psychologique. Le programme dure 8 semaines.

En psychomotricité, nous voyons les patients une fois par semaine. Les indications médicales sont autour de la gestion du stress et du schéma corporel.

Les patients sur lesquels s'appuient cette vignette sont au nombre de cinq : quatre femmes âgées entre 27 et 75 ans et un homme de 39 ans. Une dame est à la retraite et les autres sont en congé maladie pour le temps du programme.

Globalement, ils présentent tous une fluidité de mouvement altérée avec des impossibilités motrices dans les amplitudes d'articulation. Ils se décrivent comme isolés, stressés, fatigués de cette douleur permanente qui entrave leur quotidien. Tous se plaignent de douleurs dorsales qui irradient jusqu'aux épaules et dans les hanches créant chez certains des sciaticques. En les interrogeant sur leur corps, nous nous rendons compte que celui-ci a pris un aspect plutôt fonctionnel et qu'il est peu investi. Les zones les plus investies sont les zones douloureuses (par les soins, les gestes de protection...). Finalement, leur corps ne semble pensé et vécu qu'à travers la douleur.

Le projet thérapeutique de ce programme en psychomotricité est de pouvoir réinvestir un corps unifié, capable de produire des éprouvés plaisants et de ressentir du plaisir. Ce travail guidé dans un premier temps par le thérapeute vise à être produit à terme en autonomie, afin que les patients puissent le reproduire seuls une fois le programme terminé.

Le suivi en psychomotricité est pensé autour de séances de relaxation individuelles en salle de psychomotricité. Durant les premières semaines, une méthode de relaxation différente est proposée à chaque fois, afin que le patient puisse trouver celle qui lui convient le mieux. Puis, les séances se font à partir du choix du patient, en fonction de la ou des méthode(s) qu'il souhaite explorer. Au besoin, les séances peuvent être adaptées et axées plus autour de la mise en mouvement par exemple.

Bien entendu, le projet est ensuite affiné selon les problématiques de chacun et peut être amené à évoluer au cours de la prise en charge.

C. Déroulé des séances

Lors des premières semaines, nous avons reçu les patients en salle de psychomotricité pour des séances de relaxation individuelles.

En parallèle, j'ai suivi ma formation pour le diplôme de psychomotricien, dans laquelle j'avais pour option « Vivre l'eau ». Une option encadrée par Catherine Potel dans laquelle nous évoluons dans un bassin et expérimentons le corps dans l'eau. Au cours d'une séance de relaxation aquatique, les vécus corporels que j'ai éprouvés m'ont particulièrement marquée. De retour en stage, je fais part de mon expérience à ma maitre de stage et lui propose de tester avec elle avant d'essayer avec les patients du programme d'ETP (nous avons déjà évoqué en amont la mise en place de séances dans l'eau).

En questionnant les patients, il s'est avéré que tous ont un penchant pour l'eau. Ils apprécient les bains et la piscine et nous précisent qu'ils se sentent bien en milieu aquatique.

Nous avons donc pu mettre en place des séances de relaxation dans le bassin de balnéothérapie, avec deux patients simultanément (la psychomotricienne et moi-même nous occupant chacune d'un patient).

La durée du programme n'a permis aux patients de n'expérimenter que deux séances.

Ces dernières se sont déroulées de la sorte ; dans le grand bassin, les patients sont immergés jusqu'aux épaules dans une eau à environ 32° et nous les invitons à explorer ce milieu aquatique. Ils connaissant déjà le lieu pour y pratiquer de la balnéothérapie avec les kinésithérapeutes mais peut être n'ont-ils pas pris le temps de s'attarder sur les détails de la pièce, du bassin, et de leur ressenti dans l'eau. Nous attirons leur attention sur leur façon de se mouvoir, de percevoir leur poids, la limite avec la surface de l'eau et les écarts de température que cela peut provoquer. Après ce temps d'introspection, nous installons les patients en position allongée sur le dos, à l'aide de flotteurs en mousse que nous disposons sous la nuque,

sous les genoux et au niveau du dos afin de fournir un appui supplémentaire à cette zone douloureuse. Il leur est proposé de fermer les yeux.

Puis vient le temps de mobilisation : mobilisations passives, lissages, pressions, impulsions, vibrations à l'aide de l'eau... Ce moment dure environ 15 minutes, où nous prenons soin de remouiller les zones non immergées afin que le patient ne prenne pas froid. Puis, en douceur, nous retirons les flotteurs : d'abord celui des genoux, puis celui du dos qui est remplacé par une main pour soutenir le corps et enfin celui de la nuque qui est également remplacé par une main. Les mobilisations se poursuivent mais cette fois-ci plus globales avec des mouvements de berceement, des déplacements.

Enfin, nous accompagnons les patients à retrouver la station verticale et leur laissons le temps d'intégrer ce qu'ils viennent de ressentir avant de passer à un temps de verbalisation dans l'eau.

Les réactions au moment de la reprise sont assez impressionnantes. Les patients reviennent avec lenteur, dans un grand calme, presque en chuchotant et comme abasourdis de ce qu'il vient de leur arriver. Les patients nous rapportent être eux-mêmes surpris de ce moment de bien-être qu'ils viennent de traverser. Vivant quotidiennement avec la douleur, ils expriment un « *temps de pause* ». « *Les douleurs sont toujours là mais les conséquences sont apaisées* » nous rapporte une patiente. « *L'eau m'apaise énormément* » nous dit une autre. Ou encore « *Je peux me laisser aller, lâcher prise* ».

Les mots et expressions qui ressortent le plus sont le sentiment d'être porté, d'être un cocon, bercé. L'eau retire la contrainte du poids et forme une enveloppe. Pris dans cette enveloppe, les patients se sentent moins vulnérables que sur la table de massage qui sert habituellement aux séances de relaxation.

Les patients expriment aussi l'avantage de pouvoir stimuler le corps en entier : posés sur l'eau, nous avons accès à tous les plans du corps (dessus, derrière, sur les côtés).

La dernière séance se conclut avec les mots du seul patient homme : « *C'est magique, vous touchez là où ça fait mal mais sans faire mal, ça fait un bien fou* ».

Malheureusement, je n'ai pas eu la possibilité de faire passer le questionnaire aux patients, l'organisation temporelle entre leur suivi et mon jour de présence en stage ne le permettant pas. De même, le nombre de séance fut trop court pour observer des changements d'un point de vue psychomoteur. Néanmoins, les apports théoriques de cette médiation et de celles utilisées dans les cas précédents, sont décrits dans la partie suivante.

Partie 3. Les apports et limites de la psychomotricité en centre de rééducation

I. Apport des médiations psychomotrices

Comme nous l'avons vu en partie 2, les séances avec les patients se font grâce à des exercices particuliers que l'on nomme « médiations ».

D'après le dictionnaire en ligne du Larousse (s.d.), une médiation est le « *fait de servir d'intermédiaire [...]* »

En psychomotricité, le médiateur principal est le corps ; c'est à partir du corps que s'élabore le travail de psychomotricité. La médiation corporelle sert de toile sur laquelle viennent s'inscrire les vécus corporels. Ces vécus vont ensuite pouvoir être pensés et symbolisés. La médiation corporelle ne s'intéresse pas à la performance, au collage à une technique : ce qui compte c'est ce qu'elle produit comme effets, tant d'un point de vue corporel que psychique et relationnel.

Le choix de la médiation est motivé par la réponse au projet thérapeutique établi et les affinités du psychomotricien et du patient pour telle ou telle médiation, ayant tous deux à s'exprimer à travers elle. Rappelons que plus un patient présente un attrait pour ce que lui propose le thérapeute, plus il sera impliqué en séance et plus sa rééducation sera possible. (Potel, 2015).

Le psychomotricien est aussi amené à utiliser des « objets thérapeutiques ». Ils sont toujours concrets et palpables et leur utilisation peut être détournée de leur rôle premier. Leur intérêt réside dans la mise à distance qu'ils permettent, que ce soit dans la relation thérapeutique (avoir un objet entre soi et l'autre, éviter un contact direct qui peut être déstabilisant voire insécurisant, intrusif) ou dans la relation à soi-même : il est parfois plus évident de s'exprimer à travers un objet plutôt que par le corps directement ou par la voix.

Dans cette partie, j'aborde les principales médiations que j'ai été amenées à observer sur mon terrain de stage et qui sont utilisées avec les patients des cas cliniques. Il ne s'agit en aucun cas d'une liste exhaustive des médiations pouvant être utilisées par le psychomotricien en centre de rééducation.

A. Relaxation et toucher thérapeutique

J'ai choisi d'inclure la relaxation et le toucher thérapeutique dans la même partie car les techniques de relaxation pratiquées en stage se font au contact du patient (méthode Wintrebert, technique de relaxation coréenne, relaxation par pressions ou par balles sensorielles...). Dans les deux cas, la peau et l'enveloppe sont éprouvées.

Il est donc principalement question de « toucher ». Dans ce cadre, « toucher » ne relève pas simplement de « qu'est ce que je touche ? », il ne s'agit pas juste du contact avant la préhension ou la reconnaissance d'une forme. Ici le toucher induit une implication personnelle du thérapeute, ce n'est pas que la main qui touche, c'est tout le corps qui est en jeu. Ce toucher peut réveiller chez le patient les premiers contacts, les premières expériences qu'il a eues en tant que bébé. Tout comme Winnicott le décrit par le *holding* du bébé, la qualité de présence et la qualité du toucher ont des effets sur le sentiment d'existence et la structuration de soi. (Berberides & Lefeuvre, 2014)

Le contact impliquant le corps entier du thérapeute, son toucher est perçu en fonction des intentions qui l'animent (Lauras-Petit, 2015). Le toucher doit donc se faire contenant, enveloppant, on parle d'« empaument » : le thérapeute touche en englobant le membre de sa main et de sa paume en annonçant sa présence, il ne saisit pas du bout des doigts avec des gestes imprécis qui peuvent avoir une valeur invasive.

Enfin, le toucher ne s'attarde pas que sur la partie lésée ou que sur une partie du corps, ce qui pourrait créer chez certains patients des vécus de morcèlement (notamment dans les pathologies psychiatriques). Le toucher redessine les contours du corps et ses limites, il reforme l'enveloppe corporelle. Le thérapeute s'attarde sur l'ensemble du corps du patient afin que ce dernier puisse prendre conscience de ses ressentis dans sa globalité. Enfin, il ne s'agit pas de réaliser un massage au patient, mais bien de l'amener à prendre conscience de ce qui se produit dans son corps, de prendre conscience de ses limites corporelles unifiées, d'être

acteur du moment malgré sa passivité motrice, afin de conduire à un investissement corporel global.

« Ainsi je ne rééduque pas que la main, je n'étire pas que le bras, mais je permets à cette personne de prendre conscience des sensations dans son corps, je l'aide à se relier à l'ensemble de son corps, pour qu'elle puisse, par elle-même venir faire l'expérience de ce qui se passe pour elle. » (Berberides & Lefeuvre, 2014)

Le toucher a constitué une grande étape dans la prise en charge de Madame O. Apporter un toucher thérapeutique a permis d'apporter des sensations nouvelles au moignon qui jusque là n'avait connu que du toucher « médicalisé », madame se refusant de le palper. Madame O. n'a pas investi ce membre résiduel : il n'était pas nommé, pas regardé, volontairement écarté car reflet d'une situation qu'elle ne comprenait pas et n'acceptait pas.

L'apport de ces sensations nouvelles a permis d'une part de faire prendre conscience à Madame O. qu'elle pouvait y éprouver des sensations plaisantes, et d'autre part a contribué à porter le moignon à un niveau de représentation. Le toucher a structuré ses limites, précisé ses contours. Par la suite, Madame O. a accepté de toucher son moignon elle-même. Elle fut surprise de le découvrir si doux (alors qu'il lui causait tant de souffrance) et a pris soin d'en parcourir toute la surface avec ses doigts.

Le toucher a ainsi permis l'élaboration de représentations corporelles et la structuration de son schéma corporel en y apportant les nouveaux contours de sa jambe gauche.

Les mêmes mécanismes que le toucher thérapeutique entrent en jeu dans la relaxation mais une notion principale est à développer : celle de la régulation tonique.

En effet, la relaxation se définit selon Sapir comme « toute technique s'exerçant sur le tonus musculaire et visant à son relâchement. » (Carric & Soufir, 2014)

Chez les patients aux tendances hypertoniques, permettre le relâchement du tonus c'est favoriser l'émergence d'autres sensations. En effet, relâcher les zones contractées voire douloureuses leur permet de se reconnecter avec ces parties du corps et de les vivre autrement. Cela peut aller du simple sentiment de détente aux sensations de plaisir. La

relaxation permet d'aborder le corps sur le plan de l'agréable, du plaisant, fournissant des expériences corporelles positives qui contribuent à l'élaboration d'une image du corps valorisée.

Les séances de relaxation débutent toujours par un temps de guidance verbale, où la psychomotricienne indique au patient de se concentrer sur des parties du corps spécifiques, sur la respiration en s'intéressant à ses ressentis corporels (poids, température, position, volume, mouvement respiratoire). Puis, au moment de la reprise après les mobilisations, le patient est invité à se concentrer sur son corps dans sa globalité, à percevoir d'éventuelles modifications entre son état de début de séance et son état actuel. Si les ressentis ont été agréables, le patient est encouragé à les mémoriser pour pouvoir s'en ressaisir seul, plus tard. Ces moments de concentration, d'attention centrée sur le corps permettent l'émergence de la représentation. Ainsi, la relaxation, participe à la conception de l'image du corps. (Reinalter-Ponsin, 2002)

La relaxation, par l'apport d'informations sensorielles tactiles et proprioceptives, selon les méthodes, permet également de nourrir le schéma corporel. Ces mêmes informations donnant lieu à des perceptions corporelles permettent de redéfinir les limites de l'enveloppe du corps. (Louvel & Omnara, 2015)

Concernant les automassages, on y retrouve les mêmes bénéfices que la relaxation et le toucher thérapeutique, la différence résidant dans le fait que c'est le patient qui pratique sur lui-même. Cet aspect particulier favorise l'investissement de la personne dans sa prise en charge, c'est un moyen de le rendre acteur de ses soins, un élément important particulièrement pour les patients se retrouvant en situations de dépendance ou ayant leurs capacités diminuées. Le patient est libre de moduler la pression et la vitesse de ses gestes selon ses besoins. Il s'agit d'une manière de prendre conscience de soi pour adapter ses mouvements : « *Le patient prend conscience de son corps avec son propre toucher* ». (Carrié-Milh, 2015)

La relaxation fut la médiation principale utilisée avec Madame B. Outre le fait qu'il s'agisse d'une médiation recommandée dans le cas de la sclérose en plaque, Madame B. a su s'en saisir et évoluer au travers des différentes méthodes qui lui ont été proposées. Petit à petit, grâce à l'apport de stimulations sensorielles, elle a pu conscientiser ses vécus corporels en les

analysant finement. Capable de repérer ses zones de tension et de les relâcher par le biais de la relaxation, elle a appris à moduler son état tonique général, signifiant un investissement corporel global. La relaxation a permis à Madame B. de retrouver une unité psychocorporelle par le travail des enveloppes, du schéma corporel et de l'image du corps induit par la relaxation.

L'élément majeur dans cette prise en charge fut les automassages. Madame B. nous a exprimé son plaisir de pouvoir se faire elle-même du bien, de pouvoir s'auto-apporter de la détente, elle qui porte une maladie neurodégénérative qu'elle ne contrôle pas. Se rendre actrice de son bien-être par les automassages a participé à ce qu'elle investisse son corps dans sa globalité, comprenant ses membres inférieurs. Ces membres pesant de par leur poids et qui lui pesaient psychiquement, elle les a massés, touchés, frottés... Les affects placés dans ses gestes pour ses jambes et les sensations agréables qui en ont découlées ont contribué à une image du corps revalorisée et une représentation d'elle-même unifiée.

Ainsi, la relaxation et le toucher thérapeutique, deux médiations auxquelles est souvent réduit le psychomotricien dans l'imaginaire populaire, contribuent grandement à étayer le sentiment d'unité psychocorporelle.

B. Miroir

Le miroir, que l'on connaît usuellement dans nos salles de bain et qui nous sert généralement à vérifier notre apparence physique avant de sortir, est un objet de crainte pour bon nombre des patients suivis au centre. C'est la peur de se retrouver confronté à une image de soi-même qui ne nous plaît pas. Le miroir reflète chez ces patients tous les stigmates pour lesquels ils peuvent (et surtout pensent) être jugés par la société. Bien souvent, il s'agit des seuls éléments qu'ils voient à travers le miroir, conduisant à une image de soi totalement dévalorisée et diffractée. A l'inverse, certains patients refusent de s'observer dans le miroir, occultant les parties du corps qui les dérangent, conduisant à un appauvrissement des représentations psychiques du corps.

Le miroir pourtant, peut avoir une valeur thérapeutique dans la re-construction d'une image de soi.

Tout comme dans le stade du miroir de Lacan, l'image spéculaire soutient la construction d'une image du corps unifiée. D'abord (pensé) morcelé, la vision d'un corps formant un tout, une enveloppe fermée, sans faille, permet l'intégration par l'individu qu'il s'agit de son propre corps qu'il regarde et favorise ainsi l'émergence d'une représentation de soi comme une unité.

Au-delà de simplement proposer le miroir au patient, le psychomotricien accompagne son regard et sa verbalisation. Comme le parent qui confirme à son enfant qu'il s'agit bien de son propre corps qu'il observe dans le reflet, le thérapeute confirme l'expérience du miroir au patient.

Le miroir soutient également la construction du schéma corporel, ce dernier s'édifiant notamment grâce aux perceptions visuelles. Dans le cas d'une amputation par exemple, le schéma corporel se retrouve bouleversé par la perte d'un membre et doit être recomposé. Visualiser la perte et les nouvelles limites corporelles peut contribuer petit à petit à restructurer le schéma corporel. L'association au toucher par exemple permet une stimulation multisensorielle qui tend à renforcer cette intégration.

Les séances avec le miroir que nous avons proposé à Madame O. illustrent ces propos. Jusqu'à ces séances, elle se refusait de regarder son moignon et de le faire voir à ses proches par crainte de son aspect, d'après ce qu'elle a pu observer chez d'autres patients. Ce membre résiduel a été fantasmé, déformé de son image réelle. La vue de ce dernier dans le miroir a été un véritable soulagement pour elle en s'apercevant qu'il ne correspondait pas à la représentation qu'elle s'en faisait. L'utilisation du miroir a permis à Madame O. de prendre conscience de son corps dans son entièreté, de prendre conscience de son corps réel et de constater que son apparence ne collait pas avec l'image qu'elle en avait. Face au miroir, Madame O. a pu nous partager son ressenti, en mettant des mots sur son vécu face à l'observation de son moignon, pour la première fois depuis l'amputation. Par la suite, Madame O. nous a partagé avoir montré son moignon à son entourage et qu'elle prenait le temps de le regarder assez souvent.

La psychomotricité a permis, au travers de l'objet médiateur qu'est le miroir, de travailler le lien entre perception du corps et représentation du corps en se basant sur l'image spéculaire de Mme O. Au final cela a favorisé une cohérence entre corps perçu et corps représenté tout en réintroduisant le moignon dans la représentation corporelle de Madame O.

Enfin, le miroir a une valeur thérapeutique également dans le traitement des douleurs et en particulier des douleurs fantômes. Le protocole consiste à cacher le membre amputé avec un miroir de manière à pouvoir y observer le membre sain. Il s'agit ensuite de s'auto-convaincre que le reflet observé correspond au membre amputé. Cette « tromperie » du cerveau permet de lui envoyer des signaux présentant le membre comme toujours présent, faisant cesser les stimulations nerveuses qui causent les douleurs fantômes. La pratique régulière de ce que l'on nomme la « thérapie miroir » peut conduire à l'amenuisement voir la suppression des douleurs fantômes. Cette thérapie n'a pas été pratiquée au cours de nos séances avec Madame O. mais l'a été en kinésithérapie. (Berquin, Leroy, Mouraux, & Voodecker, 2015) Il me paraît néanmoins intéressant de brièvement l'aborder afin de pointer son aspect thérapeutique vis-à-vis de la douleur.

C. Eau

L'eau est une matière avec laquelle nous sommes tous familiarisés : douche, bain, piscine municipale ou privée, mer ou océan... Nous y avons tous déjà été confrontés et immergés. Sur mon lieu de stage, les patients sont familiers de la balnéothérapie où ils pratiquent de la kinésithérapie et des séances de sport adaptées avec les enseignants APA. Et pourtant, nous pouvons être amenés à redécouvrir ce milieu qu'est l'eau, comme ce fut le cas pour moi et pour les patients de l'ETP.

L'eau présente plusieurs qualités qui ont été éprouvées au cours des séances proposées. Premièrement, l'eau est un espace qui modifie nos repères aériens : dans l'eau, la vue, les sons et les mouvements diffèrent. Le poids du corps est allégé par la poussée d'Archimède qui tend à faire flotter les objets en surface, fournissant des sensations nouvelles comme le fait d'être porté. A la différence d'un portage « classique » consistant à ce que quelqu'un nous prenne dans les bras et que le poids repose sur certains points d'appui, le portage par l'eau se fait sur

toute la surface du corps en contact avec l'eau, sans exercer de pression. Cet élément peut présenter un avantage chez les patients douloureux par exemple, qui ne supportent pas certaines positions en raison du poids qui s'exerce sur une articulation ou un membre souffrant. Dans l'eau, ces contraintes disparaissent ou tout du moins s'amenuisent.

L'eau est une matière sensible : chaque mouvement, qu'il soit doux ou violent, entraîne une réaction, une déformation de l'eau qui se propage. Ce prolongement aquatique du mouvement sert entre autre d'intermédiaire tactile entre soi et l'autre. Un geste induit par soi se propage jusqu'à l'autre, touche l'autre et le fait réagir. Cet aspect réactif et sensible de l'eau en fait une matière qui « *sculpte* » le corps pour reprendre les mots de Catherine Potel. Fluide mais résistante à la fois, elle trace les contours du corps, le masse, l'éprouve, renforçant le sentiment de résistance des enveloppes corporelles et leur aspect imperméable. (Potel, 2015) . De part sa densité supérieure à celle de l'air, le contact avec l'eau exerce une pression plus élevée sur la peau favorisant la prise de conscience de son contour.

La relaxation dans l'eau requiert quelques pré-requis à sa pratique. Dans un premier temps, une eau calme est à privilégier tout comme une relaxation « classique » se réalise dans un lieu calme. La température de l'eau est également à prendre en compte puis qu'elle joue sur la tonicité de l'individu. En effet, une eau fraîche va avoir tendance à tonifier le corps, là où une eau chaude permettra plutôt le relâchement musculaire. Les activités de relaxation se déroulent donc plutôt dans une eau à température élevée (autour de 32°) pour favoriser d'une part la détente et éviter d'autre part le refroidissement du patient qui se trouve en situation passive, immobile. Un autre élément à prendre en compte est la profondeur de l'eau. Pour apporter une stabilité et un relâchement au patient, le thérapeute doit lui-même avoir de bons appuis : l'eau ne doit pas être trop profonde de manière à ce qu'il ne soit pas sans cesse déséquilibré dans ses changements de positions. Enfin, pour privilégier un relâchement maximal, le patient ne doit pas présenter d'appréhension pour l'eau. Si tel est le cas, alors un travail préalable de familiarisation avec ce milieu est nécessaire. Autrement, le patient ne sera pas en mesure d'apprécier le moment et les bénéfices de la séance.

Il existe des techniques particulières qui s'appuient sur l'aspect relaxant de l'eau : yoga aquatique, watsu (associe le shiatsu et l'eau par du portage) ou encore Biodanza aquatique (une technique de relaxation aquatique visant à renouer avec les sensations de la vie utérine). Ces différentes techniques nécessitent des formations afin d'être pratiquées correctement.

La relaxation aquatique telle que nous l'avons abordée en séance avec les patients vise à reproduire les effets de la relaxation « terrestre » en y associant les bénéfices de l'eau. Elle présente l'avantage qu'elle ne requiert pas de formation, si ce n'est une éducation personnelle aux vertus de l'eau et à « vivre son corps » dans l'eau. Le thérapeute propose des mobilisations qui lui sont propres, avec lesquelles il est à l'aise (mobilisations articulaires, pressions, vibrations, déplacements, lissages...). Les effets de la relaxation peuvent être amplifiés, plus facilement conscientisés, la détente peut être plus facile d'accès par les sensations de portage et de bercement qu'apporte l'eau.

Les patients du programme d'ETP n'ayant pu pratiquer la relaxation aquatique que deux fois, il est difficile de constater une évolution quant à leur investissement corporel ou leur perception de leur corps. Néanmoins, nous avons pu remarquer un relâchement et un lâcher prise plus rapide au cours de la deuxième séance, très certainement liés entre autre au fait que cette expérience ne relevait plus de la découverte. L'élaboration sur les vécus corporels fut également meilleure en deuxième séance (exercice qu'ils avaient déjà pratiqué lors des séances de relaxation en salle). Ils expriment des sentiments d'apaisement, de laisser aller avec des sensations de portage, d'enveloppement, de bercement. Les retours sont positifs, les patients nous remercient pour ce moment et cette découverte. Après la séance, les patients sortent de l'eau avec un sourire aux lèvres. On en entend certains en parler dans les vestiaires comme d'une expérience qu'ils souhaiteraient réinvestir à la piscine. Ces séances ont constitué des moments agréables, produisant des ressentis corporels plaisants ce qui participe à rassurer les patients sur l'existence d'un corps qui ne produit pas que de la douleur. Cette réponse corporelle permet d'investir le corps d'affects positifs, encourageant la revalorisation de l'image du corps. Le corps peut être perçu comme une unité à part entière, et non pas juste comme un collage de zones douloureuses.

Finalement, l'eau regroupe toutes les notions psychomotrices que nous avons pu aborder en terme de schéma corporel, d'image du corps et de tonus (et bien plus puisqu'elle permet également un travail de la motricité entre autre). Elle réveille des concepts tels que le Moi-peau et les enveloppes psychocorporelles. L'eau présente donc des intérêts multiples ce qui en fait une excellente médiation pour un projet thérapeutique de réinvestissement d'un corps unifié.

II. Apports et limites des prises en charges psychomotrices

A. Apports

Une des spécificités de la psychomotricité est le lien psyché/soma, le refus de séparer ces deux entités longtemps pensées distinctes l'une de l'autre où le corps serait l'instrument de la psyché.

En effet, la psychomotricité part du postulat que tout élément psychique a des répercussions somatiques et inversement. Le psychomotricien favorise une prise en charge passant par le corps, le plus souvent en mouvement, afin d'obtenir des effets au niveau psychique. L'élaboration de représentations de ce qui s'est passé dans le corps et le relâchement psychique que cela peut induire conduit alors à son tour à des effets corporels. Ce constant va et vient entre éléments psychiques et corporels contribue à penser le sujet comme une unité psychocorporelle. (Tracol, 2021). Ce premier élément, spécificité de la psychomotricité, en fait une nouvelle manière de penser le patient et de penser sa rééducation.

Les patients arrivent en centre de rééducation après un accident, une maladie ou une opération pouvant entraîner un bouleversement de leur vie. L'hospitalisation représente un second bouleversement du rythme du patient où ses journées sont ponctuées de soins, de rééducation et pour certains de beaucoup d'attente. Il ne contrôle plus la temporalité et l'organisation de son quotidien. Le corps du patient est confié aux mains des soignants et des rééducateurs ; le patient se retrouve dépossédé de son environnement, de certaines de ses capacités et de son propre corps. Le corps devient objet, il peut être alors être désinvesti psychiquement et affectivement (trouble de l'image du corps). L'absence de maîtrise de l'ensemble de ces facteurs peut alors produire une sensation de perte d'identité chez le patient : qui suis-je, que suis-je si je n'ai de contrôle sur rien ? Le psychomotricien intervient dans ce cadre afin de permettre au patient de retrouver une attention envers son corps, ses vécus et ainsi le replacer comme acteur de sa prise en charge.

De plus, la pathologie et les traitements éventuels conduisent le patient à vivre des flux de sensations diverses, souvent douloureuses et fatigantes. Le rôle du psychomotricien consiste alors à mettre en mot ces sensations, aider le patient à s'approprier son vécu corporel et permettre progressivement et durablement sa réappropriation corporelle. (Thérain, Da

Fonseca, Di Cataldo, Ribiere, & Detrez, 2014). Sans cesse touché, le corps voit son enveloppe malmenée, parfois intrusée, par des actes médicaux tels que les pansements, prises de sang, ou par un touché effractant, des gestes difficiles à accepter (quand le patient se retrouve en incapacité de réaliser sa toilette seul par exemple). La psychomotricité s'attarde alors à reformer cette enveloppe, au travers des différentes médiations et prises en charges décrites plus haut et en proposant au patient des stimulations sensorielles agréables.

L'hospitalisation s'attarde sur la zone lésée du patient, le patient est présenté par sa pathologie et il est généralement pensé par cette dernière. Remettre la personne au cœur de la prise en charge (et non sa pathologie), prendre le temps de penser son corps dans sa globalité, sont des éléments cruciaux de la prise en charge psychomotrice qui permettent la reconstruction d'une unité somatopsychique.

Dans le cadre de leur rééducation, les patients peuvent être confrontés à la contrainte, à l'effort voire à la douleur. Puisque qu'elle est axée sur le mieux-être, la psychomotricité peut offrir un espace où souffler, où se relâcher, voire où se ressourcer au sein de l'hospitalisation. La salle de psychomotricité devient un espace « rien que pour eux » où ils sont libres de s'exprimer verbalement et corporellement. Les suivis en psychomotricité dans le SSR se font principalement en individuel, dans une salle fermée, à l'inverse des autres suivis « corporels » qui se font dans de grandes salles ouvertes. Ceci en fait un espace privilégié pour le patient, contenant, propice aux expériences corporelles et favorisant le recentrement sur soi-même et sur ses vécus.

Le psychomotricien possède une qualité d'observation et d'écoute qui permet au patient de se sentir entendu et reconnu dans sa souffrance face à la maladie. En aidant sa mise en mot, par des exercices de conscience de soi suivi de temps de verbalisation par exemple, on favorise l'émergence d'une représentation de la douleur : elle n'est plus juste un symptôme déstabilisant, elle a un sens. Par ses médiations spécifiques comme la relaxation ou le toucher thérapeutique, le psychomotricien amène le patient à éprouver des sensations nouvelles, plus agréables, à redécouvrir toutes les possibilités qu'offre son corps et à réapprivoiser ce dernier. (Louvel & Omnara, 2015)

Au cours de l'année et des prises en charge, plusieurs patients ont fait référence à la magie, nous qualifiant de « magiciennes », ou désignant ce qui se passait en séance comme de

la « magie ». Ces mots ont toujours eu lieu dans le cadre de séances de relaxation, pour des patients douloureux ou en souffrance vis-à-vis de leur corps qui ont pu expérimenter des moments de relâchement, des sensations de plaisir corporel. Je pense que ces mots proviennent d'une part du fait qu'on ne comprend pas toujours les mécanismes empruntés par la psychomotricité et les patients sont surpris quand ils éprouvent des effets si importants. D'autre part, ils sont confrontés à la mobilisation de leur corps dans l'effort voire la douleur, là où en psychomotricité la mobilisation du corps est plus douce, sans recherche de performance. Cela conduit à des réactions telles que « *c'est magique, vous touchez là où ça fait mal mais sans faire mal* » (un patient fibromyalgique à l'issue d'une séance dans l'eau).

Cette approche du corps plaisir contribue au mieux-être du patient dans son hospitalisation. Hors un patient qui va bien, c'est un patient qui peut s'investir dans ses différentes prises en charge. La psychomotricité a également pour objectif de pérenniser ces vécus, de donner des clés au patient pour qu'il puisse les réinvestir quand il en a besoin, en dehors de séances et même une fois que la prise en charge sera terminée. C'est pour cela que la psychomotricienne propose souvent en fin de prise en charge, une séance d'automassage. Par la découverte de cette technique, elle offre au patient le moyen d'être autonome et acteur dans sa recherche de bien-être (à condition que le patient accroche à ce type d'approche).

Ainsi, le psychomotricien aide le patient à se réapproprier son corps en composant avec la maladie. Il s'agit de rassembler les dimensions somatiques, cognitives et affectives de l'individu qui peuvent se retrouver déstabilisées par la pathologie. La prise en charge psychomotrice vise alors à reconstituer ou soutenir le sentiment d'unité chez des patients pour qui ce dernier s'est retrouvé fragilisé.

B. Limites

Pour débiter cette partie, j'aimerais revenir sur l'élément qui m'a fait penser ce mémoire. Ma réflexion est partie d'une remarque sur l'intérêt de la psychomotricité quand un centre de rééducation présente déjà une équipe bien « complète » : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues etc. En effet, ces trois professionnels permettent la rééducation des fonctions motrices, des fonctions cognitives et de l'autonomie dans son environnement, en

proposant des adaptations si nécessaires. Il s'agit des éléments qui semblent indispensables au bon fonctionnement d'un être humain : pouvoir se mouvoir, penser et s'adapter à son environnement. Dans cette mesure, la psychomotricité ne fait pas partie des professionnels auxquels on pense quand on parle couramment de « rééducation ». Cela peut s'expliquer notamment par la connaissance faible du métier, comme j'ai pu l'observer au travers du questionnaire remis aux équipes. Les professionnels ont du mal à savoir avec précision ce que peut faire et apporter un psychomotricien. Et après tout, pouvons nous affirmer connaître avec finesse les possibilités de chaque métier? Certaines professions sont ancrées depuis longtemps dans la sphère de la rééducation en faisant des références en la matière. C'est le cas par exemple des kinésithérapeutes. La psychomotricité étant peu développée dans les centres de rééducation/réadaptation, il est plus difficile de l'assoir comme un métier inhérent à ce type de structure. De plus, la rééducation des patients se déroulant pour beaucoup sans psychomotricien, il est encore plus compliqué de penser que la psychomotricité peut avoir un réel intérêt pour la personne dans son parcours de soin. Je pense que c'est pour cela, entre autre, que la psychomotricité peut être perçue comme un soin de complément. En effet, si le psychomotricien s'absente une semaine, la rééducation du patient poursuit quand même son cours. A l'inverse, pour reprendre le kinésithérapeute, si ce dernier s'absente, il est souvent remplacé par un collègue. Quand ce n'est pas le cas, il manque une part importante de la rééducation du patient.

La temporalité de la prise en charge peut rendre difficile l'évaluation d'une progression significative chez le patient, surtout en terme d'image du corps, de représentation de soi. En effet, les temps de prise en charge peuvent être relativement courts (de plusieurs mois à seulement plusieurs semaines), en tout cas trop courts pour mener à terme un travail sur l'image du corps qui demande une intégration longue quand il s'agit de déconstruire des représentations. Il n'est alors pas toujours évident de pouvoir observer une représentation de soi unifiée. Ce fut le cas par exemple avec les patients fibromyalgiques pour qui ce travail fut initié mais pas mené à terme, faute de temps. L'arrêt de la prise en charge du patient se fait quand les objectifs de l'hospitalisation ont été atteints, globalement quand le patient peut rentrer chez lui sans difficulté et sans insécurité. Généralement cela correspond à l'atteinte des objectifs en kinésithérapie et ergothérapie, là où il y a peut être encore des éléments à travailler en psychomotricité (idem pour l'APA, la neuropsychologue ou la psychologue).

Le manque de documentation sur la psychomotricité en centre de rééducation, en particulier dans certains services (locomoteur, pneumologique, diabétologie-nutrition pour ne citer que ceux que j'ai vu en stage) ne permet pas de cerner ses enjeux et ses apports. Il s'agit d'une profession pour laquelle il mériterait que certaines études soient menées afin de la « crédibiliser » dans ce domaine médicalisé, œuvrant à bases de techniques et de protocoles, que sont les centres de rééducation et de réadaptation.

La psychomotricité est une profession dont le décret de compétences comporte en 1. La réalisation de bilans. Pourtant, il n'existe pas de bilans côtés chez l'adulte de moins de 65 ans. Le psychomotricien doit adapter des bilans de l'enfant ou de la personne âgée ce qui ne permet pas de rendre compte avec précisions des capacités de l'individu. De plus, certains éléments ne sont tout simplement pas évaluables : l'image du corps, les enveloppes, le sentiment d'unité. On peut les qualifier à partir de certaines observations mais pas les évaluer. La plupart des bilans se font donc sous forme d'observation clinique dans laquelle entre invariablement une part de subjectivité de la part de l'observateur, ne permettant pas une quantification objective des capacités de la personne. Néanmoins, cette qualité d'observation sensible à ce que dégage et transmet le patient permet d'inclure la part psychologique et affective qui se joue en chacun. Par exemple, un patient qui a les capacités motrices de marcher n'est pas pour autant un patient qui est prêt à sortir de chez lui pour marcher dans la rue. Le stress, la peur (comme la crainte de chuter), la dévalorisation de ses capacités, sont autant de manifestations motrices et verbales qui laissent transparaître l'état émotionnel dans lequel se trouve le patient. Ces facteurs sont à prendre en compte pour accompagner au mieux le patient.

Pour finir, la psychomotricité n'est pas une recette magique qui se suffit à elle-même pour la prise en charge des patients. La rééducation/réadaptation se doit d'être un travail pluridisciplinaire afin de prendre en charge au mieux le patient et ses problématiques.

L'ensemble de ces éléments concourent à rendre difficile l'appréciation des effets de la psychomotricité et donc de juger son intérêt dans la prise en charge du patient. D'autant plus que les enveloppes et le sentiment d'unité chez le patient ne sont pas des éléments concrets, quantifiables. Ils sont subjectifs, liés au vécu de l'individu.

Enfin, il est à noter que ce mémoire se base sur les observations que j'ai pu faire des suivis en psychomotricité un jour dans la semaine. On pourrait dire qu'il ne reflète qu'un 1/5^{ème} de la pratique du psychomotricien en SSR.

C. Etre stagiaire en psychomotricité dans un SSR

Le premier point que je souhaiterais aborder concerne la temporalité du stage. J'ai trouvé très frustrant de ne pouvoir assister qu'à une journée de prise en charge. D'une part, cela ne permet d'observer qu'un échantillon de la pratique du psychomotricien dans la structure (médiations, pathologies, types de séance). D'autre part, cela ne permet pas de voir tous les aspects de la prise en charge psychomotrice d'un patient, celui-ci ayant souvent deux séances par semaine si ce n'est plus. Les temps d'hospitalisation pouvant être assez courts en SSR, je me suis sentie par moments « perdue » : j'assistais à une séance ou un entretien, puis ne voyais plus le patient ou la personne sortait d'hospitalisation sans que je n'aie l'occasion de dire au revoir. Dans ces cas, il était difficile pour moi de pouvoir observer l'évolution d'un patient au fil des séances et même d'être en mesure d'élaborer un projet thérapeutique.

Cette temporalité m'a mise en difficulté dans plusieurs situations. Que ce soit par rapport à l'établissement ou par rapport à l'équipe où j'ai mis du temps à prendre mes repères et à m'intégrer. Par rapport aux patients également, ma présence « fragmentée » a compliqué l'instauration d'une relation thérapeutique où je me serais sentie suffisamment à l'aise pour proposer et mener une prise en charge en toute confiance. Les patients eux-mêmes ont pu exprimer leur incompréhension quant à la fréquence de ma présence en demandant à la psychomotricienne pourquoi je n'étais pas là. Il est difficile de faire sa place face aux patients et à l'équipe quand nous ne sommes présent qu'un jour dans la semaine et, par conséquent, il est difficile de se sentir crédible en tant que futur praticien. Ces différents éléments ont conduit à ce que je me remette en question à de multiples reprises. Que ce soit d'un point de vue strictement personnel aussi bien que professionnel, touchant mes capacités relationnelles, mes aptitudes de psychomotricienne et ma confiance en moi principalement.

Néanmoins, j'ai bénéficié d'un très bon accompagnement cette année. D'abord en position d'observatrice, la psychomotricienne m'a progressivement incluse dans la prise en charge du patient, jusqu'à ce que l'on co-construise les séances. Petit à petit, j'ai pu mener des entretiens anamnestiques, faire passer des épreuves de bilan, réaliser des portions de séance et des séances entières. En parallèle de cette évolution progressive et soutenue par les remarques et conseils de la psychomotricienne, mon sentiment de professionnalisation s'est intégré, petit à petit. Comme un patient à qui l'on propose des exercices dont la difficulté s'accroît graduellement et qui intègre les fonctions psychomotrices à force de stimulations, j'ai pu

grandir, apprendre, m'entraîner et me professionnaliser au cours de cette année. Cette expérience de stage a renforcé mon désir de travailler dans ce secteur, particulièrement autour de la question que j'ai abordé dans cet écrit.

En élaborant mon sujet et ma problématique je me suis beaucoup questionnée sur le métier de psychomotricien et ses spécificités. J'ai demandé à observer des séances d'autres professionnels et ai pu assister à celles d'Activité Physique Adaptée, d'ergothérapie, de kinésithérapie et des consultations avec le prothésiste. Je n'ai malheureusement pas pu voir tous les professionnels car nos disponibilités ne concordaient pas où ils n'étaient pas en mesure de m'accueillir. Ces observations m'ont aidé à mieux cerner ce que chacun pouvait apporter dans la prise en charge d'un patient, à nourrir ma pensée sur l'apport du psychomotricien mais aussi à me sentir plus légitime pour parler de ces différents métiers.

Ce stage m'a beaucoup apporté et j'ai pu donner en retour pour promouvoir la psychomotricité dans le SSR. Après m'être rendue compte que la mention « psychomotricité » n'apparaissait pas sur le site de l'établissement, je l'ai signalé à la psychomotricienne qui a entrepris les démarches pour que ce soit fait. Aujourd'hui, sa présence est signifiée sur les quatre services, participant à la reconnaissance de son travail.

Il est également prévu que je réalise une présentation de la psychomotricité, ouverte aux professionnels souhaitant y assister, afin de les sensibiliser à la pratique du psychomotricien en SSR. Cette présentation fait suite au questionnaire que j'avais fait circuler.

J'ai pu apporter aussi mes connaissances sur la médiation eau qui n'était pas exploitée par la psychomotricienne. Outre la création d'un nouvel atelier, cela m'a permis de mettre en pratique mes connaissances et de les partager. Il est envisagé, d'ici la fin de mon stage, de réinvestir cette médiation auprès de patients fibromyalgiques. De plus, il est possible que la relaxation aquatique soit inscrite dans le programme d'ETP des fibromyalgiques.

Enfin, j'espère avoir pu aider les patients que j'ai rencontrés, autant qu'ils m'ont aidé à me construire en tant que future praticienne.

Finalement, ce stage couplé à la réflexion autour de ma problématique, ont participé à ce que j'évolue grandement. J'ai le sentiment que cette question de la temporalité a freiné mon apprentissage surtout dans l'aspect relationnel face aux patients ou aux membres de l'équipe de rééducation. Néanmoins, être présente toute au long de l'année a permis que je puisse apporter et employer mon savoir acquis au fur et à mesure des mois de formation. Arrivée

avec peu de connaissance sur le sujet, je repars avec un bagage professionnel bien rempli et une belle évolution personnelle.

Conclusion

A l'issue de cet écrit, que retenir ?

Le psychomotricien en Soins de Suite et de Réadaptation est un métier peu représenté et peu connu des professionnels y travaillant. Son travail est bien souvent mal différencié de la pratique d'autres rééducateurs tels que les kinésithérapeutes ou les ergothérapeutes. Et pourtant, chaque profession présente ses spécificités, celles du psychomotricien résidant notamment dans la prise en charge des troubles du schéma corporel, de l'image du corps et de la régulation tonique.

Ces trois troubles constituent les principales indications pour une prise en charge psychomotrice sur mon lieu de stage. Le schéma corporel, l'image du corps et le tonus participent à la construction du sentiment d'unité chez le sujet. Les enveloppes psychocorporelles sont procurées par la continuité de la peau et ses fonctions de contenance et d'intersensorialité décrite dans le Moi-peau d'Anzieu. Ensemble, ces éléments favorisent l'élaboration d'une représentation de soi unifiée.

Les maladies, accidents ou opérations rencontrées en SSR viennent souvent mettre à mal cette représentation, produisant chez les patients un sentiment de fragmentation du corps pouvant conduire au désinvestissement de leur corps. Le psychomotricien trouve alors toute sa place pour intervenir à ce niveau.

Pour rappel, ma problématique était « : dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation adulte, quel intérêt peut constituer la présence d'un psychomotricien pour la réappropriation d'un corps unifié chez les patients ? ».

Le psychomotricien est un praticien qui s'intéresse à l'individu dans sa globalité ; la prise en charge n'est pas centrée sur les parties du corps lésées mais bien sur le corps entier et son investissement psychique ou les répercussions psychoaffectives qu'une pathologie entraîne.

Par le biais de médiations adaptées à la problématique du patient et en lien avec ses centres d'intérêt, le psychomotricien s'efforce de le replacer comme acteur de sa prise en charge. Les médiations utilisées mettent en jeu le corps et stimulent ses sens : visuels, proprioceptifs, vestibulaires, afin de réorganiser et renforcer le schéma corporel du patient. Elles tendent à recentrer le patient sur ses vécus corporels afin qu'il les distingue, les intègre et puisse ainsi réinvestir certaines parties de son corps délaissées, et les incorporer à sa représentation

corporelle. L'ajustement tonique qu'elles induisent renforce la réappropriation de ses sensations et de son corps. Les séances visent à apporter du plaisir au patient, afin qu'il puisse investir son corps de manière positive, favorisant une image de soi valorisée. Enfin, les propositions sont menées en veillant à apporter un sentiment de contenance de manière à renforcer le sentiment d'unité du sujet.

Finally, the psychomotrician s'attarde à aider le patient à se réapproprier son corps et ses sensations, en prenant en compte sa pathologie. En rassemblant les aspects somatiques, cognitifs et affectifs inhérents au sujet, il participe à reformer et étayer le sentiment d'un corps unifié pour des personnes chez qui il s'est retrouvé fragilisé par un événement de vie bouleversant.

Il est à noter que le travail du psychomotricien en SSR est riche et ne se résume pas qu'au sujet abordé ici. Il serait ainsi intéressant de développer le reste de sa pratique pour continuer à reconnaître la valeur de ce métier dans ce type de structure et dans le domaine de la rééducation.

Bibliographie

- Albaret, J.-M. (2012). Le point de vue neuropsychologique. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 1. Concepts fondamentaux* (pp. 214-216). de boeck supérieur.
- Anzieu, D. (1985). Fonctions du Moi-peau. Dans D. Anzieu, *Le Moi-peau* (pp. 119-129). Dunod.
- Anzieu-Pemmereur, C. (2001, Septembre). Les enveloppes psychiques. *Santé mentale* , pp. 33-36.
- Berberides, I., & Lefeuvre, V. (2014, Juin). Le Toucher et la Paralyse: le rôle du toucher dans la construction de Soi et la relation à l'Autre. *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement* , pp. 63-67.
- Berquin, A., Leroy, B., Mouraux, D., & Voodecker, P. (2015). Des miroirs pour traiter la douleur, pourquoi? *Douleurs Evaluation-Diagnostic-Traitement* , pp. 124-130.
- Cailloce, L. (2020). Quand la dépression n'arrive pas seule. *CNRS Le Journal* .
- Carric, J.-C., & Soufir, B. (2014). *Lexique pour le psychomotricien*. Editions Robert Atlani.
- Carrié-Milh, S. (2015). Do In et automassages. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 2. Méthodes et techniques* (pp. 303-306). de boeck supérieur.
- De Lièvre, B., & Staes, L. (2000). Schéma corporel. Dans L. Staes, & B. De Lièvre, *La psychomotricité au service de l'enfant* (pp. 15-31). de boeck & belin.
- Fradet, M. (2015). La sclérose en plaque. Dans J.-M. A. Françoise GIROMINI, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Clinique et thérapeutique* (pp. 323-325). de boeck supérieur.
- Gourinat, V., & Erhler, S. (2015). Du morcellement à la reconfiguration. *Revue des sciences sociales*, 53 , pp. 100-107.
- Jacquemin, E. (2021). Chapitre 2. Recontacter le corps, partie par partie, pour se réconcilier avec. Interventions psychomotrices en centre de rééducation pour adultes. Dans C. Dutems, &

L. Pham Quang, *L'esprit du soin psychomoteur, de l'usage de la présence et des identités* (p. 53). L'Harmattan.

Lauras-Petit, A. (2015). Ethique et toucher. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 2. Méthodes et techniques* (pp. 294-300). de boeck superieur.

Lefèvre-Balleydier, A. (2018). Membre fantôme : la douleur des amputés. *Le Figaro* .

Louvel, J.-P., & Omnara, M. (2015). La Douleur en psychomotricité. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 3. Clinique et thérapeutiques* (pp. 147-160). de boeck superieur.

Morin, C. (2013). L'image du corps. Dans C. Morin, *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire* (pp. 39-67). érès.

Morin, C., & Thibierge, S. (2004). L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse. *Evolution psychiatrique* .

Pireyre, E. (2015). Définitions. Dans E. Pireyre, *Clinique de l'image du corps* (pp. 7-30). Dunod.

Pireyre, E. (2021). Le schéma corporel: d'un passé confus à la clarification. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* , pp. 410-414.

Ponsin, F. R. (2012). Chapitre 6 : Le corps en psychomotricité. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 1. Concepts fondamentaux* (pp. 227-228). de boeck superieur.

Potel, C. (2015). Introduction aux pratiques psychomotrices et à la médiation thérapeutique en particulier. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 2. Méthodes et techniques* (pp. 14-21). de boeck superieur.

Potel, C. (2015). L'eau, une médiation thérapeutique transitionnelle. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 2. Méthodes et techniques* (pp. 318-328). de boeck superieur.

Reinalter-Ponsin, F. (2012). Le corps en psychomotricité. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 1. Concepts fondamentaux* (pp. 227-232). de boeck superieur.

Reinalter-Ponsin, F. (2002, avril). L'élaboration de l'unité corporelle en relaxation. *Enfance & Psy*, pp. 96-101.

Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2012). Chapitre 5 : Fonction tonique. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 1. Concepts fondamentaux* (pp. 172 - 181). de boeck superieur.

Rousseau-Salvador, C., & Louvel, J.-P. (2018). Chapitre 31 : L'accompagnement du patient douloureux. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 4. Sémiologie et nosographie psychomotrice*. de boeck superieur.

Scialom, P. (2012). Chapitre 6 : Le point de vue psychanalytique. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 1. Concepts fondamentaux* (pp. 224-227). de boeck superieur.

Thérain, M., Da Fonseca, C., Di Cataldo, C., Ribiere, G., & Detrez, S. (2014). La psychomotricité : un soin propice à l'appropriation du corps. *Revue d'oncologie hématologie pédiatrique*.

Tracol, L. (2021). Soigner par le "Je". Dans C. Dutems, & L. Pham Quang, *L'esprit du soin psychomoteur, de l'usage de la présence et des identités* (p. 33).

Vargas, D. G. Douleur du membre fantôme. Montréal.

Sitographie

Amputation – membres inférieurs et supérieurs (s.d.) Consortium National de Formation en Santé. Consulté le 12 février 2022 à l'adresse

<https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>

Comprendre la fibromyalgie. (2021, 2 janvier). ameli.fr | Assuré. Consulté le 2 avril 2022, à l'adresse

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/fibromyalgie/comprendre-fibromyalgie>

Définition du métier de psychomotricien. (s. d.). Syndicat National d'Union des Psychomotriciens. Consulté le 15 mars 2022, à l'adresse

<http://snup.fr/la-profession/definition-du-metier-de-psychomotricien/>

Définition et chiffres - Fondation Sclérose en plaques. (s. d.). ARSEP- Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques. Consulté le 20 janvier 2022, à l'adresse

https://www.arsep.org/fr/168-d%C3%A9finition%20et%20chiffres.html?gclid=Cj0KCQiAi9mPBhCJARIsAHchl1zie0mJgFCvTP-CoteZXxcBXMDWmie06A4eRYJ63v6IYpbMy4aAuNaEALw_wcB

Hospitalisation en service de soins de suite et de réadaptation (SSR). (2016, 14 novembre).

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Consulté le 25 janvier 2022, à l'adresse

<https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/hospitalisation-en-service-de-soins-de-suite-et-readaptation-ssr>

La neuropathie diabétique | Fédération Française des Diabétiques. (s. d.). Fédération

Française des Diabétiques. Consulté le 12 février 2022, à l'adresse

<https://www.federationdesdiabetiques.org/information/complications-diabete/neuropathie>

Larousse, Æ. (s. d.). *Définitions : douleur, douleurs - Dictionnaire de français Larousse*.

Larousse. Consulté le 2 avril 2022, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637>

Larousse, Æ. (s. d.-b). *Définitions : médiation - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse.

Consulté le 12 avril 2022, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9diation/50103>

Larousse, Æ. (s. d.). *Définitions : réadaptation - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse.

Consulté le 25 janvier 2022, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9adaptation/66804>

Larousse, Æ. (s. d.). *Définitions : rééducation - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse.

Consulté le 25 janvier 2022, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9%C3%A9ducation/67385>

Les causes d'amputation | ADEPA. (s. d.). ADEPA - Association de Défense et d'Etude des Personnes Amputées. Consulté le 12 février 2022, à l'adresse <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/les-causes-damputation/>

Leduc, S. (s. d.). *Amputation - membres inférieurs et supérieurs*. Consortium National de Formation en Santé. Consulté le 12 février 2022, à l'adresse <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>

Membre inférieur – Prothèses – BTC Orthopédie. (s. d.). BTC Orthopédie - Votre autonomie et votre confort conservés. Consulté le 12 février 2022, à l'adresse <http://btc-orthopedie.com/membre-inferieur-protheses/>

Ministère des Solidarités et de la Santé (2012, 8 mars). *Ergothérapeute*. *Solidarité-santé.gov*. Consulté le 15 mars 2022 à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>

Ministère des Solidarités et de la Santé (2012, 7 mars). *Masseur-kinésithérapeute*. *Solidarité-santé.gov*. Consulté le 15 mars 2022 à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/masseur-kinesitherapeute>

Ministère des Solidarités et de la Santé (2016, 8 mars). *Soins de suite et de réadaptation-SSR*. *Solidarités-santé.gov*. Consulté le 15 mars 2022 à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>

Qu'est-ce que le diabète ? (2021, 2 janvier). ameli.fr | Assuré. Consulté le 12 février 2022, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete-comprendre/definition>

Traitement de la fibromyalgie. (2019, 14 novembre). ameli.fr | Assuré. Consulté le 4 avril 2022, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/fibromyalgie/le-traitement-de-la-depression>

Articles et décrets :

- Article L4321-1 du Code la santé publique
- Article R4331-1 du Code de la santé publique
- Décret n° 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

Annexes

➤ **Annexe 1**

Questionnaire équipe pour mémoire de psychomotricité

Dans le cadre de ma troisième année de formation en psychomotricité, je rédige un mémoire en lien avec mon lieu de stage. Le sujet de mon mémoire porte sur l'intérêt et la place de la psychomotricité dans le milieu de la rééducation. Pour cela, j'ai besoin de votre témoignage sur vos connaissances de la psychomotricité et vous suis reconnaissante de bien vouloir répondre à ce questionnaire anonyme.

Merci pour votre participation !

Elisa FONTAINE, stagiaire en psychomotricité.

- Quelle profession exercez-vous ? Dans quel service ?

- Saviez-vous qu'il y a une psychomotricienne dans l'établissement ?
 - Oui
 - Non

- Dans quel(s) service(s) pensez-vous qu'elle intervient ? (Cocher le ou les services)
 - Neurologie
 - Locomoteur
 - Pneumologie
 - Diabétologie-Nutrition

- Savez-vous ce qu'est la psychomotricité ?
 - Oui
 - Non

- Si oui, pourriez-vous l'expliquer en quelques mots. Précisez d'où vous connaissez la psychomotricité.

- Que pensez-vous que l'on travaille en psychomotricité et avec quelle population ? (en quelques mots).

➤ **Annexe 2**

Questionnaire patient pour mémoire de psychomotricité

Dans le cadre de ma troisième année de formation en psychomotricité, je rédige un mémoire en lien avec mon stage. Le sujet de mon mémoire porte sur l'intérêt de la psychomotricité dans le milieu de la réadaptation. Pour cela, j'ai besoin de votre témoignage et vous suis reconnaissante de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Votre nom n'apparaîtra pas dans le mémoire, c'est une donnée confidentielle.

Merci pour votre participation !

Elisa FONTAINE, stagiaire en psychomotricité

NOM :

- Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous hospitalisé(e) ?

- 1. Dans la liste ci-dessous, de quelle(s) prise(s) en charge avez-vous bénéficié et à quelle fréquence ? (Barrez celles que vous n'avez pas eu)
2. Parmi vos prises en charges, pourriez-vous les classer de celle que vous jugez la plus importante à la moins importante ?

- Kinésithérapie

- Psychomotricité

- Ergothérapie

- Activité Physique Adaptée (APA)

- Orthophonie

- Diététicien

- Psychothérapie

- Ateliers thérapeutiques

➤ Annexe 3

OPR Qu'est ce qu'une prothèse tibiale ?

Une prothèse tibiale est destinée à des patients ayant subi une amputation trans-tibiale c'est-à-dire au niveau de la jambe.

Une prothèse se compose :

- 1- D'un manchon
- 2- D'une emboiture
- 3- D'un élément de jonction
- 4- D'un pied
- 5- D'une esthétique / personnalisation

L'emboiture

L'emboiture est la partie dans laquelle le patient vient chausser le moignon.

Le Pied

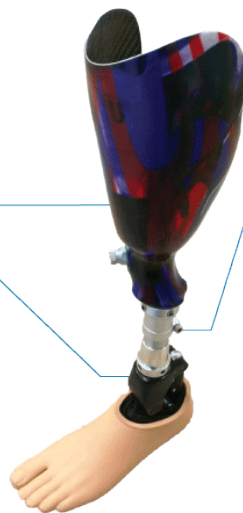
En élastomère, en carbone, avec ou sans amortisseur de torsion. Il en existe une multitude, choisis en fonction de l'activité du patient et de son poids. Une esthétique s'ajoute ensuite sur le pied.



Pied en carbone



Pied en carbone dans son esthétique



Le manchon

Le manchon se déroule sur le moignon. Il le protège et assure le maintien de la prothèse.

Éléments de jonction

Adaptation de la hauteur et de la rotation.

Esthétique et personnalisation

L'emboiture peut être personnalisée avec de nombreux motifs, selon le choix du patient. Une mousse esthétique peut être ajustée sur la prothèse, la rendant très peu visible, sous un pantalon par exemple.



Prothèse en carbone couleur chair



Prothèse en carbone avec mousse esthétique

Schéma d'une prothèse transtibiale avec pied

(source : <https://opr35.com/prothese-tibiale-rennes-fabrication-bretagne-adaptation-orthoprothesiste/>)

OPR Qu'est ce qu'une prothèse fémorale ?

Une prothèse fémorale est destinée à des patients ayant subi une amputation trans-fémorale, c'est-à-dire au niveau de la cuisse.

Une prothèse se compose :

- 1- D'un manchon
- 2- D'une emboiture
- 3- D'un genou
- 4- D'un pied
- 5- D'un élément de jonction
- 6- D'une esthétique / personnalisation

L'emboiture

L'emboiture est la partie dans laquelle le patient vient chausser le moignon.

Éléments de jonction

Adaptation de la hauteur et de la rotation

Le Pied

En élastomère, en carbone, avec ou sans amortisseur de torsion. Il en existe une multitude, choisis en fonction de l'activité du patient et de son poids. Une esthétique s'ajoute ensuite sur le pied.



Pied en carbone



Pied en carbone dans son esthétique



Le manchon

Le manchon se déroule sur le moignon. Il le protège et assure le maintien de la prothèse.

Le genou

Le genou prothétique a pour but « d'imiter » le fonctionnement du genou humain. Il en existe de nombreux modèles, du genou verrou au genou microprocesseur. Il est choisi en fonction de l'activité du patient.

Esthétique et personnalisation

L'emboiture peut être personnalisée avec de nombreux motifs, selon le choix du patient. Une mousse esthétique peut être ajustée sur la prothèse, la rendant très peu visible, sous un pantalon par exemple.



Emboiture fémorale avec motif « bois »



Prothèse en carbone avec mousse esthétique

Schéma d'une prothèse transfémorale avec pied

(source : <https://opr35.com/prothese-femorale-rennes-bretagne-appareillage-fabrication-orthoprothesiste-2/>)



Exemple d'une prothèse pour désarticulation de hanche

(source : <http://btc-orthopedie.com/membre-inferieur-protheses/>)

Résumé :

Cet écrit aborde le métier de psychomotricien dans le cadre particulier que sont les Soins de Suite et de Réadaptation, auprès d'une population adulte. Il s'intéresse particulièrement aux apports de la prise en charge psychomotrice pour des patients présentant des troubles du sentiment d'unité. Le processus de l'élaboration d'une représentation de soi unifiée est décrit au travers de trois cas cliniques aux pathologies différentes : sclérose en plaque, amputation et fibromyalgie. En reprenant les notions théoriques qui soutiennent cette construction (schéma corporel, image du corps, tonus et enveloppes), cet écrit s'attarde à faire ressortir les spécificités de la psychomotricité et de sa pratique. Ce mémoire vise, en expliquant ses apports, à promouvoir l'intérêt de la psychomotricité dans le milieu de la rééducation.

Abstract :

This writing approaches the psychomotor professional in the particular context of the Rehabilitation Care, with an adult population. It is especially interested in the contributions of psychomotor care for patients with body unity disorders. The process of developing a unified self-representation is described through three clinical cases with different pathologies: multiple sclerosis, amputation and fibromyalgia. By taking up the theoretical notions that support this construction (body schema, body image, tonus and bodily envelop), this writing focuses on bringing out the specificities of psychomotricity and its field of practice. This memoir aims, by explaining its contributions, to promote the interest of psychomotricity in the rehabilitation domain.

Mots clés :

- Soins de Suite et de Réadaptation
- Unité psychocorporelle
- Représentation corporelle
- Schéma corporel
- Médiations psychomotrices

Key words :

- Rehabilitation Care
- Psychocorporal unity
- Body representation
- Body schema
- Psychomotor mediation