



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

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



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

=====

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation  
Professeur Yves MATILLON

**Quand des mains, du nez... le sujet transparait**

L'intérêt de la sensori-motricité en soin de psychiatrie  
adulte : une modalité à la rencontre ?

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

**Par**

**TANTON Lucie**

**Juin 2015**

**N° 1295**

Directeur du Département Psychomotricité  
**Eric PIREYRE**

---

## 1. Université Claude Bernard Lyon1

Président  
**Pr. GILLY François-Noël**

Vice-président CEVU  
**M. LALLE Philippe**

Vice-président CA  
**M. BEN HADID Hamda**

Vice-président CS  
**M. GILLET Germain**

Directeur Général des Services  
**M. HELLEU Alain**

### 1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est  
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie  
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de  
maïeutique - Lyon-Sud Charles  
Mérieux  
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques  
et Biologiques  
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de  
Réadaptation  
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des  
Etudes Médicales (C.C.E.M.)  
**Pr. GILLY François Noël**

Département de Formation et Centre  
de Recherche en Biologie Humaine  
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

### 1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies  
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

IUFM  
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques  
des Activités Physiques et  
Sportives (S.T.A.P.S.)  
Directeur **M. VANPOULLE  
Yannick**

Ecole Polytechnique Universitaire de  
Lyon (EPUL)  
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

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

Ecole Supérieure de Chimie Physique  
Electronique de Lyon (CPE)  
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de  
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1  
Directeur **M. VITON Christophe**

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

## PARTIE THEORIQUE

### *Le devenir sujet : une rencontre avec le monde*

Introduction.....	4
<b>I. L'exploration sensorielle : une expérience constructive et structurante du sujet.....</b>	<b>5</b>
La sensorialité pour se saisir du monde.....	5
-In utéro : mise en place des premières fonctions sensorielles.....	5
-Avant la psychomotricité : la sensori-motricité .....	6
-La sensori-motricité : aux prémices d'un soi refuge .....	8
L'autre nécessaire dans cette exploration sensorielle : la relation mère enfant.....	10
-Une sensorialité commune : la nécessaire symbiose mère-enfant .....	11
-Cette autre fiable quand tout change.....	13
-L'élaboration du Moi à l'abri de Toi .....	15
<b>II. Quand l'expérience fait trace : la mise en corps, la mise en pensées.....</b>	<b>17</b>
Un corps pour la pensée : le soi représenté .....	17
-L'expérience sensorimotrice au service du développement des fonctions psychiques .....	17
-La fonction de symbolisation .....	18
-Pouvoir se représenter.....	20
Un corps différencié : le soi comme unité propre .....	21
-Le Self : le Moi constitué, le Moi unifié.....	21
-Le Self : un Moi qui se donne au Réel .....	21
<b>III. La pathologie dépressive : une curiosité au monde arrêtée.....</b>	<b>23</b>
Emotion et affect dans la pathologie dépressive et le lien au corps .....	23
Un corps porte symptôme .....	24
Une relation à l'autre sans désir .....	25

## PARTIE CLINIQUE

### *Psychiatrie adulte et psychomotricité : où se rencontrer ?*

Introduction.....	28
<b>I. Présentation.....</b>	<b>29</b>
Le pôle de psychiatrie adulte .....	29
-Organisation des soins .....	29
-Parcours de soin.....	30
Ma place de stagiaire et ressentis.....	31
-L'espace et le temps.....	31
-Comment venir inscrire mon travail .....	33
<b>II. Mme Pr : l'histoire d'une rencontre.....</b>	<b>34</b>
Au commencement.....	34
-Présentation de Mme Pr .....	34
-Une indication à faire nôtre .....	35
Psychomotricité : attention danger .....	35
-Premier entretien.....	35
-Le bilan psychomoteur.....	36
- Une première séance éprouvante .....	38
Au fil de nos rencontres : et s'il fallait, pour commencer, recommencer ?.....	40
-Quelques vignettes clinique.....	41
<b>III. Réflexions autour de nos séances : quelles conditions à cette rencontre ?.....</b>	<b>45</b>
Le dispositif : recréer de la contenance .....	46
-Déterminer notre espace.....	46
-Le temps.....	46
-Le déroulement.....	47
Ce qui a fait matière à nos séances : de la sensorialité à la sensori-motricité .....	48
Quand du bout des mains et de la pointe du nez, le mouvement advient.....	49
- La sensori-motricité pour un mouvement vers l'autre .....	49
-La sensori-motricité pour un mouvement corporel possible .....	50
-La sensori –motricité pour un mouvement interne.....	51

## **PARTIE THEORICO-CLINIQUE**

### *Quels prérequis pour faire de la psychomotricité un espace favorable à la rencontre ?*

Introduction.....	53
<b>I. « Mon corps a eu bougé, maintenant ce n'est plus utile » : la clinique auprès d'adultes.</b>	<b>54</b>
Un esprit de souvenirs et un corps de compétences .....	54
Parler et échanger : le soin adulte, un soin côte à côte ? .....	56
La sensori-motricité : un chemin à la clinique?.....	57
<b>II. Rendre possible une rencontre: les ressources du psychomotricien.....</b>	<b>58</b>
Empathie et Intuition .....	58
Le travail de verbalisation .....	60
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>62</b>
Qu'est devenue Mme Pr ?.....	63
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE .....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>67</b>
<b>REMERCIEMENTS : .....</b>	<b>68</b>

*Old man lyin' by the side of the road  
With the lorries rollin' by  
Blue moon sinkin' from the weight of the load  
And the buildings scrape the sky  
Cold wind rippin' down the valley at dawn  
And the morning paper files  
Dead man lyin' by the side of the road  
With the daylight in his eyes*

*Don't let it bring you down  
It's only castle burning  
Find someone who's turning  
And you will come around*

**Don't let it bring you down, Neil YOUNG**

*Un vieil homme étendu sur le bord de la route  
Et les poids lourds passant à côté  
La lune bleue sombre par le poids du fardeau  
Et les immeubles égratignent le ciel  
Le vent froid déchire la vallée à l'aube  
Et les idées claires du matin  
Un homme gisant Sur le bord de la route  
Avec la lumière du jour dans ses yeux*

*Ne te laisse pas abattre  
C'est seulement un feu de paille  
Trouve quelqu'un qui se retourne (sur toi)  
Et tu reviendras (à la vie)*

## INTRODUCTION

Le soin en psychiatrie adulte confronte à des corps tourmentés, malmenés ; réceptacles de la souffrance psychique et porte-symptômes des désordres internes. Le corps est très présent, parfois avec violence. Le mouvement désordonné, l'apparence négligée, le regard hagard, ou encore la mobilité ralentie peuvent heurter par leur étrangeté. Pourtant, il est difficile de faire matière de cela dans le milieu psychiatrique. En effet, si les soignants s'accordent de la nécessité d'un équilibre entre la psyché et le corps, ce dernier est toutefois le grand oublié du travail thérapeutique.

En entrant dans le service d'hospitalisation à temps complet pour un stage en supervision, je vais tenter d'apporter mon propre regard sur ce corps en relation, sensible et émotionnel. Mon observation ne se portera ni tout à fait sur ce corps soigné par les médecins somaticiens et les infirmiers, ni tout à fait sur ces maux de la pensée entendus par les médecins psychiatres ; mais sur ce point de jonction qui anime le corps d'un mouvement interne et d'un mouvement vers l'autre. Notre matière de travail devient alors moins évidente à inscrire dans une préoccupation soignante encore dominée par la psychothérapie et la prescription de psychotropes. Si le corps est une certitude, le mouvement peut être encore tabou, comme possiblement dangereux, par la potentialité pulsionnelle qu'il incarne.

Pourtant, chez certains patients, il n'y a plus de mouvement. Il est à tel point absent que le corps fait là aussi violence. Dans les mots des soignants, il y aurait urgence à animer. C'est ce qui m'amènera au cours de ce stage à venir rencontrer sur indication de leur médecin et sollicitations des soignants, plusieurs patients souffrant de dépression. Je serai alors confrontée à des corps en veille et négligés, mais pas par oubli : parce que le corps ne doit plus se penser. Je ressens une curiosité au monde environnant arrêtée, une relation à l'autre difficile, une émotion gelée ; comme pour vivre sur les bas-côtés d'une réalité trop difficile à supporter. En nous présentant en qualité de psychomotricien, nous ne pouvons pas mentir sur notre objet de travail : il y aura du « psycho » et de la « motricité ». Seulement, ce 2<sup>ème</sup> aspect de notre matière de soin, ces patients n'en veulent pas, ne peuvent pas, à tel point que la relation paraît impossible et l'objet de soin mis en péril.



En avançant seule, il m'a fallu tâtonner afin de penser cet échange. **Comment créer un lieu de rencontre avec le sujet dépressif suffisamment tolérable pour l'amener, dans la relation à l'autre et le partage émotionnel, à se risquer à la vie ?**

Les éléments de réponses me seront donnés au fil des séances elles-mêmes qui m'encourageront à me tourner du côté de la sensori-motricité décrite par André BULLINGER. En effet, dans ces premiers instants, on peut y décrire du sens, de l'autre, de l'émotion ; pour que puissent se dessiner les premiers contours d'une vie psychique. Nous sommes aux sources de ce qui rend l'aventure humaine possible et supportable : une continuité d'être suffisamment solide pour accueillir l'autre dans un soi représenté et stable. De plus, le prisme de la sensori-motricité nous incite à penser la pathologie dépressive du côté du Self, construit dans un corps sensoriel et dans la relation avec un environnement. Aborder la souffrance psychique par cette notion de Donald WINNICOTT permet d'esquisser une réalité psychocorporelle qui ne veut plus se donner à voir et de penser le lien à l'autre qui ne veut plus se construire. En effet, la notion de Self suggère que pour trouver sens à l'existence, il faut en avoir pu faire l'expérience des sens.

**Comment la sensori-motricité peut être un étayage à la relation auprès du patient dépressif et permettre de l'amener à penser son corps dans sa globalité? Quel(s) mouvement(s) va-t-elle pouvoir insuffler ?**

Par ce travail, je vais donc tenter de rendre compte d'un cheminement de pensée aiguillé par une prise en charge, celle de Mme Pr. La pathologie de cette dame malmènera le soin en psychomotricité. C'est pourtant Mme Pr elle-même qui me donnera les clés pour rendre ce tête à tête supportable et, de la sensorialité vécue à deux, venir parler d'un corps globalisé, replacé dans son histoire de vie. Pour mieux se saisir de la qualité sensori-motrice de ces expérimentations, nous tenterons dans un premier temps de retracer la place des sens dans le développement de l'enfant et leur importance dans le devenir sujet. Nous aborderons la pathologie dépressive sous ses manifestations corporelles. Enfin, dans une dernière partie j'aborderai ce qui fait matière à la thérapie psychomotrice auprès de l'adulte et soutient la relation quand elle est attaquée. Nous tenterons de définir les ressources et les assises du psychomotricien dans un soin en psychiatrie pour rendre la rencontre possible.

# PARTIE THEORIQUE

*Le devenir sujet : une rencontre avec le monde*

## *Introduction*

Les liens entre psychisme et sensorialité sont complexes, sûrement encore méconnus et difficilement résumables. Pourtant, il est indispensable de porter notre intérêt sur les premières interactions entre le tout petit et son environnement pour comprendre toute l'importance de ces précieux instants dans son développement psychique et corporel. Comment va-t-il saisir par les sens ce monde pour lui donner un sens ? Quels liens va-t-il élaborer avec son entourage par cette quête sensorielle ? Comment doit intervenir l'environnement pour pouvoir porter cette exploration ?

Si nous repartons de si loin, c'est parce que ce moment semble s'inscrire profondément dans notre identité de sujet étant et dans notre corporalité mouvante. En effet, comme le décrivent Gérard OSTERMANN et Sylvie CHABEE-SIMPER, « c'est dans le domaine sensoriel que va s'enraciner cette mémoire du corps, l'enfant évoluant dans un bain de sensations dès la gestation »<sup>1</sup>.

Le développement observé sous le prisme de l'exploration sensori-motrice, nous donne à réfléchir aux processus d'élaboration du Self. Comment se nourrit-il de ces expériences bénéfiques et de ces « mises en corps » ? Comment s'enrichit-il d'une rencontre humaine adaptée ? Nous nous attarderons sur la nécessité du Self pour le devenir du sujet, sur l'importance de ce sentiment d'un soi à la fois refuge et garant pour s'autoriser au désir de vie. La curiosité à l'inconnu, à l'autre, à un extérieur à découvrir, repose sur la construction d'un Self suffisant.

Pourtant, chez certains patients, cette avidité est arrêtée, ou seulement en veille. Cela s'incarne dans leur corps, dans les expressions de leur visage et leurs mots, comme gelés dans leurs affects et leurs pensées. Que vient signifier cette paralysie totale du sujet ? Comment le moindre mouvement peut-il devenir dangereux au point de ne plus s'y risquer ?

---

<sup>1</sup> OSTERMANN G., CHABEE-SIMPER S. (2010), Je déprime ou je somatise ? in Réminiscences, p.78

## I. L'exploration sensorielle : une expérience constructive et structurante du sujet.

### La sensorialité pour se saisir du monde

*-In utéro : mise en place des premières fonctions sensorielles.*

Ainsi Régine Prat introduisait-elle son intervention lors du congrès Corps et Narcissisme du 14 et 15 novembre 2014 : « Pour moi, le psychisme c'est d'abord un travail de transformation des données somato-sensorielles qui sont perçues. Cela oblige donc à chercher quelles sont les premières sensations sensorielles existantes, qui vont être susceptibles de faire trace et définir une vie psychique, dès avant la naissance». Il paraît donc nécessaire dans un premier temps de nous pencher sur la mise en place et l'organisation des fonctions physiologiques au cours du développement fœtal. Ces différentes étapes permettent de mettre en lumière les capacités sensorielles du bébé dès sa vie in utéro. Il a été démontré que les différentes fonctions sensorielles sont efficaces avant même leur maturité structurale et fonctionnelle, qui se poursuivra après la naissance en appui sur l'expérience avec l'environnement. Le bébé perçoit donc son monde extérieur avant même de le vivre.

#### *Sensorialités tactiles et proprioceptives*

Selon les travaux de Marie Joseph WOLFF QUENOT « La peau est le premier né de nos organes des sens et le plus vaste de nos moyens de communication avec l'extérieur ». Les fonctions tactiles apparaissent dès la 7<sup>ème</sup> semaine de gestation. À 14 semaines, des réponses motrices de retrait ont été enregistrées après stimulation cutanée, ce qui tend à prouver la présence de mécanorécepteurs.

#### *Sensibilité vestibulaire*

Les fonctions vestibulaires commencent à être opératoires à partir de 25 semaines et sont fonctionnelles à 31 semaines de gestation. Néanmoins, d'importantes modifications s'opèrent les six premiers mois de vie, le bébé étant soumis à la gravité terrestre.

#### *Sensibilité auditive*

Les cellules réceptrices cochléaire commencent à se former dès la 24<sup>ème</sup> semaine de grossesse et arrivent à maturité vers la 28<sup>ème</sup> semaine. Il faut cependant attendre jusqu'à

trois mois après la naissance pour arriver à maturité complète de la fonction auditive. In-utéro, le son perçu par le bébé est semblable à celui perçu lors d'une otite moyenne : le bruit de fond (bruits biologiques d'origine maternelle et placentaire) masque les sons graves. La voix maternelle, dont la transmission interne est assurée par les tissus et les os, est peu altérée : le bébé peut en percevoir la prosodie. Il a été démontré que le bébé garde en mémoire cette expérience acoustique de sa vie in-utéro et sera d'autant plus sensible à la voix maternelle.

### *Olfaction et gustation*

Des comportements d'ingestion et de régurgitation, d'inhalation et d'exhalation du liquide amniotique ont été observés chez le fœtus. À partir de la 34<sup>ème</sup> semaine de gestation, des changements de propriété de ce liquide peuvent modifier ces comportements : le fœtus ingurgite plus de liquide si du glucose y a été introduit et inversement s'il a été acidifié.

Plus tard, les nouveau-nés orientent leur attention de façon préférentielle vers des extraits odorants tirés du liquide amniotique qui fut le leur, que par des substances odorantes étrangères. Ceci tend à prouver que l'expérience prénatale fait trace : le fœtus mémorise son environnement olfactif. Il nous faut aussi souligner que le bulbe olfactif est connecté au système limbique, aux amygdales et à l'hippocampe, centres nerveux des émotions et de la mémoire. Les expériences odorantes sont gardées en mémoire de façon plus prégnante et plus durable que les autres expériences sensorielles.

Le fœtus est donc doué de capacités sensorielles qui lui permettent de se saisir de l'environnement interne et externe au ventre maternel. Ces expériences vont tout à la fois contribuer au modelage des fonctions sensorielles et faire trace dans la mémoire du bébé, le préparant à interagir avec le monde extérieur. Ces acquisitions vont pouvoir s'enrichir d'acquisitions nouvelles et contribuer à leur stabilisation plus rapide.

### *-Avant la psychomotricité : la sensori-motricité*

La sensori-motricité est une période du développement de l'enfant observée avant le langage, entre 0 et 24 mois. C'est le biologiste Jean Piaget qui fut le premier à définir ce stade en étudiant essentiellement les aspects cognitifs. C'est donc la sensori-motricité au

sens donné par André BULLINGER, nourri par les dimensions posturales, toniques et émotionnelles que nous nous intéresserons. Elle permet d'appréhender la sensorialité primaire comme une somme de flux sensoriels qui vont provoquer chez le tout petit un ensemble de réactions corporelles et cognitives. Commence alors pour le bébé le laborieux travail d'habiter son propre corps.

### *Les flux sensoriels*

Les flux sensoriels sont les signaux qui stimulent les systèmes sensoriels archaïques. Ils sont définis « par une source qui émet de manière continue et orientée un agent susceptible d'irriter une surface, le capteur ».<sup>2</sup> On distingue différentes natures de flux. Les flux gravitaires rendent compte de la stature par le biais du système vestibulaire et de la masse corporelle. Les mises en forme du corps sont dépendantes de ceux-ci. Les flux tactiles regroupent les sensations ressenties par toute la surface du corps et qui rendent compte à la fois de l'enveloppe corporelle et du corps dans l'espace. Les flux olfactifs sont associés à la gustation et font appel à la notion de plaisir. Leurs retentissements sur les variations toniques du bébé sont importants. Les flux auditifs ont une fonction d'alerte et permettent le traitement des distances. Enfin, les flux visuels rendent compte de la position et de l'orientation du corps dans l'espace et jouent un rôle important dans la régulation tonico-posturale du jeune enfant.

### *Les réactions posturales*

Les flux sensoriels ont pour conséquence d'entraîner un ensemble de réactions posturales chez le bébé tout à fait identifiables. Ces postures sont biologiquement déterminées. Il s'agit de points d'équilibres qui permettent l'élaboration de nouvelles postures. On note des postures symétriques dites de défense et des postures asymétriques qui sont des réponses d'orientation. Les flux sensoriels sont à l'origine d'une tension que le bébé ne peut se représenter. La seule solution qui s'offre à lui est alors le recrutement tonique. S'en suit un ensemble de réactions posturales aux fonctions bien distinguables. La fonction d'alerte dans un premier temps, se caractérise par un recrutement tonique global qui fige l'enfant dans une posture symétrique. La fonction d'orientation qui suit s'appuie sur les postures asymétriques. La répartition tonique est hétérogène : le recrutement tonique est plus important sur le côté du visage tourné vers la source. L'enfant va ensuite

---

<sup>2</sup>BULLINGER A. (2004), Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, p.25

traiter les informations relatives à la distance pour pouvoir entrer dans la dernière étape de consommation.

### *L'espace*

Le bébé est très vite confronté à la question de l'espace environnant qu'il doit pouvoir maîtriser afin d'adapter sa gestualité à son exploration. Les systèmes sensori-moteurs se caractérisent à la fois par leur capacité à traiter des flux sensoriels et par leur capacité à traiter « des propriétés spatiales des stimulations rencontrées »<sup>3</sup>. Les postures symétriques et asymétriques sont à l'origine de la construction d'un premier espace qui s'organise autour du corps de l'enfant. Les postures symétriques privilégient un espace autour de la zone orale alors que les secondes déterminent des espaces gauche et droit qui ne sont pas reliés. C'est l'espace oral qui va permettre de coordonner la gauche et la droite, en appui sur les progrès de redressement et de rotation du buste. Réunies, ces trois sphères déterminent l'espace de préhension. Cette ébauche de représentation spatiale va permettre la mise en place d'un véritable langage qui rend possible la coordination des différentes modalités sensori-motrices. Ce n'est plus le geste qui compte, mais ses effets. André BULLINGER parle alors de l' « effet spatial du geste ».

#### *-La sensori-motricité : aux prémices d'un soi refuge*

De ces expériences, le bébé acquiert un ensemble de connaissances qui vont lui être différents appuis pour l'élaboration mentale à la fois d'un espace et d'un corps en interaction. Le développement de l'enfant étudié à travers le prisme de la sensori-motricité donne à penser comment corps, espace et activité psychique se co-construisent tout en s'étayant sur un environnement donné.

### *Les objets de connaissance*

Dans cette exploration sensorielle, l'enfant va être à la recherche d'invariants et de régularités. La coordination des différentes modalités sensori-motrices est néanmoins nécessaire afin d'acquérir ces objets de connaissance que l'on définit en deux niveaux. Le premier décrit les objets de connaissance basés sur l'interaction entre l'organisme et le milieu, et leur régularité. Ils rendent possible le phénomène d'habituation qui permet

---

<sup>3</sup> Ibid., p.71

d'accueillir la nouveauté. Ce sont les coordinations sensori-motrices qui vont amener l'enfant à un deuxième niveau de connaissances. Des habitudes peuvent alors se former. C'est le geste lui-même qui est ici connaissance. Le troisième niveau est atteint lorsque les coordinations se forment indépendamment de l'action. Des représentations stables relatives à l'organisme, à l'objet et à l'espace qui les contient sont alors possibles. C'est l'effet spatial du geste, défini plus haut, qui est maintenant connaissance. André BULLINGER évoque alors un véritable « langage qui permet le dialogue entre les modalités sensorielles et [qui] stabilise des représentations de l'organisme dans l'espace ».<sup>4</sup> D'objets de connaissance ces matériaux deviennent moyens de connaissance.

#### *Du passage de l'organisme au corps*

Les premières représentations de l'organisme sont basées sur le mouvement : « la répétition des gestes permet d'une part d'en affiner le contrôle, d'autre part de susciter « ici et maintenant » un ensemble de sensations qui permettent de constituer, pendant l'acte lui-même, une première configuration sensori-tonique qui est une première représentation de l'organisme en action »<sup>5</sup>. Dès lors que l'espace du geste est représenté, l'organisme n'est plus seulement objet du milieu, il est corps.

Le corps est le point d'appui de ces explorations. Mais le corps représenté est lui-même une élaboration qui se nourrit des autres domaines de connaissances en construction. On note que la représentation de l'axe est notamment la composante organique à l'élaboration de l'espace de préhensions, union de l'espace droit et de l'espace gauche. Une protoreprésentation du schéma corporel peut alors s'élaborer.

#### *L'équilibre sensori-tonique : plate - forme à l'image corporelle*

Néanmoins, cette quête de la connaissance menée par le bébé n'est rendue possible que s'il est dans une stabilité tonique qui le lui permet. « L'équilibre sensori-tonique est le garant des interactions optimales d'un individu avec son milieu »<sup>6</sup>. Il se situe dans l'interaction ajustée entre le milieu physique (responsable des flux sensoriels), du milieu biologique (les systèmes organiques qui perçoivent ces flux) et du milieu humain (par le dialogue tonique). Mais ces trois composantes peuvent être en déficit ou en abondance. On note alors quatre régulateurs qui vont pallier ce déséquilibre. Le premier est déterminé par

---

<sup>4</sup> Ibid., p.75

<sup>5</sup> Ibid., p.32

<sup>6</sup> Ibid., p.37



les états de vigilance. C'est un mode de régulation « tout ou rien » où le passage se fait sans transition. Lorsque les autres systèmes ne sont pas disponibles ou débordés, il est l'ultime recours du bébé. Le contrôle des flux sensoriels est, quant à lui, un système de régulation exigeant et limité dans ses marges de tolérance. Un trop plein de stimulations provoque une décharge motrice. Le milieu humain est un troisième système de régulation qui permet d'accueillir l'émotion induite et d'apaiser les états de tension du bébé. Enfin, l'intériorisation de ces différents moyens, nommée « possibilité représentative », a aussi pour fonction de maintenir cet équilibre sensori-tonique.

Cet équilibre va pouvoir stabiliser l'image corporelle en dehors de l'action. Il rend possible l'élaboration de représentations de l'organisme et le développement des fonctions instrumentales.

Habiter son corps nécessite donc une maîtrise des sensations corporelles. Cohérence, stabilité et équilibre des interactions vont favoriser le passage progressif d'un fonctionnement, où seule l'interaction d'un organisme avec son milieu domine, à une activité, où le psychisme s'élabore en appui sur la construction d'un corps. L'espace se représente et le développement sensori-moteur va permettre la maîtrise par le bébé de ses moyens instrumentaux. Cependant, si ces conduites sensori-motrices sont omniprésentes chez le tout petit, elles ne disparaissent pas une fois à l'âge adulte. Elles sont toujours efficaces, « leur place et leur importance varient suivant les tâches dans lesquelles le sujet est engagé »<sup>7</sup>.

### **L'autre nécessaire dans cette exploration sensorielle : la relation mère enfant**

Le bébé n'est donc pas un explorateur solitaire, car, faut-il le rappeler, « un bébé seul, ça n'existe pas ». L'évidence de ce précepte de Donald WINNICOTT nous invite à penser cet environnement : comment soutient-il et encourage-t-il cette activité exploratoire pour faire du nouveau-né un sujet étant ?

---

<sup>7</sup> Ibid., p.70

*-Une sensorialité commune : la nécessaire symbiose mère-enfant*

Dans ses premiers temps de vie, le bébé est tout entier l'objet « d'une préoccupation maternelle primaire » selon les mots de Donald WINNICOTT. C'est un moment de grande proximité entre la mère et son enfant si bien que, comme le décrit Bernard GOLSE : « il n'y a pas de corps au singulier ; le corps du bébé n'est pas isolé, il y a forcément un autre corps quelque part »<sup>8</sup>.

*Tenu, serré, porté : le corps à corps*

Les soins de maternage amènent la mère et l'enfant à l'expérience de contiguïté des corps empreinte de sensorielle. Il y a du toucher, du son, du mouvement, du parfum, du regard, du goût dans ces premiers temps. L'expérience de tétée illustre pleinement cela : « [le bébé] est tenu dans les bras, serré contre le corps de la mère dont il sent la chaleur, l'odeur et les mouvements, porté, bercé, frotté, lavé, caressé, le tout généralement accompagné d'un bain de paroles et de fredonnements »<sup>9</sup>.

Il nous faut toutefois noter l'accordage tonique nécessaire au bon déroulement de cette séquence. Les états de tension doivent pouvoir s'ajuster pour laisser place à un véritable dialogue tonique, système de pare-excitation de l'interaction. Cette interaction sera tantôt appelé dialogue tonico-affectif, tantôt dialogue tonico-émotionnel selon les auteurs. La première expression a été décrite par Henri WALLON et réemployée comme telle par Suzanne ROBERT OUVRAY dans ses ouvrages. Mais en s'intéressant à cet ajustement mère-enfant et en s'appuyant sur les travaux d'Henri WALLON, Julian DE AJURIAGUERRA substituera la notion d'affect par celle d'émotion, en parlant de dialogue tonico-émotionnel. L'émotion est « l'aspect dynamique, corporel et représentationnel de l'affect »<sup>10</sup>. Il ajoute à cette communication entre le bébé et l'adulte la notion de mouvement. L'émotion est un mouvement vers le dehors, vers l'autre, Bernard GOLSE parlant de « lancer émotionnel ». C'est de par cette dimension dynamique du lien que nous choisirons d'étudier la relation mère-bébé par l'approche propre à Julian DE AJURIGUERRA.

---

<sup>8</sup> GOLSE B. (2001), *Du Corps à la Pensée*, p.27

<sup>9</sup> ANZIEU D. (1985), *Le Moi peau*, p.57

<sup>10</sup> Op. cit., p.28

Cet ajustement tonico-émotionnel est donc le dialogue qui permettra de « donner un sens psychique à un sens vibratoire corporel »<sup>11</sup>. Ce sont les corps tout entier du bébé et de la mère, qui sont pris dans une « communion affective » telle que la nomme Henri WALLON. Ces premières interrelations posent les jalons d'un corps relationnel.

Le dialogue tonico-émotionnel qui s'établit entre la mère et son enfant a donc fonction de pare-excitation mais aussi valeur de communication car il requiert « la lecture des signaux émotionnels et moteurs de chacun des partenaires »<sup>12</sup>. Dans ce dialogue infra-verbal va pouvoir se déployer l'expérience constructive des opposés sensoriels : chaud/froid, dur/mou... Le dialogue permet d'organiser ces expériences et de les coordonner si elles se prêtent à la répétition. L'enfant peut alors enrichir sa palette de combinaisons sensorielles. Se préparent ici les premières représentations de soi et des autres et le déploiement des capacités relationnelles.

#### *La dyade mère enfant*

Mère et enfant vivent une grande proximité corporelle si bien que le bébé passe par « une phase de confusion avec l'autre, comme étant avec et dans l'autre pour vivre ensuite le corps de l'autre dans ses mouvements et déplacements et le sein comme étant lui-même ».<sup>13</sup>

Néanmoins, si nous pensons à nouveau le développement de l'enfant sous l'éclairage embryologique, il serait justifié d'imaginer que le bébé possède dès sa naissance une ébauche d'un Moi, fort de ses expériences sensorielles intra-utérine. Cette subjectivité en construction va lui permettre de prendre une place active dans les premières relations et rendre possible les interactions. Le bébé sollicite autant qu'il est sollicité. Didier ANZIEU défend ce postulat et décrit un véritable « feed-back » à double sens. Il s'appuie sur les travaux de Thomas Berry BRAZELTON qui avait lui-même décrit ce système comme une « enveloppe » qui englobe la mère et le nourrisson. Ce « feed-back » se nourrit de différentes boucles : du regard prolongé, de l'identification à la mélodie de la voix maternelle et à son odeur corporelle, à la différenciation bon et mauvais sur les mimiques de la mère et la distinction des sons verbaux des autres sons. L'enfant met ici au travail ses capacités de « discrimination sensorielle, d'effectuation motrice et d'émission

---

<sup>11</sup> ROBERT OUVRAY S. (1993), *Intégration motrice et développement psychique*, p.140

<sup>12</sup> Ibid., p.114

<sup>13</sup> AJURRIAGUERRA J. (1962), *Ontogenèse de la motricité*, p.206

signifiante » auxquelles va s'ajouter en cas de réussite « une force qui le pousse à expérimenter d'autres boucles, à tenter de nouveaux apprentissages »<sup>14</sup>. Au cœur même de la relation symbiotique mère-enfant, le tout petit trouve matière à enrichir sa pulsion exploratoire qui va lui permettre de réorganiser ses schèmes sensori-moteurs et affectifs.

### *Du plaisir à l'intégration*

L'activité exploratoire va pouvoir faire trace si et seulement si elle est teintée d'une émotion tempérée qui va colorer l'expérience. Suzanne ROBERT OUVRAY décrit trois niveaux d'intégration psychomotrice. Lors du premier niveau sensoriel et tonique, l'enfant fait l'expérience des opposés comme décrit plus haut sur fond de satisfactions et d'insatisfactions : fort/doux, amer/sucré, mouillé/sec... C'est parce que ces couples sont accompagnés des notions de plaisir et de déplaisir que l'enfant va pouvoir en percevoir la polarité. « Pour que les deux premiers paliers tonique et sensoriel puissent étayer le palier de l'affect, la présence d'autrui est impérative »<sup>15</sup>. Mais pour que la mère puisse nommer les états affectifs du bébé, une certaine disponibilité psychique et physique est nécessaire afin de permettre l'échange et le partage des émotions.

### *-Cette autre fiable quand tout change*

L'exploration fait trace à partir du moment où elle peut être répétée et permettre le processus de comparaison pour tirer des invariants. Percevoir, c'est pouvoir faire lien entre ce qui est déjà connu, vécu et la nouveauté. Un référentiel est donc nécessaire pour que puisse s'inscrire la trace. Le corps peut tenir ce rôle mais il est tout à la fois outil d'exploration et matière modulée par l'exploration. L'environnement est quant à lui dynamique et ne peut proposer cette immuabilité nécessaire. Quel référentiel est alors possible pour l'activité exploratoire ?

### *Le creuset tonico-postural*

Le corps est un premier point de référence : la trace est alors l'ensemble des réactions toniques qui teintent la connaissance d'émotions. Cependant, lorsque l'investigation est trop vive, elle peut être désorganisante, induisant des variations toniques

---

<sup>14</sup> ANZIEU D. (1985), p.80

<sup>15</sup> ROBERT OUVRAY S. (1993), p.82

importantes. Le corps de l'enfant ne peut plus être tenu comme référentiel voire « au pire, découvrir peut empêcher de penser »<sup>16</sup>. C'est alors qu'intervient le milieu humain. Il va tout d'abord permettre au bébé de retrouver son calme intérieur pour continuer d'explorer. Dans un second temps, le parent étant connu, il est lui-même un référentiel. Le bébé peut s'appuyer sur lui pour établir à nouveau des comparaisons. Enfin, l'intervention humaine a une fonction homéostatique via l'empathie qui engendre un partage des éprouvés et une adaptation tonique au bébé. Par cet équilibre, l'enfant va pouvoir intégrer « une mère fiable à l'intérieur de lui »<sup>17</sup>.

Le bébé se crée une image continue de sa mère et de lui-même, employée comme référentiel à la comparaison : de la plateforme sensori-tonique se crée le creuset tonico-postural. C'est parce que le milieu humain rend possible une stabilité dans les stimuli sensoriels que l'enfant peut se construire une image immuable de lui-même à travers ses états émotionnels.

*L'autre qui nomme et initie à l'affect.*

L'enfant est entièrement plongé dans un bain de mots. La mère est dans une hypersensibilité aux signaux de l'enfant qui la rend capable de calmer et de donner un sens psychique aux états émotionnels. Elle nomme, met en mots, interprète ; validant ce que l'enfant vit et le soutenant dans cette activité. « L'enfant est aidé dans son analyse sensorielle des parties extérieures par le regard de la mère qui vient confirmer leur existence »<sup>18</sup>. Nous pourrions ajouter que c'est l'existence même du bébé qui est confirmée par cet autre nommant car « ne connaître de témoin à ses propres émotions que soi-même suffit souvent à les faire avorter »<sup>19</sup>. La mère s'appuie encore sur ses affects pour donner sens, l'émotion « devenant le terrain [...] à tout analyse des situations par rapport à l'objet »<sup>20</sup>.

En appui sur le fonctionnement affectif de sa mère, l'enfant va donc pouvoir faire un travail de différenciation et d'élaboration qui va lui permettre d'accéder lui aussi aux affects et aux représentations. La mère joue un véritable rôle « d'appareil à penser pour son enfant » selon les mots de Mac DOUGALL. Cette réciprocité entre sa mère et son enfant et

---

<sup>16</sup> LIVOIR PETERSON M F, Le dialogue tonico-émotionnel p. 47

<sup>17</sup> ROBERT OUVRAY S. (1993), p.99

<sup>18</sup> Ibid., p.106

<sup>19</sup> DE AJURRIAGUERRA J. (1962), De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, p.194

<sup>20</sup> Ibid., p.133

la validation par le mot du vécu corporel vont garantir « la vérité sensorielle du Moi »<sup>21</sup> de l'enfant. C'est la base nécessaire à la construction de la subjectivité, véritable prérequis à l'analyse multisensorielle de l'objet.

### *La pulsion proprio-tactile*

L'environnement humain crée donc un contexte de communication en mettant en mots les sensations corporelles et les liant à des ressentis affectifs. Cet état rend favorable le déploiement de la pulsion proprio-tactile telle que la définit Suzanne ROBERT OUVRAY. Elle décrit par cela « le besoin de tout être humain d'éprouver des sensations motrices »<sup>22</sup>. La faim et la soif mettent en mouvement le bébé au même titre que le besoin d'être bercé, porté, caressé. Cette pulsion est un mouvement vers l'autre, vers l'extérieur. C'est un besoin que seule la relation peut assouvir. En cela, elle permet la relation. Elle est aux prémices du langage et de la communication. Cette pulsion engage le corps tout entier car elle s'étaye par tous les niveaux sensoriels proprioceptifs et tactiles et ne peut s'assouvir que par le mouvement même créé par l'autre. Si l'autre n'y répond pas, le bébé se créera lui-même cet univers vibratoire par l'hypertonie.

### *-L'élaboration du Moi à l'abri de Toi*

Ainsi encouragé et étayé dans son activité exploratoire, le bébé va pouvoir avancer pas à pas dans la longue élaboration de sa personnalité. Au cœur même cette relation pourtant contigüe, se dessinent les contours d'un soi différencié pour y accueillir les balbutiements d'une subjectivité en devenir.

### *L'enveloppe corporelle : aux prémices du narcissisme*

L'enfant va engrammer les expériences de maternage décrites en amont. Il va faire siens les éprouvés de contacts peau à peau vécus dans l'accordage tonico-affectif, teintés de plaisir et mis en son et en sens par la voix maternante. Les polarités sensorielles ont pu être expérimentées en toute sécurité rendant possible l'intégration d'une limite sensorielle claire. Le bébé va introjecter un contenant-contenu, une intériorité et une extériorité, dans

---

<sup>21</sup> Ibid., p.99

<sup>22</sup> Ibid., p.131

lesquels pourra se construire un espace de la pensée et un espace émotionnel. Nous sommes là aux portes de l'appareil à penser les pensées.

Cette enveloppe dont nous décrivons la construction ici, fait référence au Moi peau. Selon Didier ANZIEU, elle « répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien être de base [qui] fonde la possibilité même de la pensée »<sup>23</sup>.

#### *L'imaginaire corporel pour continuer à explorer*

À travers ses explorations sensorielles, le bébé va tout d'abord explorer dans la polarité pour ensuite affiner son analyse sensorielle en la complexifiant. Les couples sensoriels et affectifs vont se recouper, se lier entre eux, en appui sur la relation à l'autre qui elle-même varie et se diversifie. Le bébé reconstruit en classant son analyse sensorielle et élabore un « imaginaire corporel »<sup>24</sup>. Cet imaginaire est tout à la fois un appui sensoriel pour élargir le champ de la connaissance et une entité mouvante qui s'enrichit au travers de l'expérience pour déployer ses capacités fantasmatiques.

#### *Un Moi de liaison : une image de soi continue*

Le bébé va pouvoir créer dans la relation avec l'autre un Moi de liaison entre les « les différents niveaux d'organisation, entre le dedans et le dehors, liaison entre soi et l'autre »<sup>25</sup>. Cet image d'un Moi continu est la base d'un sentiment de continuité de vivre, d'une constance du sujet avec son corps et avec l'autre.

Nous voyons donc comment le corps, parce qu'il est tout à la fois objet d'exploration et matière à la relation, va permettre le déploiement d'une personnalité propre. Ainsi que l'énonce Julian De AJURIAGUERRA « la corporéité toute entière appartient immédiatement à l'ouverture de l'homme sur le monde »<sup>26</sup>. De cette prise de contact avec son environnement, l'enfant se crée un imaginaire corporel sur lequel le bébé « s'appuie sensoriellement pour inventer, créer et accroître ses connaissances »<sup>27</sup>.

<sup>23</sup> ANZIEU D. (1985), p.61

<sup>24</sup> ROBERT OUVRAY S. (1993), p.103

<sup>25</sup> Ibid., p.145

<sup>26</sup> DE AJURIAGUERRA J. (1962), p.183

<sup>27</sup> Ibid., p.183

## II. Quand l'expérience fait trace : la mise en corps, la mise en pensées.

Nous allons tenter de décrire comment le bébé va s'approprier ses expériences sensori-motrices pour les mettre au service de son développement. En appui sur ce monde qui s'est donné à vivre sensoriellement et émotionnellement dans la relation à l'autre, le bébé va dorénavant pouvoir construire une conscience suffisante de lui-même pour se permettre de se donner à son tour à la relation au monde. Comment l'expérience du corps va-t-elle pouvoir faire trace ? Comment contribue-t-elle à la fois aux processus de séparation et d'individuation et à l'élaboration d'un sentiment d'être au monde ?

### Un corps pour la pensée : le soi représenté

*-L'expérience sensori-motrice au service du développement des fonctions psychiques*

Fort de ces expériences sensorielles et motrices, vécues dans des conditions « suffisamment bonnes » et mises en sens par un environnement « suffisamment bon » ; le bébé va pouvoir poursuivre son développement cognitif. Il nous faut garder en vue que, dans ce travail de maturation psychique, « le corps et son fonctionnement en sont matrice »<sup>28</sup>. Les fonctions psychomotrices permettent non seulement le développement des fonctions psychiques mais aussi leur enracinement.

Notons tout d'abord l'intérêt de la fonction tonique. C'est elle qui offre l'expérience de partage, de la nuance et du sens dans le dialogue tonique, permettant au bébé de passer d'états sensori-toniques en tout ou rien, à des expériences teintées d'émotions. L'intégration sensorielle est nécessaire pour que la fonction tonique puisse permettre le vécu du nuancé.

C'est toutefois sur la fonction psychomotrice d'enveloppe que le psychisme va pouvoir trouver ressources à son développement. L'enveloppe permet de ressentir le tout, « le tout enveloppé corporellement »<sup>29</sup>. Maurice BERGER définit ce tout comme un premier fond indifférencié structurant sur lequel va pouvoir se distinguer la différence et permettre de la comprendre, car comme le définit Didier ANZIEU « Toute forme se

---

<sup>28</sup> LATOUR A. M. (2013), *Des matières et des formes à l'Imaginaire corporel*, p.90

<sup>29</sup> BERGER M. (1994), *Les troubles du développement cognitif*, p.52



détache sur un fond »<sup>30</sup>. Cette unité corporelle, qui s'éprouve dans la fonction d'enveloppe, permet la création de cet écran où se dessine la forme, le détail.

Ici s'esquissent les premières formes de pensées qui vont trouver un contenu de nature corporelle. Elles s'étayent sur cette matière organique qui elle-même trouve appui sur ce psychisme en développement. En effet, Didier ANZIEU détermine huit fonctions au moi pensant : celle de maintenance et de consistance (comme source d'élan à la verticalisation) ; de contenance ; de constance (comme fonction de pare-excitation) ; de signifiante (comme surface d'inscription) ; de correspondance, concordance, convergence et consensualité ; d'individuation ; d'énergisation (en tant que recharge libidinale) et de sexualisation. Le penser est donc tout à la fois un ancrage narcissique (rendant possible le sentiment de continuité d'existence), une composante du système de pare-excitation et une réparation symbolique, tel que le résume Bernard GOLSE<sup>31</sup>.

Néanmoins, il nous faut insister sur l'importance des facteurs affectifs dans ce déploiement des fonctions psychiques, « le développement cognitif [étant] en grande partie issu de la rencontre entre les mouvements corporels du sujet, ses mouvements psychiques et affectifs, et son environnement »<sup>32</sup>.

#### *-La fonction de symbolisation*

D'un monde d'éprouvés et de sensations, le bébé va pouvoir accéder à un monde de représentations. Symboliser, c'est « se rendre présent au monde et à soi-même [...] pour s'y investir et se l'approprier »<sup>33</sup>.

Afin d'accéder à la représentation, les choses doivent se présenter à nouveau, que ce qui est « vécu au-dedans soit externalisé [...] afin d'être représenté, rendu « présent » à nouveau afin d'être intégré psychiquement »<sup>34</sup>. C'est donc dans le domaine de la sensori-motricité que va pouvoir s'engager le travail de perception de l'objet, rendant possible sa re-présentation. Les auteurs André CALZA et Maurice CONSTANT définissent la sensori-motricité comme étant dans un premier temps confondue à l'hallucination motrice et

---

<sup>30</sup> Ibid., p.52-53

<sup>31</sup> GOLSE B, Le développement affectif et intellectuel de l'enfant

<sup>32</sup> BERGER M. (1994), p.3

<sup>33</sup> ROUSSILLON R. (1999), Agonie, Clivage et Symbolisation, p.237

<sup>34</sup> CALZA A. et CONSTANT M. (2012), Corps, Sensorialité et Pathologies de la Symbolisation, p.23

sensorielle avant d'être transformée en perceptions par l'appareil psychique et l'environnement humain qui « détoxifie » l'éprouvé brut. Par ce mécanisme psychique, les auteurs décrivent la sensori-motricité en terme « d'attracteur » de la symbolisation primaire.

La symbolisation primaire relie la « première inscription de la chose psychique, sa trace mnésique perceptive à la représentation de chose »<sup>35</sup>. Cette première étape est donc très ancrée dans le corps, elle ne se parle pas encore. Le monde devient un monde « pour soi ». C'est un monde confus et narcissique. Ce n'est seulement que l'étape de la symbolisation secondaire qui va permettre de lier la représentation de chose à la représentation de mot. Elle permet alors la représentation de l'altérité en soi. D'un processus de présentation subjectivante le sujet passe à un processus de présentation objectivante où il s'agit de s'effacer pour pouvoir accueillir l'autre en soi sans se nier. René ROUSSILLON décrit une double contrainte, où l'identité se construit sur l'absence : la symbolisation nécessite la construction au sein du sujet d'un espace pour l'autre, le non soi, et d'un espace pour le sujet. La non représentation est donc génératrice de symbolisation.

René ROUSSILLON évoque une deuxième double contrainte. Le travail de symbolisation est un travail de transformation, de création mais à partir de l'existant, reprenant tout le paradoxe du « trouvé-crée » défini par Donald WINNICOTT. Symboliser est à la fois un processus de séparation, de différenciation, de liaison, de « création de soi et du monde « pour un sujet » »<sup>36</sup>. Néanmoins, la symbolisation produit un écart avec l'objet même : l'expérience sensorielle du sujet, par laquelle il va pouvoir appréhender l'objet, n'est pas l'expérience subjectivée, celle par laquelle l'objet va pouvoir se représenter. La symbolisation induit donc une perte, une négation du symbolisé. De plus, parce qu'elle se dégage temporellement de l'expérience sensorielle première, elle donne à vivre une expérience nouvelle de la rencontre avec ce même objet, une expérience empreinte de sens qui permet l'appropriation de l'expérience sensorielle.

---

<sup>35</sup> ROUSSILLON R. (1999), p.219

<sup>36</sup> Ibid., p.238

*-Pouvoir se représenter*

La fonction de représentation marque une étape importante dans le développement du bébé. Elle va influencer non seulement sa manière d'être au monde et à l'autre mais aussi à lui-même.

La perte induite par la symbolisation décrite en amont, permet de pouvoir se séparer de l'objet. Celui-ci peut exister même sans sa présence physique. La relation à l'autre ne se vit alors non plus dans un collage chaotique, mais dans un attachement organisé. Le bébé peut dorénavant garder le parent absent à l'esprit, renforçant ainsi le narcissisme primaire et sa capacité à être seul. Il ne vit plus la relation dans un agrippement permanent mais peut s'en séparer physiquement. Mais pouvoir se représenter mentalement, c'est aussi pouvoir s'approprier le monde. Comme le souligne Maurice BERGER, la fonction de symbolisation est cruciale pour les apprentissages : elle permet la représentation de la continuité et de la perte, conditions sine qua none à l'introjection. Le travail de représentation crée une trace mnésique chez le sujet, qui va pouvoir apprendre par engrammage et non plus par conditionnement.

Le bébé appréhende à la fois le monde dans une continuité et lui-même, en construisant ainsi une représentation mentale de soi continue à travers les différents états toniques et émotionnels traversés. Cette image de soi est un premier socle identitaire nécessaire à la curiosité au monde : elle permet une représentation interne suffisamment stable et solide pour se risquer à l'exploration et rendre possible son appropriation. Le bébé peut désormais s'orienter, s'organiser dans son activité. Sans elle, le bébé n'a de lui qu'une représentation corporelle d'action où il ne se vit comme sujet étant seulement par le mouvement. L'instabilité psychomotrice peut en effet venir parler d'une faille de symbolisation.

Nous voyons donc ici tout l'intérêt de la fonction de symbolisation. En appui sur des représentations stables de lui-même, de l'autre et de l'environnement, le bébé va pouvoir s'aventurer à la rencontre avec le monde qui l'entoure et pouvoir faire trace de cette rencontre.

## Un corps différencié : le soi comme unité propre

*-Le Self : le Moi constitué, le Moi unifié*

Le self est une notion élaborée par Donald WINNICOTT qui donne à penser la construction d'un Moi fondé sur un Moi corporel en lien avec un environnement bienveillant.

Le self est la somme des expériences sensori-motrices et de la rencontre avec un entourage qui apporte les soins nécessaires au bébé. Les expériences de « repos, motricité spontanée, sensation, passage de l'activité au repos »<sup>37</sup> doivent être vécues sous le regard attentionné de la mère. Elle saura répondre à ces mouvements par sa « préoccupation maternelle primaire » qui permet d'assurer la fonction de holding. Cette fonction de « maintient » physique, de portage, rend possible le sentiment continu d'existence nécessaire aux processus d'intégration. C'est seulement une fois ce sentiment d'unité installé que le handling, qui désigne les soins, va pouvoir remplir toute sa fonction. La mère transforme les besoins corporels en besoins du Moi. Elle amorce le processus de personnalisation, c'est à dire l'habitation progressive du corps par la psyché. Ce mouvement est le mouvement de constitution du Self.

Le Self est ainsi l'héritage du holding, l'expression d'une continuité d'être, et du handling, le processus psychosomatique par lequel le Moi se fonde sur un Moi corporel. Le bébé fait progressivement l'expérience de soi, expérience essentielle à l'édification des premières relations objectales. C'est une des conditions essentielles à la capacité à être seul.

*-Le Self : un Moi qui se donne au Réel*

Le self est le noyau de la personnalité. Il est la personne qui dit « je ». Il est d'essence corporelle mais peut s'en distancer. Donald WINNICOTT différencie le vrai – Self, qui s'est construit dans une relation avec un environnement adapté et continu, et le faux –Self, fruit d'un environnement chaotique. Ce faux-Self réactionnaire a pour fonction

---

<sup>37</sup> WINNICOTT D. (1956), *La Mère suffisamment bonne*, p.49

de protéger le vrai-Self « de son exploitation qui aboutirait à son anéantissement »<sup>38</sup> : il est l'enveloppe du Self authentique. Il se construit en réponse aux besoins de l'autre, pour répondre à ses désirs et ainsi contrecarrer la peur de le perdre. Il est tel un mensonge fait à soi-même.

Le vrai-Self se caractérise par sa spontanéité : il donne sens à l'action. Il permet l'indépendance et la pensée personnelle. Il est créateur et ressenti comme réel. Il peut acquérir une réalité psychique et un schéma corporel personnel. Il faut souligner aussi toute sa fonction de lien. Lui seul peut établir des processus avec la réalité extérieure parce qu'il procure le sentiment de continuité. Il lie les expériences passées, les conséquences de l'expérience présente et les attentes du futur. C'est cela qui permet au tout petit de « réagir à un stimulus sans traumatisme : parce que ce stimulus a une contrepartie dans la réalité interne, la réalité psychique de l'individu »<sup>39</sup>. C'est parce que l'enfant fait lien et peut être seul, qu'il peut s'identifier à ses objets d'amour sans perdre son identité. Il se crée des objets internes et peut, pas à pas, accéder à l'indépendance et la maturité.

Nous comprenons ici toute l'importance des premières rencontres du bébé avec son environnement, de la nécessité de pouvoir éprouver des accordages corporels et affectifs de qualité et de développer une sensori-motricité soutenue. Eux seuls permettent la construction d'un self suffisant qui assure la capacité de se donner au monde et de l'accueillir en toute quiétude. Comme l'énonce René ROUSSILLON, ce sont les « conditions nécessaires d'accession au sentiment de soi, pour se « sentir bien » aux deux conditions du terme : pour que le bébé s'investisse et s'aime »<sup>40</sup>. Le psychanalyste souligne ainsi toute l'importance de ce sentiment précieux, construit dans la relation à l'autre, qui nourrit un éprouvé d'amour et de bienveillance du sujet à lui-même. Ce retour à soi est une exigence pour traverser les événements de vie sans être trop ébranlé dans son identité. Cette sollicitude personnelle permet de trouver les ressources nécessaires pour alimenter l'élan de vie qui anime et met en mouvement.

<sup>38</sup> Ibid., p.109

<sup>39</sup> Ibid. p.114

<sup>40</sup> CARTON S., CHABERT C, CORCOS M. (2013), Le Silence des Emotions, p.43

### III. La pathologie dépressive : une curiosité au monde arrêtée.

Dans son ouvrage Deuil et Mélancolie, Sigmund FREUD définit la dépression comme un prodigieux appauvrissement du Moi et un abaissement extraordinaire du sentiment du Moi, conséquents à la perte de l'objet. Il évoque un « délire de petitesse ». Les termes sont forts et évoquent une histoire en deux temps, où la dépression signerait un déclin d'un sujet pourtant en devenir.

D'un point de vue étiologique, le syndrome dépressif se caractérise par le modèle triadique suivant: trouble de l'humeur sous la forme d'anesthésie affective, inhibition de la pensée avec ralentissement et perturbation des fonctions psychomotrices. Le DSM V définit ce trouble de l'humeur par une baisse de toutes activités, baisse ou augmentation de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, ralentissement, fatigue ou perte d'énergie. Mais ce qui semble caractériser cette pathologie depuis ses premières descriptions historiques, c'est la prédominance du corps : Daniel WIDLOCHER place le ralentissement psychomoteur comme le « noyau »<sup>41</sup> du syndrome dépressif. Sans omettre l'approche psychanalytique de la dépression, ce sont sur ses aspects moteur et corporel de la pathologie que nous allons nous pencher. Les plaintes d'ordre somatique vont être les premiers signes de la maladie. Le corps va se faire peu à peu porte symptôme par ce qu'il donne à voir et par son omniprésence dans les dires du patient. Toutefois, c'est une maladie polymorphe dont on distinguera des formes masquées, des dépressions secondaires à une maladie ou encore le pendant à la phase maniaque dans le cas du syndrome bipolaire. Nous porterons notre intérêt sur les dépressions sans émotion, qui se caractérisent par un retrait affectif pour choisir de vivre dans le silence psychocorporel le plus complet.

#### Émotion et affect dans la pathologie dépressive et le lien au corps

Touchés, affectés, émus, troublés, peïnés : nous sommes perpétuellement transformés par notre environnement. L'émotion se définit par la part manifeste de la réponse à un stimulus extérieur : les modifications comportementales, physiologiques, les traductions corporelles. L'affect, comme le décrit Catherine CHABERT, « s'inscrit dans

---

<sup>41</sup> ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004), Corps & Psychiatrie, p.82

un double registre, conscient et inconscient et se qualifie en référence au plaisir et au déplaisir dans leurs divers déclinaisons »<sup>42</sup>. Il est en étroit lien avec la pulsion, le corps et l'objet.

Dans la pathologie dépressive, Claude SHADJA évoque une perte objectale qui n'a pas pu se conscientiser du fait d'un processus de « défusion entre moi et non-moi, entre sujet et objet pas encore achevé »<sup>43</sup>. Cette perte équivaut à une perte « aboutissant à un déficit d'organisation narcissique primaire »<sup>44</sup>. Le sujet dépressif va donc tenter par tous les moyens de ne pas réactiver cette perte en tentant de faire taire toute source de pulsion. La dépression est donc une vie pseudo-pulsionnelle « où ce qui manque est l'inquiétude naturelle devant le caractère incontrôlable et intempestif de la pulsion »<sup>45</sup>. C'est pourquoi, ne pas s'émouvoir permet de ne pas se risquer à réactiver des scénarios que le psychisme immature n'aurait pas pu mettre en représentations. Hors, comme le définit Maurice CORCOS, « le médium entre le corps et l'esprit, pour ne pas dire entre la chair et l'âme est l'émotion »<sup>46</sup>. Ainsi, les dépressions sans émotions privent le sujet « du langage élémentaire pour exprimer ses affects »<sup>47</sup>.

### Un corps porte symptôme

Afin de contrecarrer toute pulsion et tous scénarios fantasmatiques inconscients qui chercheraient à s'activer, il semble que l'extinction affective soit le seul recours possible pour ces sujets. Pour cela, l'émotion, sa part perceptible et corporelle, sera bridée. Le corps va donc faire l'objet d'un surinvestissement.

Nous pouvons décrire un ralentissement très puissant et ce, à tous les niveaux de la personnalité. Daniel WIDLOCHER voit en ceci un « élément central et organisateur de la dépression, [un] trouble primaire et fondamental »<sup>48</sup>. La fatigue, l'inertie, la tristesse, la passivité, la douleur sont autant visibles dans la mise en mouvement corporelle que dans la mise en mouvement psychique. Toutefois, il est à souligner que le ralentissement est un

---

<sup>42</sup> CARTON S., CHABERT C, CORCOS M. (2013), p.79

<sup>43</sup> Ibid., p.53

<sup>44</sup> Ibid., p.53

<sup>45</sup> Ibid., p.42

<sup>46</sup> Ibid., p.143

<sup>47</sup> Ibid., p.63

<sup>48</sup> Ibid., p.67

comportement normal, assimilable à un retrait face à un danger potentiel observable chez le tout petit (comme peut le décrire René SPITZ dans le cas de dépression anaclitique) et chez l'animal. Il s'agit « d'une forme active et intentionnelle de réponse à l'expression d'une perte »<sup>49</sup>.

Il semble qu'un cercle vicieux se mette ici en place dans les liens entre ce corps inerte et ces émotions éteintes. En effet, l'absence de mouvement rend le sujet incapable d'éprouver tout sentiment alors que l'extinction émotionnelle se nourrit de cela et l'encourage. De même, c'est tout à la fois le corps dans son absence de mouvement réel qui encourage à ce silence des émotions, mais aussi « la pensées de ce corps ralenti, de l'asthénie psychique, sa représentation [...] c'est-à-dire la façon dont la représentation investit le fonctionnement mental »<sup>50</sup> qui fournit un étayage à cette extinction. Nous notons donc ici toute la force de cette inertie qui prend la forme d'un contre-investissement très massif. Pierre FELIDA va jusqu'à évoquer une « identification à un état de mort, peut être un mort qui représenterait la seule capacité de rester « vivant inanimé » »<sup>51</sup>.

C'est la dimension vécue du corps qui est troublée, entraînant avec elle une altération de l'espace et du temps dans lesquels il vient s'inscrire. En effet, Arthur TATOSSIAN décrit une « inhibition du devenir et la stagnation du temps vécu [desquels] découlent aussi bien l'impuissance à toute action et à tout affect véritable –y compris la tristesse- car un mélancolique capable d'être triste n'est précisément plus capable d'être mélancolique »<sup>52</sup>

### Une relation à l'autre sans désir

La pathologie dépressive sans émotion se caractérise à la fois par un gel des affects mais aussi par des capacités d'insight et d'empathie mises à mal. Ces fonctions, par un retour à soi, permettent d'élaborer en toute quiétude. Il s'agit « d'habiter son corps et son esprit et y trouver « une chambre à soi » »<sup>53</sup>. Cela s'apparente à un soi de référence, « un

---

<sup>49</sup> Ibid., p.67

<sup>50</sup> Ibid., p.69

<sup>51</sup> Ibid., p.63

<sup>52</sup> Ibid., p.14

<sup>53</sup> Ibid., p.197



tuteur interne »<sup>54</sup> qui permet de s'offrir à la relation à l'autre en accueillant l'affect de l'autre.

L'élan à l'altérité est donc entravé. De plus, il nous faut souligner toute la fonction de l'émotion dans ce qu'elle renvoie au sujet de sa part vraie, qui se donne au réel. En effet, là où nous sommes émus, c'est nous, ce qu'André GREEN nomme « Affect d'Existence ». L'émotion vient tout à la fois parler d'une identité mais aussi d'un sujet qui se donne à un environnement. Il contribue à ce « Sentiment d'être » décrit par Donald WINNICOTT. À la lumière de cela, nous comprenons alors comment le sujet déprimé se retire de la vie psychique par manque d'appuis en lui-même qui lui permettraient de se risquer à la rencontre.

De plus, le corps qu'il donne à voir, « comme atteint dans ses compétences biologiques »<sup>55</sup> ne permet pas de renforcer une image positive de lui-même mais au contraire encourage à la dévalorisation. La curiosité vers l'autre est donc jugulée, amoindrie, puisque l'autre fait souffrance et encourage cette spirale sans fin.

Par cet abord de la pathologie dépressive, nous comprenons toute la difficulté de la relation, voire même combien elle constitue un risque potentiel pour le patient, un danger. De plus, le corps est alors le terreau même de la maladie sans toutefois pouvoir se nommer ni même s'évoquer autrement que par la plainte et la douleur. Aborder le corps dans ses qualités relationnelles et émotionnelles, qui se donne à voir à l'autre malgré soi, c'est peut-être éveiller l'idée pour le patient dépressif d'une disparition au monde et à soi-même échouée.

---

<sup>54</sup> Ibid., p.197

<sup>55</sup> ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004), p.83

# **PARTIE CLINIQUE**

*Psychiatrie adulte et psychomotricité : où se rencontrer ?*

## *Introduction*

Dès mes premiers pas dans le service de psychiatrie adulte, j'observe une grande inertie des patients. Leur mobilité est réduite, restreinte, lente ; et s'ils ne déambulent pas, ils restent assis dans une petite pièce de vie. Parallèlement, je ressens dans les sollicitations des soignants un besoin très fort de mettre en mouvement. Je noterai que les indications font souvent suite à un constat toujours plus ou moins identique : un patient bouge peu, peut-être serait-il intéressant que je le rencontre. Le mouvement serait-il salvateur ? Animer permettrait-il d'échapper à la mort de son vivant ? Pourtant, ce corps en veille vient tout autant renseigner d'un compromis qu'un geste maladroit, qu'une marche singulière, ou qu'un équilibre précaire. Comment accueillir et faire matière de cela ? Comment comprendre ce silence pour pouvoir aborder ce corps sans trop effrayer, sans trop déborder ?

Afin d'illustrer mon propos, je vais retracer un suivi, celui de Mme Pr. Je rencontrerai cette patiente sept fois avant sa sortie. Je cherche ici à rendre compte d'une élaboration, d'un cheminement de pensée guidé par cette prise en charge singulière et qui donne à réfléchir le soin psychomoteur en service de psychiatrie adulte. Comment amener ces patients sur la question du corporel, dans un service où le corps est tout à la fois présent par ses démonstrations violentes et mis sous silence ?

Néanmoins, dans un souci de partager avec précision et authenticité le travail qui suit, il me paraît nécessaire de pouvoir rendre compte dans un premier temps du lieu dans lequel il s'inscrit. Le soin psychiatrique se singularise par une posture soignante dont je ne peux faire fi. Il m'a fallu penser cette rencontre sous l'éclairage de ce pavillon d'hospitalisation où elle se déroule. De plus, sensibilisée à la clinique de l'enfant déficient intellectuel, à celle de l'adulte en foyer de vie, au handicap moteur, il ne va pas toujours de soi que de mener un travail auprès d'adultes sans déficience intellectuelle, qui jouissent d'un appareillage locomoteur fonctionnel, rencontrés dans un lieu de passage. Ajouté à cela, l'intérêt pour le corps dans ses qualités relationnelles et émotionnelles peut tout à coup perdre de son évidence sous le joug d'une préoccupation soignante entièrement tournée vers le soin psychique et où, me semble-t-il, la pharmacologie prédomine.

## I. Présentation.

### Le pôle de psychiatrie adulte

Le service où j'interviens accueille des patients de plus de 18 ans souffrant de troubles psychiques. Il s'agit de l'unité d'hospitalisation à temps plein et d'un des CMP d'un pôle de soin de psychiatrie adulte. Ce pôle comprend aussi un autre CMP, un CMP-CATTP, un CMP-CATTP-Hôpital de jour et une équipe de psychiatrie de liaison ; chacun situé dans l'un des quatre cantons du secteur. Toutes ces unités extérieures sont sans hébergement. Le pavillon de mon lieu de stage se situe quant à lui au sein d'un grand centre hospitalier psychiatrique qui regroupe plusieurs autres unités (service de pédopsychiatrie, service de remédiation cognitive, service de soins pour secteur géographique autre...).

Cinq médecins psychiatres et un interne interviennent dans le pôle. Ils assurent le lien entre les dispositifs intra et extra et permettent une continuité de prise en charge par un suivi des patients en post-hospitalisation. Il s'agit de favoriser la représentation du parcours des patients à la sortie de l'hôpital et d'optimiser les relais. Les médecins psychiatres sont affectés à une unité extérieure et assurent des temps de présence dans le service d'hospitalisation à temps complet au cours de la semaine. Lors de ma journée de stage, je suis amenée à rencontrer deux d'entre eux.

En plus des médecins psychiatres, l'équipe médicale est composée d'un cadre de santé, deux psychologues, vingt-cinq infirmiers qui se relèvent sur trois temps (une équipe de nuit, une équipe du matin et une du soir), sept aides-soignants et de huit agents de service hospitalier. Deux assistantes sociales sont aussi affectées au pôle et partagent leur temps entre le service et les structures extérieures.

#### *-Organisation des soins*

Les pathologies prises en charge par la structure intra hospitalière sont très diverses mais les diagnostics majoritaires sont : troubles de l'humeur et psychoses. Toutefois, on note la présence importante de patients souffrant de pathologies psychiatriques de l'enfance vieillissantes, indiqués par les structures médico-sociales du secteur. La

population accueillie est plus représentative de la tranche d'âge des 25 à 45 ans avec une majorité d'hommes. La durée moyenne de séjour est de 20 à 23 jours. Le service est composé de quarante lits et d'une chambre d'isolement. Il prend place dans un seul et même bâtiment, ne permettant pas de structurer l'activité des soins par pathologie.

L'organisation des soins s'articule autour des consultations médicales et psychologiques, entretiens infirmiers, activités à médiations (sport, collage, écriture, ergothérapie), un accompagnement social et d'une liaison avec la Fédération des Activités Médiatisées et le CATTP de réadaptation du Centre Hospitalier.

Selon le projet de pôle daté de 2013, la volonté du service est de « faire en sorte que la première hospitalisation soit moins traumatisante ». Pour cela, les objectifs de l'hospitalisation complète sont de « conduire un bilan et de choisir un chemin clinique adapté, de favoriser la sensibilisation à un travail thérapeutique ou psychothérapeutique ; dédramatiser, rassurer, expliquer ; éviter le sentiment de honte et de culpabilité »<sup>56</sup>.

Afin d'organiser les soins, plusieurs temps de concertation entre les différents professionnels sont mis en place pour pouvoir penser le suivi. Au cours de ma journée de présence, j'assiste notamment à une réunion quotidienne dite « flash » au cours de laquelle sont évoquées les entrées, les sorties et les priorités de la journée afin d'organiser les entretiens. Sont présents tous les membres de l'équipe de l'unité. C'est au cours de cette réunion que me sont communiquées les informations sur les patients et les indications.

#### *-Parcours de soin*

Le patient peut être adressé par une structure hospitalière (urgences, clinique, psychiatrie de liaison, centre médico-social, médecin traitant), par un proche (entourage, famille), par un service à caractère social (maison du département, association d'addictologie) ou peut venir de lui-même. Un bilan médico-social est réalisé dans les 48 heures qui suivent l'entrée afin de décider d'une hospitalisation complète ou de soins en ambulatoire. Si une hospitalisation complète est décidée, le patient recevra durant celle-ci une prise en charge psychothérapique (entretiens et groupes à médiations) et des soins intensifs si nécessaires. Lorsque le patient a pu recouvrer un état psychique stable, la préparation à la sortie est ensuite engagée.

---

<sup>56</sup> Rapport d'activité année 2013, p.9

## Ma place de stagiaire et ressentis

Il est question d'un stage en référence extérieure. Je suis la 3<sup>ème</sup> stagiaire intervenant en supervision. Dès mon arrivée, je peux percevoir de par les sollicitations des soignants que l'équipe est accoutumée au travail des étudiants en psychomotricité. Une grande part de liberté et une confiance très précieuse me sont laissées par l'ensemble du personnel. Je me sens autorisée à tâtonner, à interpellier lorsque je me questionne ainsi qu'à refuser quand j'éprouve trop de difficultés. Une salle d'activités avec du matériel m'est laissée à disposition et j'ai accès à un bureau pour des entretiens. J'interviens sur prescription des médecins psychiatres. Toutefois, les indications sont souvent suggérées par les infirmiers et évoquées ensemble lors des réunions auxquelles je participe. Tout au long de mon stage, je mettrai donc en place plusieurs prises en charge individuelles, avec des objectifs et des moyens propres à chaque patient rencontré.

Le travail en supervision exige de devoir inscrire le travail de psychomotricité dans une pratique médicale, qui a parfois tout à découvrir de notre posture soignante. Ce qui fait notre spécificité, c'est à dire notre regard, notre écoute, notre accueil, notre vocabulaire ; il m'a fallu l'ajuster à ce lieu dans lequel je venais tout à la fois le développer et le mettre au travail.

### *-L'espace et le temps*

Le service prend place dans un pavillon au fond du parc du centre hospitalier. C'est un bâtiment sur deux étages. En bas prennent place la salle des infirmiers, le réfectoire, une petite pièce de vie et la chambre d'isolement. Son en haut la salle d'activités, l'atelier d'ergothérapie, le bureau des psychologues et celui de deux des médecins psychiatres sont situés à l'étage. Les bureaux administratifs, celui du cadre de santé, des assistantes sociales et des autres médecins psychiatres prennent place au rez-de-chaussée, dans une partie séparée par une porte fermée à clé que seul le personnel peut ouvrir. En journée, les patients circulent librement entre leur chambre, la petite pièce de vie, l'atelier d'ergothérapie et la maison des usagers sur autorisation de leur médecin. Ils peuvent sortir dans le jardin fermé pour fumer. En dépit du nombre restreint d'espaces différenciés, je noterai qu'il m'est souvent difficile de retrouver un patient à heure fixée dans le service, me laissant à penser qu'on peut s'y perdre. D'ailleurs, je pourrai observer au cours des bilans une grande désorganisation spatiale chez les patients : des difficultés à repérer la

salle par rapport au reste du bâtiment, des trajets au sol impossibles à reproduire, et des dessins de pièce aux murs trop épais ou inexistantes. Le service me donne parfois un sentiment d'insaisissable, où les patients que l'on croit immobiles et tout disponibles à nos soins peuvent tout à coup disparaître entre ces murs dont ils se représentent l'agencement avec peine.

Le bâtiment est en longueur, traversé par un long couloir bordé par les chambres. Aucune ouverture ne donne sur ce passage que nous empruntons continuellement. Les néons sont les seuls éclairages, baignant le service d'une même lumière artificielle qu'il fasse beau ou mauvais, qu'il soit midi ou 18H. Il m'est difficile de dater les lieux. Les chambres sont souvent abimées par les résidents et le mobilier de la partie administrative un peu vieilli, confère au pavillon un caractère sans âge.

Malgré une atmosphère que je décrirai hors du temps, il serait inapproprié de parler d'un temps uniforme. Il me semble qu'il est à plusieurs vitesses. En effet, le service n'est pas un lieu de vie. La problématique est de permettre à ces patients de recouvrer au plus vite un état de santé psychique suffisamment stable pour pouvoir retourner dans un habitat adapté. Je peux notamment percevoir cette urgence de sortie au cours des réunions : l'efficacité des traitements pharmacologiques est au cœur des débats ; d'une semaine à l'autre, la liste des patients peut être fortement modifiée par les diverses entrées et sorties... Une information est très rapidement caduque. Il me faut penser dès mon arrivée à procéder à une veille informationnelle en parcourant le dossier informatique des patients pour pouvoir me représenter le déroulé de leur semaine. Un événement majeur peut ne plus être d'actualité ne serait-ce que 2 jours plus tard. C'est ainsi que j'apprendrai par hasard le départ de patients et le décès d'un autre, pourtant bruyant, plusieurs semaines après. Le « turn over » important des patients impose un travail dans l'urgence. Pourtant, si la durée du séjour observé peut être de seulement quelques jours, certains sont dans le service depuis plusieurs années. Je ressens aussi ce paradoxe temporel par le milieu humain qui se côtoie. Le personnel soignant est souvent dans l'urgence de par les soins, les coordinations des différentes entrées et sorties, les différents entretiens qui se succèdent... Mais, alors qu'ils s'affairent, les patients se meuvent d'un pas lent, entravés dans leur mobilité par les traitements médicamenteux qui les ralentissent et peuvent entraîner des tremblements ; ou encore restent assis sur des fauteuils, sans bouger ni même se parler.

Ce temps à double vitesse influe le travail mené. En effet, j'ai pu me retrouver en difficulté pour transmettre mes observations car la semaine suivant la prise en charge, elles ne sont plus informatives, l'état du patient pouvant être tout autre que lors de notre rencontre. Il me faut pouvoir communiquer au plus vite et cela m'a été possible par la création d'un espace sur le logiciel intranet me permettant de laisser une trace datée. Pourtant, si le service est dans l'urgence de sortie, je ne me sens étonnamment pas pressée ni soumise à un rendement. Au contraire, cette apparente absence de finitude qui règne me laisse le temps, appréciable pour me permettre une prise de distance nécessaire pour pouvoir me représenter, élaborer, mettre en mots et en images ce qui se déroule en séance.

Mais toutefois, ce temps flottant a l'inconvénient d'entraver le travail d'inscription. Il me donne le sentiment d'un ancrage difficile, renforcé par le temps d'hospitalisation qui demeure aléatoire. Nos rencontres ont un début bien déterminé, mais nous ne savons jamais avec exactitude quand elles s'achèveront. Le suivi durera-t-il 3 semaines ou s'installera-t-il sur toute la durée de ma venue, c'est-à-dire 6 mois ? La question du lien est donc à interroger, surtout lorsque nous tentons de mener une clinique psychomotrice où nous nous risquons à porter un regard sensible sur les qualités relationnelles de l'individu. La vocation de ce service est de proposer des séjours de courte durée et tente par tous les moyens de rappeler à ses patients ses qualités d'hôpital : verbalement lors des entretiens, par l'agencement du service, par le port de la blouse et de boîtiers d'appel d'urgence par les infirmiers, par une décoration atemporelle... Ne pas faire de ce lieu un endroit désirable contribue au travail de soin afin d'animer l'envie du patient à retrouver un dehors. J'entre entre ces murs en pleine conscience de cela. Pourtant, au cours de mon stage, je noterai de nombreux aller-retour de certains patients et ce, quelle que soit la pathologie diagnostiquée. Comment est rendu possible le désir de se détacher ? Comment se défaire sans se détruire ?

Le travail de psychiatrie adulte encourage à un questionnement autour du soin qui me paraît précieux. Lui seul permet de contrecarrer clivage et déliaison, défenses en réponse à la pathologie prise en charge contre lesquelles l'institution doit lutter pour conserver son rôle soignant.



## II. Mme Pr : l'histoire d'une rencontre.

### Au commencement

#### *-Présentation de Mme Pr*

Mme Pr est une patiente de 68 ans, hospitalisée depuis 4 mois lorsque nous nous rencontrons. C'est une dame de petite taille et de faible corpulence, son poids faisant l'objet d'un suivi régulier. Ses cheveux sont châains clairs. Elle a de grands yeux bleus qu'elle écarquille, sans que cela n'ait de lien avec son propos. Son regard me donnera longtemps l'impression d'être le seul point animé de son visage. Elle est soignée, mais sans excès, portant souvent les mêmes vêtements. Elle marche à petits pas lents, doucement robotiques. Ses bras sont étroitement croisés au niveau de son ventre, voutant légèrement son buste. Elle parle peu et d'une petite voix à peine perceptible.

Mme Pr a travaillé durant 25 ans dans la confection. Elle est divorcée et vit seule. Elle a un fils qui lui rend régulièrement visite et une sœur. Son dossier rend compte de plusieurs événements traumatiques : elle a perdu deux frères alors âgés de 3 et 10 mois et son père s'est suicidé. Elle a observé plusieurs admissions dans le même service au cours des trois dernières années pour épisodes dépressifs majeurs. Mme Pr a fait deux tentatives de suicide par intoxications médicamenteuses volontaires, la dernière ayant entraîné cette hospitalisation. La patiente est décrite comme personnalité abandonnique. Mais ce qui met le plus en difficulté les soins, c'est l'absence d'insight de la patiente sur ses troubles. Elle minimise les tentatives de suicide et ne peut mettre en mots ses états d'humeur. Néanmoins, les plaintes somatiques sont récurrentes et Mme Pr souffre de troubles du sommeil. Elle donne l'impression à l'ensemble de l'équipe soignante de n'exister que par ses maux qui leurs paraissent exagérés. Elle sollicite beaucoup pour des douleurs de dos qui ne trouvent pas raisons, et des maux de ventre sans cause médicale. Ces plaintes semblent être la seule façon que Mme Pr ait trouvée pour rappeler son existence dans le service où elle passe le plus clair de son temps à se rendre dans l'atelier de travaux manuels pour y faire du tricotin en silence.

Elle suit une sismothérapie dont les séances s'espacent, associée à des antidépresseurs. C'est toutefois la prise du lithium, un thymorégulateur, à l'automne 2014, qui permettra l'amélioration de l'état de santé psychique de la patiente.

*-Une indication à faire nôtre*

J'interviens dans le service le jour où le médecin psychiatre de Mme Pr est absent. Ce sont les infirmiers qui, au cours d'une réunion flash du matin, m'indiquent qu'il avait été suggéré par l'ensemble de l'équipe soignante et le médecin psychiatre que je rencontre cette dame. Ils trouvent sa motricité ralentie, sa gestualité restreinte et raide. Ils jugent qu'un travail de « mise en mouvements » pourrait être intéressant. L'indication gagnerait à être plus précise. Il est encore difficile pour l'ensemble de l'équipe du service de se saisir du travail de psychomotricité, malgré mes interventions et mes notes d'information. Pourtant, il me semble entendre dans cette demande de « mise en mouvements », un besoin d'animer, de « donner âme » à cette patiente. Le mouvement serait-il la vie ?

Je préfère attendre d'échanger par mails avec le médecin psychiatre avant d'entamer le suivi. Toutefois, je rencontre le jour même de façon informelle Mme Pr dans le couloir, alors qu'elle attend pour aller manger. Je lui propose de nous revoir la semaine suivante, pour envisager un travail en psychomotricité, sur indication de son médecin. Mme Pr se montre coopérante. Elle me dit avoir déjà fait de la psychomotricité, qu'il fallait « se passer une balle sur le corps » et que cela « ne lui avait rien fait ». Elle évoque donc une expérience mitigée mais qu'elle est prête à réitérer avec moi.

C'est étonnamment ce souvenir qui suscite en moi l'envie de rencontrer Mme Pr pour lui proposer une autre expérience de la psychomotricité que celle « de se passer des balles ». On peut dire qu'un pacte s'est créé entre Mme Pr et moi-même sur une «non-envie».Après un échange succinct qui me confirme l'indication médicale, je rencontre donc Mme Pr pour un début de suivi la semaine suivante.

### **Psychomotricité : attention danger**

*-Premier entretien*

Avant de rencontrer Mme Pr pour la passation d'un bilan, nous nous retrouvons pour un entretien préalable. Il s'agit de pouvoir retracer une histoire de vie, celle d'un corps (les moments agréables, les mauvais souvenirs corporels, les expériences, les activités ludiques), d'une identité (comment était-elle enfant, comment se qualifierait-elle

aujourd'hui, ses relations amicales et affectives) et tenter d'approcher la réalité corporelle actuelle de cette dame. En ouvrant l'anamnèse, je cherche à amener le patient du côté de la vie, de l'instant présent.

Lorsque je demande à Mme Pr de me décrire son environnement familial, elle me parle tout d'abord de ses deux frères décédés puis m'évoque brièvement son fils qui lui rend parfois visite. Elle m'explique son travail qu'elle dit avoir aimé. Pour se décrire enfant, elle dit qu'elle « apprenait bien ses leçons » et qu'elle était joviale comparée à maintenant où « elle est plus réservée » ce qui prêche à penser qu'elle a le sentiment qu'un changement s'est opéré. Quand je lui demande le souvenir d'une bonne expérience corporelle elle m'évoque un baptême d'hélicoptère. Elle garde en mauvais souvenir sa fracture du col du fémur. Quant aux activités physiques pratiquées, elle cite le vélo, la mobylette et la danse. Aujourd'hui, elle consacre son temps à faire des lutins en tricots et à marcher. Ce qui me frappera lors de cet entretien, c'est que pour la caractériser nous trouvons ensemble l'expression de fausse calme. Pourtant, j'observe quelque chose de figé dans la motricité toute entière de Mme Pr, jusque dans ses expressions faciales. Seuls ses yeux bougent à la façon des singes tarsiers. Peu de phrases sont d'elle, beaucoup de ses propos sont collés aux miens ou confirment mes suppositions, reprennent mes propositions.

Sa seule inquiétude à l'évocation d'un suivi est de savoir si celui-ci sera groupal ou individuel. Il me semble entendre ici une appréhension, mais sans comprendre si c'est la dualité ou le groupe qui l'inquiète.

#### *-Le bilan psychomoteur*

Pour le bilan de la semaine suivante, Mme Pr n'a pas oublié notre rendez-vous et doit me rejoindre dans la salle d'activités. Pourtant elle vient avec une telle lenteur qu'elle se fait un peu attendre. Je l'entends même se faire disputer dans le couloir par les soignants qui la pressent de me rejoindre.

La passation du bilan rend compte d'une **organisation temporelle** vacillante. Il lui est difficile de donner des moments clés de sa journée sans mon soutien. Dans les épreuves de reproductions rythmiques marchées et frappées, je note comme un manque de lien

rythmique et une déstructuration dès lors qu'on introduit de la rapidité, sans que Mme Pr ne fasse cas de ses difficultés ou ne se corrige. Je suis frappée par la cadence de sa marche qui ne s'adapte pas à ma frappe, malgré mes sollicitations appuyées. Mme Pr a gardé ses pantoufles, ce qui me donne l'impression qu'elle m'avertit de cette manière, que rien ne la fera courir. **L'organisation spatiale** semble moins déficitaire. Mme Pr reproduit avec justesse les trajets au sol, en gardant ses bras étroitement croisés contre son ventre. Elle dessine avec précision les formes géométriques sur feuille, en ne mobilisant que son bras droit, croisant doublement les jambes et serrant sa main gauche entre ses cuisses.

Ce manque de mobilité rend difficile les épreuves d'imitation qui me permettent de tester le **schéma corporel**. Les postures sont réalisées de façon approximative. Il paraît impossible de pouvoir créer un espace entre les bras et le tronc. Le visage reste figé dans les exercices de mimogestualité. Alors que Mme Pr garde constamment ses bras croisés sur son ventre, le personnage qu'elle dessine d'un trait hachuré n'a ni main ni tronc (cf. annexe). L'**équilibre** statique est bon et l'équilibre sur un pied possible. La résistance à la poussée est bonne, mais la détente et la mobilisation passive sont impossibles.

Le **tonus** de Mme Pr me paraît impossible à moduler. Jamais haut mais ni tout à fait bas (par sa posture de fermeture qui laisse à supposer des contractions musculaires importantes), rien ne paraît pouvoir le faire varier.

Tout au long de ce bilan, Mme Pr m'a fait vivre une grande fatigue que j'ai dû pallier par une animation corporelle importante pour rester présente. Chaque épreuve qui pouvait mettre en difficulté la patiente a dû être accompagnée d'explications pour justifier de leur intérêt et de leur nécessité pour le bilan. Seuls les trajets au sol, réalisés à petits pas bras fermement croisés, lui ont été agréables.

À la suite de cette rencontre, j'ai pour la première fois l'impression que notre relation est précaire. La confiance est fragile, voire à conquérir, Mme Pr semblant me faire comprendre que si « je creuse là où ça coince », elle pourrait mettre fin à tout cela « qui n'a pas d'intérêt ». Je ressens quelque chose de l'ordre de l'hyper-maîtrise, et de la relation, et de ce qu'elle veut bien me donner à voir. À cet instant, cela fait écho à sa qualification de « fausse calme » trouvée ensemble et à son poids qui n'augmente pas. Ses bras constamment croisés, comme s'il ne pouvait pas y avoir d'espace entre ses propres

membres, me font l'effet d'un ventre à protéger, évoquant la notion de « bouclier-émotionnel » définie par Véronique DEFIOLLES PELTIER<sup>57</sup>.

Dans un premier temps, je fixe deux objectifs au projet de soin :

- Tout d'abord, il s'agirait de permettre à Mme Pr de retrouver une gestualité plus souple, plus mobile et plus ample, notamment au niveau des membres supérieurs. Toutefois, il me semble que ses bras ne doivent pas être invoqués de façon directe et frontale, devenir la préoccupation première dans la prise en charge. Je ressens cette posture comme une défense qu'il me faut respecter et « ne pas endommager » selon les mots de Véronique DEFIOLLES PELTIER. C'est à la patiente d'abandonner d'elle-même cette défense lorsqu'elle ne lui sera plus d'utilité.

- Ensuite, le suivi permettrait un travail autour des émotions afin que Mme Pr soit au plus près de ses vécus émotionnels et corporels et puisse ainsi mieux les maîtriser.

Quant aux moyens employés, il me semble qu'il faille une mobilisation douce. J'imagine alors un travail de détente et de conscience corporelle mais en restant à la chaise. Un travail d'échanges, afin de soutenir la mise en mots, et de plaisir partagé pour valoriser l'exploration me paraissent essentiels. Au-delà de sa façon de se mouvoir, de se saisir de l'espace et du temps, c'est la façon d'entrer en relation qui m'interpelle chez cette patiente : entrer en relation, c'est prendre un risque. Mais lequel ?

La durée de la séance est de 45 minutes. Mme Pr accepte ces propositions qui lui sont exposées lors d'un entretien avec son médecin psychiatre.

#### *- Une première séance éprouvante*

La semaine suivante, j'attends en salle Mme Pr et redoute un peu qu'elle ne vienne pas: il y a maintenant en moi cette peur d'un éventuel refus. Elle arrive et je l'invite à s'installer un temps à la table pour un moment de reprise. Avant qu'elle ne s'asseye, je lui demande comment elle se porte. Elle m'explique tout en restant debout qu'elle a chuté il y a peu, après un examen sanguin et que depuis, elle souffre du dos et attend des radios. Sa parole est libérée, fluide, alors qu'elle pouvait me faire vivre un vif collage en reprenant

---

<sup>57</sup> DEFIOLLES PELTIER V. (2000), Les vérités du corps dans les psychoses aiguës, p.173

mot pour mot mes propos. Je ne reconnais pas sa motricité: ses mains sont libérées et non pas croisées sur son ventre, et appuient ses paroles. Elle me montre son dos, secoue ses mains, hausse des sourcils...

J'émetts l'hypothèse que je me suis peut être fait une fausse idée de la motricité de Mme Pr. La patiente me semble très à l'aise et sa relation est ajustée, si bien que je suis très sensible à ses plaintes. Même ses écarquillements ont disparu. Mais tout à coup, je me rappelle que les plaintes somatiques peuvent être fréquentes chez Mme Pr, surtout lorsqu'elle ne veut pas réaliser quelque chose. Je reste donc vigilante à ses dires et à sa gestualité.

Je l'invite toutefois à un échauffement corporel. Pour cela, nous sortons chacune un tapis pour nous asseoir. Mme Pr refuse, elle dit que cela amplifie les douleurs de son dos. Je lui propose donc de juste faire des mouvements du pied sur le tapis. Elle s'y essaie, mais me répète que cela ne lui fait rien. Je l'invite à mobiliser ses membres inférieurs, en les touchant. Elle n'esquisse pas le mouvement, me disant qu'elle n'en voit pas l'intérêt. Encore une fois, je tente de trouver les mots pour la convaincre de me suivre dans mes gestes. Mais mes propos sont désordonnés, reflétant ma confusion voire mon agacement. Je suis persuadée à cet instant que cette première séance sera la dernière parce que Mme Pr refusera de revenir.

Elle reste les bras croisés, écarquille les yeux : je retrouve bien la gestualité que je connaissais de Mme Pr. Elle me dit ne pas voir l'intérêt de remettre son corps en mouvement. « Il a eu bougé. Ce n'est plus utile » s'exclame-t-elle. La force de cette réflexion résonnera longtemps en moi : vivre dans un corps de souvenirs, l'inutilité du mouvement...

Je tente quand même de continuer à la solliciter en l'encourageant à mettre sa main pour sentir son buste qui se gonfle sous l'effet de la respiration, le ventre qui s'arrondit.... Je propose de rester sur cette idée de la respiration et de s'asseoir pour cela, en la rassurant sur le confort des chaises qui ne lui feront pas mal au dos. Je me mets face à elle et lui propose de suivre ma respiration. Elle ne parvient pas à fermer les yeux comme je le fais moi-même. Je l'invite donc à tourner nos chaises face à la fenêtre, afin que nous regardions ensemble dans la même direction et qu'elle se sente plus sous mon regard. Nous continuons à respirer ensemble, ce qu'elle fait timidement: expirer lentement, d'un coup sec, bruyamment...

Et nous observons un temps de silence en regardant par la fenêtre. Je lui parle des oiseaux que je vois et que je trouve beaux. Et de cette branche qui perd des feuilles et qui n'en aura sûrement plus aucune le mardi suivant. Et qui reviendront au printemps... Nous parlons des arbres que nous observons derrière les grands sapins dont les feuilles sont jaunes. Elle me dit être un peu désorientée et ne pas savoir si ce sont les arbres du grand parc ou du petit parc. Et nous venons à évoquer ce temps pluvieux. Elle me dit que novembre est moche. À cet instant, j'ai enfin l'impression que nous sommes ensemble, à regarder dans la même direction. Je commence à lui dire comment je la sens. Je la décris sans la regarder de façon directe: son dos redressé, sa nuque dégagée, ses pieds posés à plat au sol, ses mains sur ses genoux. Toujours sans la regarder, je lui dis combien sa posture que je ressens à côté de moi, m'évoque de la sérénité et de l'apaisement. Elle en semble étonnée, me répond que je dois avoir raison si je lui fais un tel effet. Puis nous nous levons pour regarder si la fenêtre donne sur le grand ou le petit parc. Par hasard, j'ai apporté quelques capsules d'un jeu de loto des odeurs, dont celle du pin et celle du champignon. Je lui explique que notre observation m'évoque ces objets que je lui sors. Elle se prête à l'exploration olfactive et je la guide (inspirer fortement et rapidement, ou s'essayer à inspirer doucement mais longtemps).

Elle accepte de me retrouver la prochaine fois et de continuer sur la respiration. Je pense être allée trop vite, même en lui proposant une activité que j'imaginai simple. Il me faut penser peut être encore plus petit ; et dans mes propositions, et dans l'espace. Pourtant, c'est la motricité qu'elle m'a donnée à voir en début de séance qui attise ma curiosité : comment la ramener à cela ? Que faire de ce ressenti qu'elle m'a confié sur l'inutilité d'un corps bougeant et le souvenir d'un corps qui fut ?

### **Au fil de nos rencontres : et s'il fallait, pour commencer, recommencer ?**

Par la suite, à chaque fois que je retrouve Mme Pr pour lui confirmer l'horaire de la prise en charge, la patiente m'exprime une réticence. Elle me répond qu'elle n'aime pas trop venir, que ce que nous faisons ne lui apporte rien. Nous trouvons alors à chaque fois un compromis : encore cette fois-ci, puis nous verrons, trente minutes de rencontre que nous raccourcirons si nécessaire. Nous nous rencontrerons cinq « dernières fois » jusqu'à

sa sortie, sur trente minutes qui s'allongeront à chaque fois de quinze minutes pour en former quarante-cinq, le temps de séance initialement prévu.

### *-Quelques vignettes clinique*

#### *lère vignette*

Lors de notre premier entretien, Mme Pr m'avait évoqué son travail du tricot. Je lui avais alors dit que moi-même je confectionnais. Il me semblait avoir perçu dans son expression de la curiosité. Elle m'avait d'ailleurs posé quelques questions personnelles sur ce que j'avais pu tricoter. Cela m'avait surpris et j'avais gardé cet échange en tête.

C'est en atelier manuel que je retrouve Mme Pr pour lui donner l'horaire. Je lui propose de venir avec le tricot qu'elle confectionne. J'ai apporté moi-même un ouvrage que je prends le soin de disposer sur la table de la salle. Est-ce que je recherche ainsi à provoquer un peu de désir et de curiosité par cette mise en scène, voire à animer? Je ne sais pas ce que cette installation va invoquer, mais je tente en effet de créer une rencontre de façon détournée.

Lorsque nous entrons dans la salle, Mme Pr note tout de suite le tricot que j'ai laissé sur la table. Elle le prend, fait remarquer que c'est du point de riz. Elle passe délicatement sa main dessus et le tire pour en tester l'élasticité. Alors que j'avais pu voir Mme Pr prendre du bout des doigts des objets que je lui avais proposés (un stylo, un bout de bambou), la prise en main est ici franche. Mme Pr ne fait pas semblant de tester la matière et le maillage. Elle commente cette exploration sensorielle : c'est « souple », c'est un point « élastique » mais qui nécessite « beaucoup de laine », « c'est un gris-bleuté n'est-ce pas ? ». Elle me dit qu'elle a déjà employé ce point pour la confection de robes de poupées.

Toute son attention semble alors tournée vers ce qu'il se passe entre ses mains et devant ses yeux. Pour se permettre cette exploration sensorielle, Mme Pr est assise, légèrement en avant. Je n'observe pas de rigidité et ses jambes ne sont croisées qu'une seule fois.



Nous en venons à parler matières de pelotes, ce que cela procure de tricoter de l'angora (matière très douce mais qui glisse sur l'aiguille), en comparaison avec la laine. Puis nous parlons des chaussons qu'elle tricote en ergothérapie. Où est la couture ? Sous le pied ? Sur le dessus ? Je lui demande de me montrer sur elle-même avec son doigt où passe cette couture sur le pied. Puis nous évoquons les différentes emmanchures possibles d'un pull et je l'invite à me montrer sur elle-même les formes que cela prend :

-en raglan, la couture est oblique et Mme Pr m'en montre le trajet de sa main droite en traçant sur l'épaule opposée le chemin entre son aisselle et sa clavicule

-à manches montées, la couture est ronde autour de l'épaule et Mme Pr vient dessiner autour de son épaule un demi-cercle.

-les coutures latérales, qui passent sur le bassin, le ventre et les côtes.

Je lui fais remarquer qu'elle porte un pull chauve-souris et que les coutures sont aux coudes. Puis je lui montre mes aiguilles en bambou que j'ai apportées. Elle se saisit de sa pelote pour pouvoir les essayer. Sa pelote est emmêlée et elle sollicite mon aide pour en trouver le bout. Nous nous penchons ensemble au-dessus de cette même pelote pour remédier à cela. S'en suit une petite séance de tricot où nous échangeons sur nos impressions (plus facile avec telle grosseur d'aiguilles ou telle autre), nos préférences.

Mais ce qui semble questionner le plus Mme Pr qui ose me le formuler, c'est comment une si jeune personne que je suis tricote. Comment ai-je appris cela ? Par qui ? Je lui pose moi-même ces questions en retour. Côte à côte, tout en tricotant, nous débattons de ce loisir. Avec qui partageons-nous ces moments ? Mme Pr vient à m'invoquer sa mère qui lui a appris, sa tante qui en avait fait son métier, son fils pour qui elle a tricoté, et sa sœur. Elle ne m'avait jamais auparavant parlée de celle-ci, qu'elle voit pourtant toujours. Elle m'avait seulement évoqué ses frères décédés au cours de l'entretien.

Je profite pour lui demander comment va son dos, ce à quoi elle répond que ça ne va pas si mal sans renchérir ou évoquer une autre plainte somatique. Nous échangeons sur nos différentes façons de prendre ces aiguilles que je joue corporellement : sa prise par en dessous me donne l'impression d'avoir les coudes collés au corps, alors que ma prise par-dessus me libère tout en ayant la fâcheuse tendance à me faire monter les épaules. Et elle se prête à s'essayer ma prise des aiguilles plus palmaire.

Puis je m'exclame que j'ai ramené les petites capsules de parfum. Elle se souvient de ce que nous avons fait, des odeurs désagréables, des différents parfums que nous avons sentis. Je fais le choix de rester sur les deux mêmes odeurs et d'en apporter deux nouvelles. Nous jouons à tenter de retrouver ces quatre odeurs : le pin, le champignon, la fraise et la vanille. Nous essayons de les mémoriser pour faire un mini jeu de memory. Nous nous échangeons ces petites boîtes de la main à la main et commentons ce que cela évoque. Mme Pr met ses propres mots sur ses ressentis : « celui-ci est vraiment désagréable », « je préfère celui-là ». Je l'encourage en mimant de mon visage l'agréable et le désagréable et soutiens les expressions ténues qui s'esquissent sur son visage : elle plisse des yeux, fronce le nez, se penche en avant pour se concentrer... Ses inspirations se font de façon plus franche et plus poussée.

Nous nous mettons debout et je la félicite du travail de respiration que je sens plus libre et plus déployée. Elle m'en remercie. Alors que nous avons commencé la séance avec du retard, nous finissons avec le même retard sans que Mme Pr ne s'en soit inquiétée. Les fois précédentes, elle partait en trombe prétextant sa prise de médicaments. Cette fois-ci, nous prenons le temps d'aller ensemble jusqu'à la porte pour se dire au revoir. Je trouve même que nous nous quittons avec difficulté.

### *2ème vignette*

J'accueille Mme Pr en salle et nous nous installons à la table. Nous reprenons à nouveau notre travail autour du tricot. Je lui ai apporté de nouvelles aiguilles, bien plus grosses, et d'autres beaucoup plus fines. Après avoir tenté de deviner leur diamètre, et réussi cela, elle prend les plus larges et commente d'elle-même les difficultés qu'elle éprouve à les maintenir. Puis elle en fait de même avec les plus fines. Notre pelote à un nœud. Je me refrène à l'aider: elle écarte les bras de chaque côté de la pelote pour tirer le fil et en trouver le bout. Je la laisse expérimenter malgré elle ce déploiement de ses propres bras de part et d'autre de son axe.

J'ai installé Mme Pr sciemment sur une chaise dure, avec un dossier en plastique. J'en profite pour lui évoquer son dos, je m'inquiète de savoir s'il est toujours douloureux. Elle me répond ne pas se souvenir d'avoir chuté il y a quelques semaines et que la chaise lui convient. Néanmoins, tout en me disant cela, elle observe ma posture qu'elle reprend en miroir: alors qu'elle siégeait tout au bord de la chaise, elle s'enfonce dans son siège pour appuyer complètement son dos contre l'assise.

Je remets sur la table les pastilles du loto des senteurs. C'est elle qui me dit les odeurs que nous avons pour habitude d'utiliser (le champignon qui ne sent pas bon, le pin pas bien significatif, la fraise agréable et la vanille qui rappelle les gâteaux). Dans un déroulement similaire aux séances précédentes, nous sentons ensemble les odeurs et nous échangeons sur ce que cela nous évoque, quelles stratégies nous avons mises en place pour les reconnaître : est-ce qu'on part d'une image personnelle et laquelle ? J'introduis l'ananas qui procure beaucoup de plaisir à Mme Pr : elle aime ce fruit et m'évoque toutes ses manières de le consommer : en tarte, coupé en dessert, au sirop.

Nous reprenons un temps de respiration. Mais cette fois-ci en face à face, ce qu'elle accepte. Je l'invite à réfléchir à sa posture. Pour cela, je ferme à demi les yeux de mon côté pour qu'elle ne se sente pas trop sous mon regard et lui propose d'en faire autant. Elle garde les yeux bien ouverts : j'ai le sentiment que cela lui permet de s'appuyer sur ma posture, comme quelques minutes plus tôt lorsque je lui évoquais son dos. En effet, je note qu'elle décroise les jambes, teste son assise pour pouvoir me répondre lorsque je lui demande de me décrire sa posture, bouge les épaules, redresse la tête... Ses réponses sont plus personnelles, elle ne répond plus à mes questions par un vague "peut être" comme les premières fois. Puis je lui propose de réfléchir à son visage et surtout à l'espace entre ses sourcils, que j'illustre en bougeant moi-même mes sourcils. En miroir, elle reprend mes propositions: elle fronce les sourcils, n'en baisse qu'un seul, les lève. Cette mobilité faciale contraste avec la rigidité, voire le masque, du premier entretien et des premières séances.

Observant l'implication corporelle de Mme Pr pour suivre dans mes propositions, je m'aventure à aller plus loin. Je lui propose que nous nous passions une balle sur le bras que j'ai volontairement omis dans mon inventaire. Je passe la balle sur mon bras gauche en partant des doigts et en remontant jusqu'à mon épaule en énumérant toutes les parties sur lesquelles je passe. Je vois qu'elle ne dépasse pas son avant-bras et s'arrête au coude, là où commence la manche du pull. Puis je lui demande de nous guider à son tour pour l'autre bras. Elle s'arrête à nouveau à l'avant-bras, sans nommer le poignet et le coude. Sans se faire attendre, elle me dit que cet exercice ne lui convient pas et qu'elle n'en voit pas l'intérêt.

Je ne suis pas surprise de ce refus, sans doute liée à cette anxiété à être mobilisée que j'avais pu observer les premières séances. Par cet exercice, j'ai ainsi pu évaluer la persistance de cette crainte. Je lui propose un temps à la table pour que nous nous parlions

de la suite, des vacances qui approchent et de ce que nous pourrions faire au mois de janvier. Il me semble que je tente ainsi de calmer l'inquiétude naissante. Nous passons encore un bon moment à la table à parler crochet, puis à revenir sur le tricot. Malgré les réticences quelques minutes auparavant, je sens la séparation difficile: nous sommes plusieurs fois dérangées par des patients qui veulent entrer, pensant la salle vide, mais cela ne donne pas envie à Mme Pr de partir pour autant. Je la sens bien installée dans son fauteuil à m'évoquer son fils et la layette qu'elle lui a tricotée, et celle offerte par sa belle-sœur (nouveau protagoniste dans son discours). Elle m'en raconte encore un peu plus sur ceux qui l'entourent. Puis nous nous disons au revoir. Plusieurs fois. Je la remercie d'être venue. Elle me répond « mais c'est moi qui vous remercie ».

Plusieurs éléments, dont cette séparation, cette parole qui se fait plus facile et l'élaboration ensemble de la possible poursuite d'un travail ; me donnent à penser que Mme Pr investit la séance plus qu'elle ne veut le faire croire aux soignants, à moi-même et sûrement à elle-même.

### **III. Réflexions autour de nos séances : quelles conditions à cette rencontre ?**

Après avoir décrit nos rencontres dans leur déroulement chronologique, une observation plus fine paraît nécessaire. Je propose une analyse « dans l'après coup », non pas parce que Mme Pr nous donne à vivre une pensée clivante : c'est parce qu'il s'agit ici d'une clinique du détail. En effet, elle me paraît semblable à celle du tout petit, mais aussi, comme le décrit Ariane TOUCHARD « c'est souvent après une réflexion clinique que nous pouvons saisir ce qui a motivé intuitivement nos propositions thérapeutiques »<sup>58</sup>. C'est donc pour pouvoir me représenter un lien qu'il m'a fallu noter, observer avec minutie tout ce qui se jouait dans le cadre de nos séances pour pouvoir au mieux appréhender ce que Mme Pr donnait à voir ; et peut être approcher d'un peu plus près la réalité psychocorporelle de cette dame.

---

<sup>58</sup> TOUCHARD A. (2006), De l'Intuitif au symbolique : une expérience en thérapie psychomotrice, p.11

## **Le dispositif : recréer de la contenance**

### *-Déterminer notre espace*

Si j'ai tenté dans un premier temps d'inviter Mme Pr à investir tout l'espace de la pièce, il m'a très vite fallu revoir mes consignes à la baisse. En effet, même si Mme Pr s'était prêtée aux épreuves d'espace sans rien laisser paraître, il n'en a pas été de même lors de notre première séance. Nous nous étions alors installées chacune sur un tapis afin de délimiter un espace propre. Il me semblait que cela permettrait à Mme Pr d'avoir une représentation plus construite, plus délimitée de la salle en lui proposant de bien rester sur ce rectangle. Lors de la passation du bilan, l'investissement de la pièce était plutôt bon mais aucun trajet au sol n'avait pu être réussi, donnant l'impression d'un espace impossible à appréhender. Lors de la première séance, Mme Pr s'était très vite sentie mal à l'aise. Debout sur son tapis, elle demandait à partir prétextant que cet exercice lui était inutile. Elle me faisait tout à coup l'effet d'être perdue, comme debout au milieu de nulle part. Avec rien pour s'accrocher, seulement le sol sous nos pieds. Et mon regard qui ne se détourne pas. Je lui proposais donc très vite de s'asseoir pour s'essayer à des exercices de respiration, côte à côte, face à la fenêtre. Seulement dans cette posture Mme Pr me parut rassérénée.

Les fois suivantes, j'accueillerai Mme Pr de façon systématique à la table. Le bord le plus long est contre le mur et Mme Pr assise face à celui-ci. Je me positionne sur le côté gauche et je fais face à la fenêtre. L'espace de la pièce est dans notre dos sans être toutefois oublié : il nous faut traverser toute la pièce pour nous installer à notre table. Cette disposition paraît procurer beaucoup de contenance : le regard de Mme Pr peut se tourner vers moi, installée à sa gauche, ou vers la fenêtre, à sa droite. Ainsi, nous pouvons enfin nous regarder : je ne surplombe plus Mme Pr de toute ma hauteur, et elle peut ne pas me regarder de façon directe. Installées de la sorte, il me semble que le regard de Mme Pr est plus franc, apaisé. Son exploration visuelle est certes moins vaste mais plus contenue.

### *-Le temps*

L'heure de la séance est annoncée à Mme Pr dans la matinée. Elle sera inchangée tout au long du suivi. Il me paraît nécessaire d'être vigilante à respecter cet horaire. Il me

semble que cela participe à aider Mme Pr à s'installer à la fois dans une continuité et dans un rythme structuré. Lors du bilan, la patiente donnait l'impression de vivre un temps uniforme, sans cassure ou rupture ni même de modification rythmique. Les heures d'une journée paraissent s'écouler doucement, voire même couler.

Néanmoins, par les réticences que Mme Pr me montrent, il me faut faire force de compromis. Le temps initialement prévu est de 45 minutes. Je lui accorde de diminuer cela d'un quart d'heure. Lorsque nous nous installons à la table, nous déterminons ensemble de l'heure à laquelle nous nous quitterons en regardant la pendule suspendue au-dessus de nous. Nous respecterons cette demi-heure et je prendrai bien le soin à chaque fois de lui faire remarquer lorsqu'elle s'est écoulée. Néanmoins, nous apprécierons à chaque séance 15 minutes de temps informel pour se dire au revoir, encore une fois échanger et évoquer la semaine suivante. À chaque fois, je lui fais remarquer ce temps en plus : par cela, je viens dire quelque chose de la relation, du caractère supportable à être ensemble.

#### *-Le déroulement*

Les séances possèdent trois temps. Nous utilisons tout d'abord le médium du tricot. Il ne s'agit pas ici de faire, mais de tester, d'expérimenter et d'encourager ce qui se dit autour. Nous nous essayons donc à différentes laines, différentes matières, outils et techniques. Des aiguilles de diamètre 12 nécessitent une prise bien assurée et d'engager son corps différemment qu'une paire d'aiguilles de diamètre 3 qu'il faut prendre du bout des doigts et faire bouger par des mouvements fins. Il s'agit de commenter cela et de tenter ensemble de déterminer par où s'engage le mouvement. Les pelotes sont matière à verbaliser : l'angora est fin et doux, contrairement à la laine pure, plus grattant et moins agréable.

Ensuite, nous observons un travail autour de l'odorat avec quelques capsules du loto des odeurs. Je ne diversifierai pas beaucoup les parfums et en apporterai peu de nouveaux au fil de nos rencontres. Je peux en effet observer une verbalisation toujours plus riche et des associations nouvelles à chaque séance, qui laisse à penser qu'il faut à Mme Pr du temps pour pouvoir s'approprier cela.

Enfin, nous nous tournons vers la fenêtre pour effectuer ensemble des exercices de respiration. Je ne m'appuie sur aucune technique spécifique, j'invite seulement la patiente à être sensible à sa façon de respirer, à sa posture et à s'essayer à faire moduler cela. Mais il semble que cela soit précieux pour Mme Pr qui me réclame d'elle-même de se tourner vers la fenêtre, pour s'inquiéter de l'état de notre branche qui perd ses feuilles, comme si c'était ici que tout avait commencé.

### Ce qui a fait matière à nos séances : de la sensorialité à la sensori-motricité

À la lecture du déroulé des séances, il me semble que le premier « être ensemble » que je puisse décrire se soit établi dans ce temps de respiration face à la fenêtre, côte à côte. Puis, l'atmosphère étant devenue plus sereine, j'ai pu inviter Mme Pr à venir sentir les pastilles d'odeur, gardant cette respiration comme fil conducteur. C'est à l'inspiration de celles-ci que j'ai pu noter une verbalisation plus personnelle. De même, il me semblait lire dans cette tension retombée dans tout le corps, ce regard dans le vague, songeur, un retour à soi possible pour Mme Pr. Je ressentais une grande vigilance. Mme Pr paraissait venir puiser en elle dans ses souvenirs, ses connaissances pour pouvoir deviner de quelle odeur il s'agissait. Le simple parfum contenu dans ces petites capsules qui se tiennent du bout des doigts, semblait venir donner âme à la patiente. Le choix du tricot a été encouragé par cette situation : après l'odorat pourquoi ne pas convoquer le sens du toucher ? C'est en effet un médium auquel on peut prêter beaucoup de qualités sensorielles : la matière du fil de laine peut être piquante, douce, rêche ; puis le maillage peut être élastique et plus ou moins lisse selon le point, ou encore les aiguilles peuvent être lourdes, glissantes ou froides dans la main selon qu'elles sont en métal ou en bambou.

Je profitais de chaque instant pour commenter les objets employés et la sensation d'agréable ou de désagréable qu'ils pouvaient provoquer : la douce angora, la fine aiguille qui glisse et crispe la main. J'interrogeais Mme Pr sur ses préférences et ses ressentis ou encore commentais ce que je pouvais observer de son geste et de ces mimiques que je lisais : l'odeur du champignon paraît dégouter, contrairement à celle de la vanille. La sensation est mise en mots pour devenir expérience sensorielle dans la présence à l'autre et le partage.

Ainsi assises à la table, le corps paraissait mis en veille, laissant seulement nos sens olfactifs et tactiles aller à cette exploration. Pourtant, le mouvement est né de cela. La sensorialité semblait en effet permettre un premier mouvement sans crainte et en toute authenticité: un mouvement interne. Puis ce mouvement s'est enrichi des dimensions posturales et émotionnelles, Mme Pr s'autorisant à vivre cette exploration par ses mimiques et ses gestes, ses associations de pensées et ses évocations de souvenirs. C'est parce que ce travail sensoriel, réalisé dans la relation à l'autre, s'est pourvu de toutes ces qualités, qu'il a alors pu devenir un véritable travail sensori-moteur.

### **Quand du bout des mains et de la pointe du nez, le mouvement advient**

*- La sensori-motricité pour un mouvement vers l'autre*

Dès les premières séances ainsi organisées, je peux observer l'intérêt de Mme Pr pour les ouvrages en laine que je lui présente. Il me semble que de cette façon détournée, elle vient enfin valider quelque chose de notre présence commune. Nous avons de longs moments où nous ne faisons que toucher cette laine et ces maillages. Comment cela se tend lorsque nous le tirons ? Comment cela glisse entre nos doigts ? La verbalisation est grandement encouragée et je peux ressentir quelque chose qui tend à se libérer dans les questions en retour que Mme Pr peut me faire. Qu'est-ce qui m'est agréable ou désagréable à travailler ? Si Mme Pr valide souvent ce que je dis par des « ah oui », cela ne résonne dorénavant plus comme un collage comme lors de notre premier entretien.

Le moment des pastilles de senteur est un temps qui nous permet de verbaliser sur ce que procurent les odeurs agréables et désagréables. Tout en échangeant sur nos ressentis, un partage émotionnel deviendrait-il alors possible ? « Le pin est piquant vous ne pensez pas ? » « Je suis contente de sentir l'ananas, c'est un de mes desserts favori. »

Nous nous échangeons ces petites boîtes de la main à la main avec des gestes délicats et attentionnés. Je sens que l'échange gagne ainsi en qualité. Je lis sur le visage de Mme Pr à cet instant une mimogestualité plus variée et plus expressive. La surprise de la vanille n'est pas feinte, et son sourire plaisant à observer. Il me semble alors que nous éprouvons tout le plaisir que donne à vivre la relation.



Mme Pr a une posture de repli si caractérisable qu'elle en est presque devenue la métonymie de la patiente. Il est essentiel de respecter cet enroulement des jambes et le croisement des bras. C'est donc avec douceur que nous nous sommes essayées à un mouvement plus large à partir d'un geste fin. Depuis l'extrémité de nos membres supérieurs, nous tricotons nos quelques mailles. Seules les poignets bougent, les doigts tiennent de façon affirmée les aiguilles pour bien les maintenir. Mais si on s'essaie à d'autres aiguilles, le corps se recrute différemment. Les aiguilles en acier ont la fâcheuse tendance à laisser glisser le fil. Il faut pour pouvoir le rattraper, tenir plus fermement la laine. Alors au début, nous sommes légèrement crispés sur son ouvrage. Et Mme Pr s'en rend bien compte. Surtout lorsque nous repassons aux aiguilles en bambou qui permettent que le fil glisse sans s'accrocher. Mme Pr évoque la différence de posture, comment en changeant d'ouvrage, les épaules se font moins tendues et moins remontées.

Le tricot a l'avantage de pouvoir être réalisé tout en gardant les jambes bien croisées et les bras bien pliés tout contre le tronc. Pourtant, lorsqu'une pelote est emmêlée, il faut pouvoir tirer sur les fils. Le geste se fait ample. Les bras doivent pouvoir s'ouvrir et s'écarter. Sans rien en dire, Mme Pr explore là un espace corporel plus vaste. Les yeux rivés sur sa pelote placée devant elle et ses nœuds, la patiente se risque à un geste plus grand, plus large. De même, je ne comprends vraiment pas bien comment se coud un chausson. Il faut me montrer pour que je puisse me rendre compte. Pour cela, Mme Pr doit donc se pencher pour passer la main sur le dessus du pied. Pour les emmanchures, il faut aller montrer son épaule avec son bras controlatéral. Pendant cet échange, Mme Pr a pu invoquer et explorer de façon directe son corps en répondant à mes sollicitations. Les bras ont pu se déployer autour de son tronc, croiser l'axe, s'en écarter, venir désigner de façon juste et précise des parties du corps. Le corps advient enfin. Il se nomme et se montre, même sans porter de tricot, rien qu'en imaginant celui-ci.

Pour sentir le champignon, ce n'est pas évident. Cette odeur n'évoque pas grand-chose. Il faut donc bien se concentrer. J'observe ainsi Mme Pr se courber en avant, puis se redresser, basculer légèrement la tête en arrière pour sentir à nouveau la capsule. C'est difficile mais j'encourage la patiente à recommencer. La respiration se fait plus longue ou plus brève. Je lui donne un conseil de science chimie : pour pouvoir respirer une odeur forte, on fait une expiration forte et l'inspiration naturelle qui suit permet de sentir de façon

juste l'odeur, sans parfum parasite. Mme Pr s'y essaie. Le champignon n'est vraiment pas évident, mais quels mouvements du dos cela requiert ! La colonne d'air me paraît mettre en mouvement toute la colonne vertébrale de la patiente dans ses torsions, ses extensions et ses flexions.

*-La sensori -motricité pour un mouvement interne.*

Les expériences effectuées ensemble m'évoquent souvent la notion du lien. En effet, Mme Pr m'interroge à plusieurs reprises sur mon activité de tricoteuse. Nous échangeons de cela comme d'un savoir qui s'est transmis. En retour, je la questionne sur ce savoir-faire, ce à quoi elle me répond avec plaisir. De même, la pastille de vanille a cette qualité de pouvoir évoquer de façon instantanée les flans. La mère de Mme Pr en faisait beaucoup. Les pastilles d'odeur de fruits rappellent les arbres fruitiers du verger du père de Mme Pr. Je dois guider la patiente par mes sollicitations dans cette exploration des souvenirs qu'elle amorce. Les odeurs agréables sont associées fortement au goût, au plaisir gustatif et à ceux avec qui Mme Pr partage cela. Il me semble à cet instant qu'un mouvement interne anime la patiente. Si ses proches avaient pu être évoqués lors de l'entretien, Mme Pr choisissait en premier lieu ses frères décédés avant de nommer ceux qui font encore parti de son entourage, ceux qui vivent.

À cet instant, je sens Mme Pr très encline à l'échange. C'est paradoxalement dans cette réviviscence du passé que nous explorons et partageons, qu'un être ensemble dans l'instant T se crée. Un espace qui fait lien avec ce passé figé mais aussi un espace où peut advenir l'authenticité. En effet, Mme Pr me fait l'effet d'être entière dans ses mots, vraie dans ses expressions et dans ses mouvements de surprise ou de dégoût quand elle sent une nouvelle pastille. Mme Pr se risque-t-elle à me laisser entrevoir un self plus authentique, vrai et spontané, qui donne sens à l'expérience vécue ?

## **PARTIE THEORICO-CLINIQUE**

*Quels prérequis pour faire de la psychomotricité un espace favorable à la rencontre ?*

## Introduction

Aucun mouvement. L'immobilisme du corps le plus complet. Pourtant, il y a bien eu un avant, un passé de mouvements du sujet pour lui-même, du sujet vers l'autre. Peut-être trop, peut-être désordonné, peut-être désorganisant, peut-être épuisant ; pour qu'aujourd'hui le patient souffrant de dépression n'ose plus s'y prêter. Mais il y a bien une histoire chez ces sujets en mal de vie, un passé qui fait trace avec plus ou moins de force. Afin de penser le soin psychomoteur auprès d'adultes et dans un souci de venir retracer la continuité d'une histoire, la leur, il nous faut en tenir compte. En rencontrant ces patients, je n'aurai pas la prétention de leur proposer des expériences motrices nouvelles ou de participer à l'élaboration d'un sujet en devenir. Pourtant, pour reprendre l'expression de Christophe BOLLAS<sup>59</sup>, s'ils ont des souvenirs, ils ont aussi des avvenirs. Mais lesquels ? Des avvenirs qui ne se vivent pas ?

« Je suis de tous les artefacts mais la meilleure pilule, c'est de vivre, c'est-à-dire rester dans l'incertitude de ce que va être l'instant suivant » énonce le neurobiologiste Alain PROCHIANTZ dans son ouvrage Lignes de Vie. Vivre, ce serait donc accepter l'incertitude, se confronter à l'inconnu. Pour pouvoir se risquer à cela, encore faut-il que ce doute soit suffisamment supportable, c'est-à-dire qu'il faut se savoir capable de traverser les événements sans trop se sentir ébranlé dans son identité même de sujet. C'est toute la tâche du Self que de nous permettre de supporter l'expérience de vie. Nous avons pu voir qu'il est l'héritier des premières expérimentations sensorielles et motrices réalisées dans un environnement bienveillant. Si ces adultes peuvent montrer un Self en peine, la relation peut alors se penser à travers le prisme de ces premières interactions, c'est-à-dire la sensori-motricité. Sans s'adresser à l'enfant, nous nous adressons alors à l'infantile du sujet, conservé à travers une histoire qui se donne à voir et à entendre et constitue l'identité du sujet. Comment la prendre en compte ? Comment en faire matière au soin ? Face à la pathologie dépressive qui attaque cet « être ensemble » que nous recherchons, quels sont les outils du psychomotricien pour pouvoir faire de cette rencontre une co-construction à but thérapeutique ?

---

<sup>59</sup> Cité par GOLSE B. (2010), Se souvenir dans la tête ou se souvenir dans le corps in Réminiscences

## I. « Mon corps a eu bougé, maintenant ce n'est plus utile » : la clinique auprès d'adultes.

Cet énoncé de Mme Pr a pu travailler en moi afin de penser le soin, de réfléchir à ma posture et à mes objectifs face à la maladie psychiatrique. Ces patients que je rencontre ont avec eux un bagage précieux, un savoir corporel, des connaissances gestuelles qui se décrivent par les mots et se donnent à entrevoir par le mouvement. Plutôt qu'ils fassent entrave, comment re-convoquer ces acquis pour les déployer et démontrer aux patients eux-mêmes toute la richesse de cette mémoire ?

### Un esprit de souvenirs et un corps de compétences

En entretien, c'est un travail laborieux que de tenter de tracer une histoire et de ramener le patient du côté de la vie. Les souvenirs se convoquent avec peine, les mots se trouvent avec difficulté. C'est une mise en mouvement psychique attaquée par la pathologie dépressive et que la parole tente de réactiver de façon abrupte et frontale. La symbolisation est tue, abolie, et ne ressurgissent par ces mots qui résonnent sans authenticité, que les morts, les absents, les maux et les douleurs. Les enfants, les présents, ceux qui pourraient permettre l'ancrage au réel et peut-être insuffler l'élan de vie, sont les grands oubliés. Si on tente de poser un regard sur tout un parcours pour en rendre une illustration ; la parentalité, la grand-parentalité, les événements de vie joyeux ne font pas le poids face aux décès même anciens.

Pourtant, la mémoire est là. Si la mémoire à long terme et la mémoire sémantique se sont obscurcies, la mémoire procédurale de Mme Pr est efficiente puisqu'elle peut monter des mailles, tricoter plusieurs rangs puis achever son ouvrage. Comment en faire un terrain de partage ? Où cette mémoire a-t-elle pris racine ? Quels liens faire entre ces différentes mémoires ?

Le tricot me paraît être le seul média qui mette Mme Pr en action, que ce soit par l'activité même en atelier d'ergothérapie ou par son évocation en entretien. C'est pourquoi je décide de nous aventurer sur ce chemin-là, parallèlement à celui de l'odorat. Comme nous avons pu le décrire plus haut, ces pistes ont pu ouvrir d'autres chemins sur lesquels

s'aventurer. Il semble qu'ici le psychisme ait trouvé un étayage suffisant pour créer des liens et des connexions entre le sensible palpable et le sensible évocable, le souvenir. La sensation qui se déployait entre nos mains ou sous notre nez ne devenait qu'un prétexte car, comme l'énonce Isabelle MOTEL-PICARD, « ce n'est pas tant la sensation que l'on partage mais la trace qu'elle a laissée au niveau corporel et émotionnel »<sup>60</sup>.

Dans les évocations, le corps se dit, se dessine du bout des doigts, se déploie au rythme de la respiration, « la sensorialité nous men[ant] aux portes d'entrée du corps »<sup>61</sup>. Ce qui se joue de façon ténue en ne mobilisant que nos mains et notre nez semble tout à coup trouver écho dans l'ensemble du corps. Lors des premières rencontres, Mme Pr me donnait l'impression de ne m'autoriser à l'entrevoir que de façon éparse : des bribes de mots, des esquives de gestes. Sur la chaise, de façon détournée, le corps paraît enfin pouvoir se globaliser.

Le tricot convoque le savoir-faire qui s'échange et se transmet, l'odeur le plaisir gustatif qui se partage. Il n'y a pas d'apprentissage dans ces échanges, pas d'enseignement d'un point de couture ou d'un geste, seulement un déploiement d'un savoir-faire que nous ravivons et entraîne avec lui tout un enchaînement d'associations. Cette sensorialité qui se vit ensemble fait lien en réactualisant un passé pour rendre supportable le présent. « Porter attention aux messages sensoriels, c'est vivre l'incarnation où les temps de l'individu, passé et présent se confondent »<sup>62</sup>.

La sensorialité, puis la sensori-motricité, rendent possible l'invocation d'un passé inscrit dans un corps de connaissances et de savoir-faire, véritables leviers pour évoquer de façon spontanée le souvenir. Néanmoins, c'est en appui sur la relation que la mémoire peut alors s'activer car, comme le précise Boris CYRULNIK, « la mémoire n'est pas que dans le sujet, elle est vraiment dans la transaction entre le sujet et son milieu »<sup>63</sup>. C'est au carrefour entre ce savoir acquis au fil du temps, ces souvenirs révolus et cette sensori-motricité expérimentée ensemble, que l'« être ensemble » à l'instant T peut advenir en toute quiétude.

---

<sup>60</sup> MOTEL-PICARD I. (2012), Dans tous les sens : quelle trace pour la sensation ? Approche sensorielle et souvenirs, p.40

<sup>61</sup> Ibid., p.41

<sup>62</sup> Ibid., p.41

<sup>63</sup> CYRULNIK B. (2010), Résilience in Réminiscences, entre Mémoire et Oubli, p.207

## Parler et échanger : le soin adulte, un soin côte à côte ?

S'il n'est pas facile pour Mme Pr d'accepter le temps de séance, je noterai qu'une fois installées, il y a beaucoup de paroles qui sont échangées. Ni pour faire écran, ni pour animer, mais pour véritablement évoquer ce que nous ressentons en touchant telle ou telle matière, en sentant telle ou telle odeur. C'est en appui sur cette mise en commun qu'il me semble que la patiente peut enfin s'accorder un regard sur elle-même : sent-elle la même chose ? Quel chemin emprunte-t-elle pour retrouver une odeur ? Pour cela, moi aussi je m'essaie et teste les expérimentations proposées et fais part de mes impressions. Je guide et encourage. Je fais tout à coup l'expérience d'une posture soignante où je ne me décrirai ni en avant du patient, ni en arrière, mais juste à côté, favorisant du presque pareil, du pas tout à fait semblable, mais qui se partage. Isabelle MOTEL PICARD fait l'hypothèse que « partager des expériences sensorielles, c'est peut-être tout simplement se rapprocher de soi pour se rapprocher des autres »<sup>64</sup>.

C'est en effet bien dans ce côte à côte que semble pouvoir se réaliser ce mouvement entre Mme Pr et moi-même avec une attention à l'autre et à soi-même vraie. Nous nous autorisons au partage d'affects, générateur d'images et de liens. Toutefois, par la notion de partage d'affects, nous n'entendons pas une confusion entre nos deux personnes ni un amalgame entre nos émotions et nos éprouvés. Comme l'énonce la psychanalyste Catherine PARAT, « [le partage d'affects] ne signifie pas un même éprouvé mais l'objet primaire renvoie un « signe d'affect » permettant de l'apaiser, transformant les états passionnels premiers en messagers, en symboles »<sup>65</sup>. J'ai pu noter dans les premières séances que je proposais des termes pour aider à formuler de façon appropriée jusqu'à ce que Mme Pr puisse s'en passer et verbaliser de façon personnelle et juste. Je lis ce partage d'affects à la fois dans le vocable que j'ai pu prêter, dans ses passassions de la main à la main des petites boîtes odorantes, dans les imitations de postures ; pour faire ensemble mais pas en symétrie. Ainsi Guy TONELLA décrit-il cette posture soignante : « le thérapeute peut offrir parfois sa propre perception, transmettant au patient qu'il a perçu et ressenti en écho les états intérieurs de ce dernier et qu'il chemine à ses côtés avec ses propres images et ses propres pensées »<sup>66</sup>. Il ajoute que « [le thérapeute] entre, ce faisant,

---

<sup>64</sup> Op. cit., p.44

<sup>65</sup> CARTON S., CHABERT C, CORCOS M., (2013), p.28

<sup>66</sup> TONELLA Guy, Une mémoire pour le Corps in Réminiscences, entre Mémoire et Oubli, p.74

dans un processus de co-création avec son patient, cherchant l'un avec l'autre à donner un sens à l'expérience »<sup>67</sup>.

### La sensori-motricité : un chemin à la clinique?

La sensori-motricité, mode exploratoire associé à un stade du développement du tout petit, a pu apporter la sécurité nécessaire pour pouvoir s'oser à la relation. Ces conduites ne nous quittent pas une fois adulte puisque « leur place et leur importance varient suivant les tâches dans lesquelles le sujet est engagé »<sup>68</sup>. Il y a donc de la sensori-motricité dans nos mouvements internes, dans nos changements posturaux, dans nos relations à l'autre. Proposer au patient dépressif un travail autour des sens pour pouvoir mettre en mots et observer le mouvement advenir, n'est donc pas faire appel à l'enfant. C'est l'infantile du sujet qui se délivre ici, qui vient au service de l'adulte en souffrance d'être.

De même, les réactualiser, c'est rappeler la part animée du sujet. La sensori-motricité convoque des souvenirs, des connaissances. De la laine Mme Pr évoque son fils. Des odeurs de fruits elle se remémore les arbres de son père. Ou encore, Monsieur M, un patient souffrant de schizophrénie en phase dépressive, évoquera sa passion passée pour la taxidermie, (dont il me mimera le travail ensuite), au toucher d'une plume d'oie.

Aussi, la sensori-motricité ne peut se définir comme telle seulement parce qu'elle se vit dans le partage émotionnel. Elle paraît donc soutenir cette présence à l'autre. Nos mots valident nos ressentis. Ils confirment cette réalité sensorielle, cette même réalité à laquelle le patient dépressif tente vainement d'échapper.

Enfin, la sensori-motricité s'observe aux prémices du Moi. C'est par elle que l'enfant a pu, pas à pas, habiter son corps et construire un Self. C'est peut-être cela qui a encouragé Mme Pr au retour à soi, à ses sensations internes et à s'essayer à une authenticité corporelle et verbale.

---

<sup>67</sup> Ibid., p.74

<sup>68</sup> BULLINGER A. (2004), p.70



## II. **Rendre possible une rencontre: les ressources du psychomotricien.**

Le psychomotricien se singularise par sa posture soignante. Il se permet de ne pas tout savoir et préférera à l'interrogation du « pourquoi » celle du « comment ». La question de ce qui est bon, bénéfique ou idéal pour Mme Pr, ne guida pas mon cheminement de penser. Mais accueillir et observer ce que le patient veut bien donner à voir et à entendre sont les moteurs de la clinique psychomotrice. Ainsi, comme l'explique Véronique DEFIOLLES PELTIER pour décrire son travail : « mon but [est] de percevoir sa réalité émotionnelle, de le ressentir au travers de mon propre vécu corporel sans chercher à comprendre ce qu'il pouvait penser »<sup>69</sup>. Cette co-construction ne peut s'établir que par une posture d'accueil suffisante qui exige de la part du thérapeute d'être fermement ancré et solidement identifié et délimité. Alors pouvons-nous nous engager dans les processus de création qui nécessitent, comme l'expérience de vie, de supporter l'inconnu et l'imprévu.

### **Empathie et Intuition**

L'empathie est un outil indispensable en thérapie. Elle se définit par une « capacité à saisir intérieurement les émotions et les sentiments de son patient [et se caractérise] par une identification transitoire à l'autre, tout en différenciant ce qui est soi du non soi »<sup>70</sup>. C'est donc une posture d'accueil qui permet de valider ce que vit le patient. Toutefois, la thérapie psychomotrice nécessite une empathie qui va au-delà des mots et qui se joue dans la corporalité même du sujet. Julian De AJURIAGUERRA évoque une empathie tonique que Véronique DEFIOLLES PELTIER définit comme une façon « d'être à l'écoute du corps de l'autre dans son propre corps »<sup>71</sup>.

C'est cette empathie qui me permet de rendre à Mme Pr un tableau d'elle-même, c'est à dire comment je la perçois dans sa respiration et dans sa posture, mais aussi d'aller plus loin dans mes investigations ou au contraire, de ne pas trop m'aventurer là où Mme Pr ne peut pas aller. Selon Julian De AJURIAGUERRA, « le thérapeute par son empathie

---

<sup>69</sup> DEFIOLLES PELTIER V. (2000), p.29

<sup>70</sup> TOUCHARD A. (2006), p.12

<sup>71</sup> Ibid., p.12

tonique, s'inscrit dans une attitude d'écoute qui favorise la communication tout en maintenant une distance dans une atmosphère de sécurité »<sup>72</sup>.

L'empathie est donc la condition sine qua non au bon déroulé de la thérapie pour que puisse être déterminée la juste distance relationnelle et se déployer un faire ensemble. Mais lequel ? Que proposer à Mme Pr qui puisse à la fois mobiliser, mais pas trop, venir parler de sa relation à son corps et à l'autre, mais de façon tranquille ? C'est seulement une fois engagées dans un dialogue tonique et émotionnel que nous avons pu nous permettre de réaliser, c'est-à-dire nous engager dans un chemin où nous rendons réel et effectif. Je désignerai le premier moment de respiration avec Mme Pr face à la fenêtre comme les prémices de ce dialogue tonico-émotionnel. C'est seulement dans un deuxième temps, me sentant autorisée à proposer, en appui sur cet être ensemble, que la co-construction thérapeutique a pu advenir. En effet, Ariane TOUCHARD décrit que, « ainsi engagés dans un dialogue tonique et émotionnel, nous pouvons improviser, créer l'interaction avec le patient »<sup>73</sup>.

L'improvisation tient une part importante dans la thérapie psychomotrice. C'est en cela que le thérapeute se dégage d'une posture omnipotente afin d'« [avancer], sans intellectualisation de notre démarche, mais plutôt présents, ancrés dans notre espace corporel, disponibles et ouverts à l'inattendu d'une séance »<sup>74</sup>

L'empathie tonique invite l'improvisation à prendre sa place dans la thérapie parce qu'elle ouvre aussi du même coup la porte à l'intuition. Claire PETITMENGIN<sup>75</sup> évoque une « expérience intuitive » qui n'est permise que par une « connaissance intuitive ». Elle situe la genèse de cette dernière dans le déploiement de « gestes intérieurs précis voire inconscients [...] qui nécessitent un travail intérieur qui amène à un ancrage dans le corps permettant de se rendre disponible, présent à la situation du moment ». Par « gestes intérieurs précis » sont désignés :

- un premier geste de lâcher prise, c'est-à-dire un geste de rassemblement par l'enracinement du bas et l'ouverture du haut ;

---

<sup>72</sup> DEFIOLLES PELTIER V. (2000), p.181

<sup>73</sup> TOUCHARD A. (2006), p.12

<sup>74</sup> Ibid., p.13

<sup>75</sup> Ibid., p.13

- un geste de connexion, par un contact direct ou un rapprochement induisant l'empathie tonique ;

- un geste d'écoute des sensations kinesthésiques internes, provoquant le calme nécessaire à la disponibilité ;

-un dernier geste d'émergence de l'intuition, qui peut se manifester sur des modalités sensorielles différentes (un son, une image, un goût...) mais qui ne peut émerger que « dans une sensation d'unité et de présence à soi, dans un sentiment de sécurité et de cohérence dans une absence de contrôle »<sup>76</sup>.

Cette posture soignante est une ressource précieuse pour guider la clinique en psychomotricité. C'est un sentiment que je qualifierai d'autosuffisance, nécessaire pour pouvoir répondre au doute et au manque que peut donner à vivre dans le contre-transfert le patient. C'est peut-être en assurant à la patiente par ma qualité de présence que « je tiendrai bon » et que j'imaginerai de quoi faire matière de façon appropriée, qui a pu apaiser Mme Pr et faire que nous nous revoyons chaque semaine.

Au même titre qu'un bébé seul, cela n'existe pas, nous pourrions ajouter qu'un thérapeute seul, ou qu'un patient seul, n'existent pas. De l'empathie tonique, « le psychomotricien avance [aux] côtés [du patient] »<sup>77</sup>, pour laisser émerger l'intuition, terreau propice à l'improvisation d'une co-construction.

### **Le travail de verbalisation**

Parler de la posture ; questionner sur la station des pieds au sol ; de la sensation agréable ou désagréable d'une odeur ; de ce que cela procure dans le corps que de respirer par le nez ou par la bouche ; du lien générationnel ; de la situation spatiale de la pièce par rapport au reste du bâtiment ; des semaines. Et puis évoquer des thématiques moins psychomotrices, comme une branche qui perd ses feuilles, un flan à la vanille et de sa recette, une saison et sa météo. Une enveloppe de mots semblait ainsi nous entourer et nous contenir.

---

<sup>76</sup> Ibid., p.13

<sup>77</sup> Ibid., p.13

Echanger de façon spontanée et paisible. C'est ce à quoi nous nous sommes progressivement autorisés Mme Pr et moi-même. Du silence le plus complet est advenue la parole, timide puis plus affirmée avec des questions adressées, en réaction à mes propositions ou à mes suggestions. Du pareil est advenue l'authenticité. Il semble que ce travail autour de la parole ne pouvait que compléter et porter le travail corporel. En effet, comme l'explique Catherine CHABERT, « le silence des émotions est, bien souvent, associé au silence des mots ; les cures de parole, en redonnant au discours sa valeur subjective animent l'expérience psychique c'est-à-dire les potentialités associatives et, avec elles, la vivance des affects »<sup>78</sup>.

Le psychomotricien peut faire matière de ce qu'il ressent chez son patient et le transformer pour en restituer quelque chose par sa parole. Il valide une présence à l'autre. De plus, il met à disposition une palette de mots pour pouvoir décrire au mieux un éprouvé, une sensation, un sentiment ; ce qui se donne à vivre par le corps mais qui parfois se met en images dans le psychisme avec peine. Sigmund FREUD lui-même énonçait dans Totem et Tabou que « rien n'est dans la pensée qui ne fut préalablement dans les sens ». Pourtant, quand le travail de symbolisation est souffrant, mis en arrêt, il doit pouvoir prendre appui sur un autre psychisme, sur une autre parole pour émerger à nouveau. Il m'a fallu prêter de ma voix et de mes mots, de mes suggestions et de mes suppositions pour que Mme Pr puisse du fébrile « sans doute » accompagné d'un écarquillement des yeux, enfin me proposer d'elle-même de regarder par la fenêtre pour y observer, ensemble, une branche.

« Le processus thérapeutique se déroule ainsi, depuis l'éprouvé expérimenté en séance, au processus de verbalisation, de symbolisation »<sup>79</sup>. C'est cette parole libérée, en appui sur l'expérience sensorielle, qui a pu faire matière au travail thérapeutique.

---

<sup>78</sup> CARTON S., CHABERT C, CORCOS M. (2013), p.139

<sup>79</sup> TOUCHARD A. (2006), p.12

## CONCLUSION

« Tu pourrais rencontrer Mme Pr. C'est une dame qui bouge peu, une mise en mouvement pourrait lui être bénéfique ».

Les premiers instants ont été mouvementés, en effet. Ce n'est pas debout sur un tapis, dans les marches au rythme de ma frappe, ni même dans les reproductions de gestes que Mme Pr acceptera de bouger. Le mouvement interne étant gelé par la pathologie, la mobilité corporelle ne pouvait être qu'un échec parce qu'effrayante. Il m'aura fallu repartir de plus loin et penser le tout premier mouvement, le tout premier pas, celui qui porte vers l'autre : l'entrée en relation. Pour cela, cette rencontre ne pouvait se faire que sur les terres sûres de cette dame, ne se sentant à l'aise qu'une fois oubliée dans l'atelier d'ergothérapie affairée à son tricot. Nous avons pu nous saisir de cela pour que la sensorialité devienne un prétexte au partage et se transforme en expérience sensori-motrice. Alors seulement le mouvement est advenu : un mouvement interne qui anime et soutient l'expérience relationnelle mais surtout, l'expérience d'un corps en relation.

La sensori-motricité a pu faire matière à la rencontre. Elle s'expérimente dans le confort d'un espace contenant et dans la sécurité de sensations déjà éprouvées. Quelque chose d'un « déjà vu » semble en effet se re-convoquer dans ce travail, parce qu'il fait appel à une mémoire du sujet, plus lointaine et plus apaisée que celle d'un corps en souffrance endigué dans la maladie. Parce que la sensori-motricité permet le partage d'affects, elle soutient la relation. Enfin, de ce travail « du bout » de nos mains, le corps se dit dans sa globalité et, du geste fin, le mouvement plus large peut apparaître.

Le travail de psychomotricité se construit comme un travail de sur-mesure où il faut rechercher les médiateurs adaptés aux vécus des patients, leur pathologie et leur savoir ; pour pouvoir s'approcher pas à pas d'un travail psychocorporel. Cette élaboration est rendue possible par l'empathie et l'intuition, qui trouvent leurs assises dans la connaissance du développement du sujet, et permettent de créer la rencontre, mouvement vers l'autre si essentiel car: « la vie commence à s'éclairer quand elle se tourne vers les autres »<sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> TONELLA G. (2010), Une mémoire pour le corps in Réminiscences, p.76

*Qu'est devenue Mme Pr ?*

Pour achever ce travail, je crois nécessaire de raconter l'après pour Mme Pr. Le suivi s'est terminé de façon un peu abrupte à la suite de la dernière séance que je décris plus haut. L'état de santé de Mme Pr a été jugé suffisant pour envisager la fin de l'hospitalisation. Afin de préparer cela, une sortie hebdomadaire a été mise en place sur ma seule journée de présence dans le service pour des raisons organisationnelles.

Mme Pr suit maintenant des consultations régulières en CMP mais n'a plus de séances de psychomotricité.

L'intention de ce mémoire est d'exposer les prémices d'un soin. Celui de Mme Pr aurait pu se poursuivre et cette fin discutable, mais ordinaire dans le domaine de la psychiatrie adulte, ne fait pas l'objet de mon travail. Avant de nous séparer, encore aurait-il fallu pouvoir nous rencontrer.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

### Livres

- **AIN J. et collectif d'auteurs**, (2010), *Réminiscences : Entre Mémoire et Oubli...*, Toulouse, ERES, 2010.
- **ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F.** (2004), *Corps & Psychiatrie*, Paris, HDF, 2004.
- **ANZIEU D.**, (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, DUNOD, 1992.
- **BERGER M.**, (1994), *Les Troubles du Développement cognitif, Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*, 3<sup>ème</sup> Edition, Paris, DUNOD, 2006.
- **BULLINGER A.**, (2004), *Le Développement sensori-moteur de l'enfant et ses Avatars*, Paris, ERES, 2008.
- **CALZA A. et CONSTANT M.**, (2012), *Corps, Sensorialité et Pathologies de la Symbolisation*, Paris, ELSEVIER MASSON, 2010.
- **CARTON S., CHABERT C, CORCOS M.**, (2013), *Le Silence des Emotions*, Paris, DUNOD, 2013.
- **DEFIOLLES PELTIER V.** (2000), *Les Vérités du Corps dans les Psychose aigües*, Paris, GAETAN MORIN, 2000
- **GOLSE B.**, (2001), *Du Corps à la Pensée*, Paris, PUF, 2007.
- **GOLSE B.**, (1992), *Le Développement affectif et intellectuel de l'Enfant, Compléments sur l'Emergence du Langage*, 4<sup>ème</sup> Edition, Paris, MASSON, 2008.
- **ROBERT OUVRAY S.**, (1993), *Intégration motrice et Développement psychique, une Théorie de la Psychomotricité*, Paris, DESCLEE DE BROUWER, 2010.

- **WINNICOTT D.**, (1956), *La Mère suffisamment bonne*, Paris, PAYOT-RIVAGE, 2006.

### Chapitres de livres

- **AJURIAGUERRA J.**, (1962), Ontologie de la motricité, in JOLY F., LABES G., *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1, Corps, tonus et psychomotricité*, Paris, édition de Papyrus, 2009, p. 119-206.
- **AJURIAGUERRA J.**, (1962), De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, in JOLY F., LABES G., *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1, Corps, tonus et psychomotricité*, Paris, édition de Papyrus, 2009, p. 188-194.
- **ROUSSILLON R.**, (1999), Symboliser, in *Agonie, Clivage et Symbolisation*, Paris, PUF
- **ROUSSILLON R.**, (1999), Symbolisation primaire et identité, in *Agonie, Clivage et Symbolisation*, Paris, PUF

### Articles

- **GRANIER- DEFERRE C. et SCHAAL B.**, (2005), Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né, *Spiral*, N°33, p.21-40
- **LIVOIR PETERSON M. F.**, (2008) Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme, *Contrastes*, N°28-29, p.41-70
- **LATOIR A.M.**, (2013), Des matières et des formes à l'imaginaire corporel, *Thérapies psychomotrices*, N°175, p.88-97
- **TOUCHARD A.** (2006), De l'intuitif au symbolique : Une expérience en thérapie psychomotrice, *Evolutions psychomotrices, Le Corps psychiatrique*, Vol 18-N°71, p11-22



- **MOTEL-PICARD I.**, (2012), Dans tous les sens : quelle trace pour la sensation ? Approche sensorielle et souvenirs, *Thérapies psychomotrices, Traces, Processus et mises en forme dans le Développement et la Thérapie*, N°169,

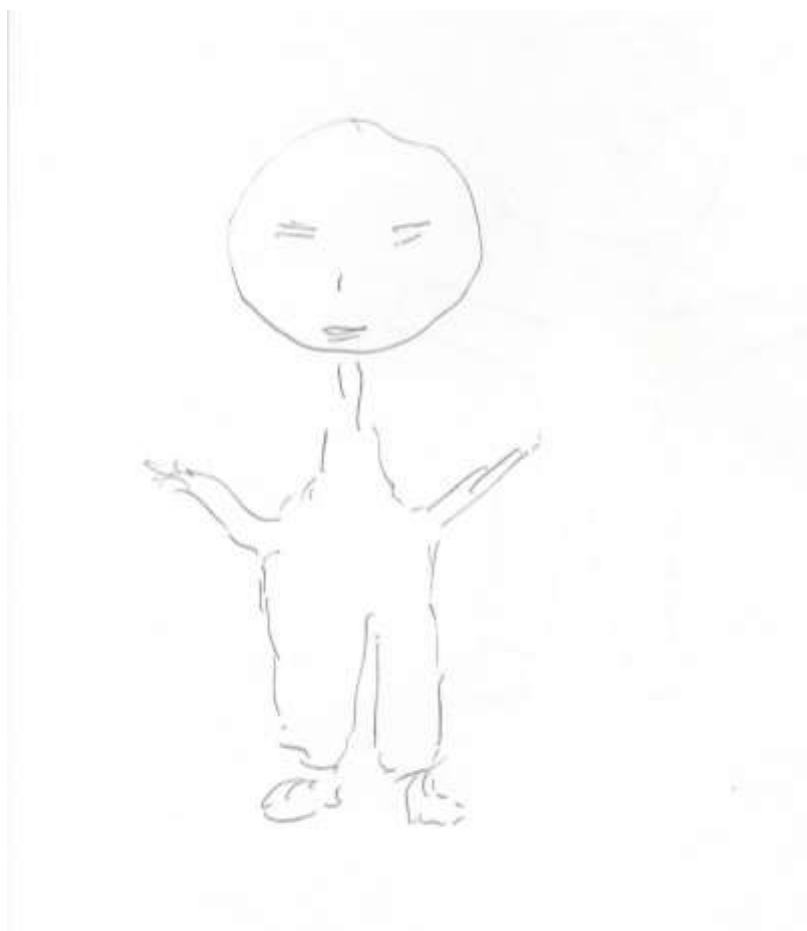
### **Documents audio**

- Extraits de conférences du congrès CORPS et NARCISSISME, Dijon 2014

### **Documents autre**

- Rapport d'activité année 2013

## ANNEXES



*Dessin d'un personnage par Mme Pr*

*Pour m'avoir aidée à faire sens tout au long de cette année, je remercie :*

**Ces fines oreilles,**

*Qui ont écouté avec bienveillance  
et sensibilité tous ces mots et toutes ces  
questions pour me guider dans mon  
élaboration*

Mme Heres, ma maître de mémoire

Mon superviseur

Ma maître de stage

Les enseignants de l'ISTR

**Ces regards croisés,**

*Qui se sont posés avec curiosité  
sur mon travail et m'ont enrichie de leurs  
points de vue,*

Mathilde et Nelle

**Ces mains tendues, ces flairs aiguisés,**

*Qui, comme toujours, savent me  
guider et m'encourager avec clairvoyance,*

Mes parents, mes deux frères, mes grands parents

**Ces fins palais,**

*Avec lesquels nous nous  
sommes mutuellement nourris pour  
grandir,*

Mes camarades de promotion

Mme Pr et les autres patients, qui m'ont donné goût à la psychomotricité.

Vu par le maître de mémoire

Le: 29 Avril 2015

Signature :

H. Heras-Otayo

## Résumé :

---

Le soin auprès de patients souffrant de pathologie dépressive, confronte à une problématique majeure pour le psychomotricien : le corps est dans une inertie telle, qu'il ne peut plus se prêter au mouvement ni même à la pensée. Evoquer ce corps devient trop éprouvant pour ces sujets. Avant même d'engager toute prise en charge, le terrain de la rencontre est à construire. Pourtant, à leurs côtés, nous ressentons encore un mouvement de vie, frêle, mais lisible à travers une mémoire du geste, du savoir-faire manuel, et qui peut faire matière à la rencontre. Cette mémoire se reconvoque à travers la sensorialité qui, vécue à deux, devient sensori-motricité pour faire de ce temps de partage une expérience psychomotrice en toute quiétude. La sensori-motricité, parce qu'elle ré-actualise les premières rencontres, celles du sujet avec un environnement sensoriel et émotionnel, là où se sont établies les prémices du Moi ; devient alors une voie pour penser la rencontre dans l'ici et le maintenant et la rendre supportable. Un premier mouvement interne advient alors pour un mouvement vers l'autre.

## Mots clés :

---

- Psychiatrie adulte
- Pathologie dépressive
- Modalités de rencontre
- Sensori-motricité
- Mouvement psychique
- Partage émotionnel