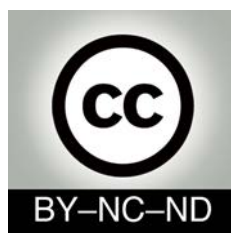




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

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



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

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

« *Dans mon corps tout est fragile* »

Le travail corporel en psychomotricité : un éai pour faire l'expérience d'un
soi solide et différencié en unité pour malades difficiles

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Lola LOQUAY

Juin 2020

N°1573

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

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

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

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

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

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

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

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Fawzia RAMDANI

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier l'ensemble de mes maîtres de stage et des enseignants de l'IFP de Lyon pour m'avoir transmis leur expérience et leur savoir avec passion. Merci de m'avoir donné davantage goût à la psychomotricité et permis de me construire une identité professionnelle.

Je remercie tout particulièrement Lucie Durr et Delphine Jallot pour leur bienveillance, leur confiance et leur accompagnement durant mes stages de troisième année. Merci pour ces temps d'élaboration qui m'ont permis d'appréhender la clinique de la psychiatrie adulte et du polyhandicap.

Merci à David, Stéphane, Pascal, et Flora pour leur accueil chaleureux et bienveillant au pôle d'activités de l'UMD. Merci de m'avoir fait connaître et partager la richesse d'une équipe pluridisciplinaire, toujours dans la bonne humeur.

Mes remerciements à Dorothee Ferré pour sa disponibilité et ses conseils avisés qui ont contribué à alimenter ma réflexion dans la rédaction de ce mémoire.

Merci Siloé, Amélie, Camille, Sophie, Amandine et Cécile, pour votre bonne humeur, votre soutien et votre confiance. En particulier, merci Camille de m'avoir épaulée et conseillée tout au long de ce travail. Tes rires, ta folie et ta spontanéité ont rendu mes années lyonnaises si belles. Je t'en remercie infiniment. Malgré cette fin d'année écourtée, nos chemins se recroiseront.

Enfin, je remercie l'ensemble des personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire. Merci à mes parents et mes sœurs pour leur soutien, leurs relectures et leur intérêt porté à mon travail.

« Il ne suffit pas d'avoir une peau “ tout ” autour pour se sentir enveloppé, un squelette pour s'imaginer solide, des organes sensoriels pour communiquer et des orifices corporels pour se vivre capable de maîtriser et apprécier les échanges avec son environnement ».

Anne-Marie Latour

SOMMAIRE

LEXIQUE

INTRODUCTION 1

PARTIE 1 : PARTIE THÉORIQUE 3

1. La schizophrénie 3

1.1. Définitions et caractéristiques 3

1.1.1. Petite histoire de la schizophrénie 3

1.1.2. Mode d'entrée dans la maladie 3

1.1.3. Triptyque symptomatologique de la schizophrénie 4

1.1.4. Focus sur la schizophrénie paranoïde 6

1.1.5. Étiologie de la schizophrénie 6

1.2. Les traitements 7

1.2.1. La chimiothérapie 7

1.2.2. Les thérapeutiques non-médicamenteuses 8

1.3. Approche psychanalytique 9

1.3.1. Les positions psychiques de M. Klein 9

1.3.2. Les apports de Winnicott et l'angoisse d'effondrement 10

1.4. Le passage à l'acte 12

1.4.1. Un défaut du processus de mentalisation 12

1.4.2. Aparté sur l'infanticide 13

1.4.3. Passage à l'acte et monstruosité 14

2. Le corps et ses structures, un étai du psychisme 15

2.1. La charpente osseuse 15

2.1.1. Développement physiologique osseux 15

2.1.2. Le squelette, édifice d'un corps solide 16

2.2. Le système musculaire et ses schèmes de flexion et d'extension	17
2.2.1. Organisation musculaire	17
2.2.2. Les schèmes de flexion et d'extension et leurs fonctions.....	17
2.3. La peau : de l'enveloppe corporelle à l'enveloppe psychique.....	19
2.3.1. Un premier « moi-corporel »	19
2.3.2. Le Moi-peau de Anzieu	19
2.3.3. L'appareil pour penser les pensées de Bion	19
2.4. Soutenir le sentiment de sécurité	20
PARTIE 2 : PARTIE CLINIQUE	22
1. Présentation de la structure.....	22
1.1. Le fonctionnement des UMD en France.....	22
1.1.1. Modalités d'admission.....	22
1.1.2. Évaluation des mesures d'hospitalisation et modalités de sortie.....	23
1.1.3. Rôles de la structure	24
1.2. Présentation de la structure d'accueil	24
1.2.1. Organisation relative à l'UMD	24
1.2.2. Un cadre spatial sécurisé et sécurisant	25
1.2.3. Un cadre temporel ritualisé.....	25
1.3. Soigner à l'UMD	26
1.3.1. Les professionnels de l'UMD.....	26
1.3.2. Le pôle d'activités	27
1.3.3. L'orientation des patients et la traçabilité des soins	27
1.3.4. La psychomotricité à l'UMD.....	28
1.3.5. Ma place en séance de psychomotricité	29
2. Présentation de Madame A.....	29
2.1. Parcours de vie	29

2.2. Parcours de soins	30
2.2.1. Entrée dans la maladie	30
2.2.2. Un passage à l'acte signant une rechute	31
2.2.3. L'entrée à l'UMD	31
2.2.4. Symptomatologie.....	32
2.3. Suivi psychomoteur	32
2.3.1. Un suivi en psychomotricité.....	32
2.3.2. ... en lien étroit avec le suivi en psychothérapie	33
3. Les séances de psychomotricité.....	33
3.1. Une première rencontre intrigante.....	34
3.2. Un étayage nécessaire sur le corps d'autrui.....	34
3.3. Quand le corps reprend progressivement sa fonction de soutien	37
3.4. La réalisation du bilan psychomoteur.....	38
3.4.1. Éléments du bilan psychomoteur.....	39
3.4.2. L'évolution du projet de soin.....	42
3.4. Des expériences corporelles nourrissant le psychisme.....	42
3.4.1. Une amélioration clinique notable.....	42
3.4.2. ... à surveiller attentivement.....	44
PARTIE 3 : DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE.....	46
1. Faire l'expérience d'un soi différencié.....	46
1.1. Le clivage dans la schizophrénie	46
1.2. La fonction de contenance mise à mal.....	47
1.3. L'étayage du corps d'autrui : de la relation fusionnelle à la distanciation.....	48
1.4. Création d'un espace interne : l'espace de pensée	50
2. Faire l'expérience d'un soi solide.....	51
2.1. Un vécu archaïque de l'intérieur du corps.....	51

2.2. L'intégration de la charpente osseuse.....	52
2.3. Des défenses à respecter	53
2.4. De la solidité à la sécurité.....	56
3. La place du psychomotricien.....	58
3.1. Accompagner la régression	58
3.2. Le rôle du psychomotricien	59
3.3. Le thérapeute, réceptacle du patient	62
3.4. Vécus et réflexions personnelles en Unité pour Malades Difficiles.....	63

CONCLUSION.....	65
------------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE

LEXIQUE

BDA : Bouffée Délirante Aiguë

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CSM : Commission de Suivi Médical

ESPI : Espace de Soins Psychiatriques Intensifs

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

PTI : Protection du Travailleur Isolé

SPD : Soins Psychiatriques des Détenus

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

UMD : Unité pour Malades Difficile

INTRODUCTION

« Pourquoi avoir choisi la psychomotricité ? » ... Souvenez-vous de cette première question à laquelle nous sommes tous confrontés dès les premiers jours de notre formation ; alors même que nous avons une représentation minime voire abstraite de notre future profession. Naïvement, la plupart de mes camarades et moi-même répondions que nous avons fait le choix de ce métier car il n'isolait ni le corps, ni le psychisme mais prenait en compte ces deux dimensions et leurs interactions. Mais qu'en est-il vraiment de ce rapport entre corps et psyché ? Lors de l'ensemble de mes stages, mon attention s'est fréquemment portée sur ce lien. Toutefois, c'est, sans nul doute, ma confrontation avec la psychiatrie adulte qui a particulièrement sollicité mon intérêt pour ce sujet.

En effet, en Unité pour Malades Difficiles (UMD), il est surprenant de voir à quel point le corps peut être le reflet de la déstructuration psychique causée par la maladie. Parfois même, nous sommes témoins de véritables états de déstructuration psychocorporelle. Alors, le corps peut constituer un véritable point de départ pour tenter une (re)structuration de la pensée, d'où l'importance de notre profession en psychiatrie adulte.

Dans cette clinique, la déstructuration psychique peut parfois se manifester par des passages à l'acte gravissimes, comme ce fût le cas pour Madame A. Cette patiente souffrant de schizophrénie a particulièrement suscité mon intérêt autour de l'interaction entre psychisme et corporel. Dans quelles mesures ces deux entités sont-elles liées ? Est-ce le psychisme qui influence le corps ? Ou à l'inverse, est-ce le psychisme qui s'étaye sur le corps ? Ou bien ce lien est-il bidirectionnel ? Plus spécifiquement, Madame A. m'a permis de m'interroger sur l'étayage des fonctions psychiques sur le corps. En effet, « le corps est le seul élément de réalité dont le sujet ne peut pas se défaire, à moins qu'il ne choisisse la mort » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 9). Au fil des séances avec Madame A. et en cernant pas à pas sa problématique psychomotrice, deux points me poussaient à réfléchir davantage : Madame A. semblait vivre dans un corps non différencié de la réalité extérieure et si fragile qu'il menaçait de s'effondrer. Progressivement, ces observations semblaient également définir la vie psychique de Madame A. Cette patiente m'a donc conduite à penser l'impact de la mise en jeu du corps en psychomotricité dans la construction des processus psychiques.

Dès lors, comment le travail corporel effectué en psychomotricité auprès d'un patient schizophrène, peut-il constituer un étai du psychisme pour faire l'expérience d'un soi solide et différencié ?

Dans une première partie théorique, je développerai deux points principaux. Je réaliserai, dans un premier temps, un tour d'horizon de la schizophrénie en m'attardant sur les manifestations comportementales et corporelles. Puis, j'aborderai les diverses structures psychomotrices au travers de leurs fonctions et leurs qualités psychiques sous-tendues.

Dans un second temps, je plongerai dans l'univers spécifique de l'UMD afin d'identifier son fonctionnement et ses particularités. J'irai ensuite à la rencontre de Madame A. en évoquant son parcours jusqu'à son hospitalisation. Puis, je retracerai de façon chronologique son suivi en psychomotricité.

Enfin, en confrontant les apports théoriques et les éléments cliniques, je tenterai d'apporter quelques pistes de réflexion à ce questionnement central. Je commencerai par étudier la mise en place d'un soi différencié, puis celle d'un soi solide. Pour terminer, je m'attarderai sur le rôle spécifique du psychomotricien dans un accompagnement comme tel et sa place dans cette unité spécifique.

PARTIE 1 : PARTIE THÉORIQUE

1. La schizophrénie

La schizophrénie est une affection mentale grave appartenant à la classification des psychoses. Ces dernières se caractérisent majoritairement par une perte de contact avec la réalité. La schizophrénie entraîne « une modification durable et profonde de la personnalité » (André, 1993, p. 77). Elle touche un peu moins de 1% de la population mondiale et à part égale les hommes et les femmes de toutes les cultures. Cependant, les formes les plus graves s'observent majoritairement chez les hommes. L'espérance de vie des sujets atteints de schizophrénie est diminuée de quinze à vingt ans, 10% d'entre eux décèdent par suicide.

1.1. Définitions et caractéristiques

1.1.1. Petite histoire de la schizophrénie

Le concept de schizophrénie émerge au cours du XIX^{ème} siècle. Il apparaît dans un premier temps sous le terme de « démence précoce » (*dementia praecox*).

Morel, psychiatre français, décrit de jeunes patients souffrant d'une détérioration précoce et anormale du fonctionnement mental. Quelques années plus tard, Morel utilise le terme de « démence précoce » pour qualifier cet état.

En 1893, le psychiatre Kraepelin reprend ce terme pour qualifier une psychose chronique survenant chez l'adolescent ou le jeune adulte. Il met principalement en avant la détérioration des fonctions cognitives et l'évolution irréversible du processus pathologique.

En 1911, le psychiatre suisse Bleuler introduit le terme de schizophrénie. Étymologiquement, ce mot vient du grec « *Schizein* » (fendre, scinder) et « *phren* » (pensée, esprit), d'où sa fréquente confusion avec le dédoublement de la personnalité. En utilisant ce terme, Bleuler souhaite insister sur la scission des fonctions psychiques. Bien qu'il emploie le terme au singulier, il souligne la présence de différentes formes de maladie. Bleuler, contrairement à Kraepelin, considère que le pronostic de la maladie est variable.

1.1.2. Mode d'entrée dans la maladie

La maladie se déclare généralement entre quinze et trente-cinq ans. Le mode d'entrée dans la maladie peut être aigu ou insidieux. La schizophrénie est dite chronique si les troubles persistent sur une durée supérieure à six mois (André, 2006).

La Bouffée Délirante Aiguë (BDA) est la forme typique d'entrée aiguë dans la maladie. Il s'agit d'une expérience délirante primaire se manifestant de façon brutale. En effet, elle est caractérisée par l'apparition soudaine d'un épisode de délire auquel le sujet adhère fortement. On note la présence d'éléments délirants à multiples thématiques et de symptômes dissociatifs. La BDA se résout en moins d'un mois et peut durer de quelques heures à quelques jours ou semaines ; elle n'évolue pas nécessairement vers une schizophrénie chronique.

Concernant le début insidieux, les différents troubles sont d'installation progressive. Le caractère pathologique est plus difficilement identifiable. Il peut se manifester par un affaiblissement psychique et physique (fatigue inexplicée, désintérêt pour les activités, incurie, décrochage scolaire...), des modifications de l'affectivité et du caractère (sentiments ambivalents, retrait, froideur...) et l'apparition de comportements étranges et impulsifs (violence, fugue, excentricité vestimentaire...).

1.1.3. Triptyque symptomatologique de la schizophrénie

Généralement, les symptômes de la schizophrénie sont décrits selon trois grandes catégories de syndromes : le syndrome dissociatif, le syndrome délirant paranoïde et le syndrome autistique.

▪ Le syndrome dissociatif est le fond commun caractéristique de la schizophrénie. Il correspond, selon André, à la « désagrégation de la personnalité et de la vie psychique du schizophrène » (1993, p. 81). La discordance, révélatrice de l'existence de la dissociation, exprime l'incohérence entre le vécu et l'expression du schizophrène. Elle se caractérise par quatre traits caractéristiques :

- L'ambivalence : elle définit un état mental lors duquel l'affect et son expression corporelle sont en inadéquation. L'ensemble des actes et sentiments du sujet semblent contradictoires.
- La bizarrerie : il s'agit de l'ensemble des conduites ainsi que des expressions illogiques et incohérentes.
- L'impénétrabilité : la communication avec le schizophrène est parfois impossible. Il apparaît étrange, troublant, incompréhensible ; seul le patient se comprend.
- Le détachement : le sujet se replie sur lui-même et semble indifférent à son environnement.

La dissociation est révélée par le discours, la pensée, les relations affectives et le comportement (André, 1993). Elle se retrouve dans la sphère :

- Intellectuelle : il existe un déficit de l'attention et des facultés de concentration associés à un trouble du cours de la pensée. Ce dernier est caractérisé par un discours incohérent, passant du coq-à-l'âne, des barrages, des persévérations verbales ou des associations d'idées parfois incompréhensibles. On constate également des troubles du langage avec une possibilité de mutisme, de néologisme et des réponses « à côté ».
- Affective : l'affectivité est également perturbée. On observe généralement un émoussement des affects, c'est-à-dire une indifférence affective traduite par une insensibilité et une indifférence aux événements.
- Comportementale : le désinvestissement du réel et le détachement sont marqués par l'apragmatisme ; c'est-à-dire une absence d'initiative tant dans les actes de la vie que dans la motricité. Les manifestations comportementales apparaissent hésitantes.

▪ Le syndrome délirant paranoïde caractérise la perte de contact avec la réalité. Il est à l'origine d'un délire non systématisé, c'est-à-dire flou et peu élaboré. Le délire n'est pas toujours manifeste. Les thèmes du délire sont multiples : persécution, influence, transformations corporelles, idées mystiques... Les mécanismes du délire sont, eux aussi, nombreux. Généralement, il s'agit d'un délire imaginatif, interprétatif ou hallucinatoire. Les hallucinations peuvent être auditives, cénesthésiques ou intrapsychiques. Le sujet a un vécu de dépersonnalisation, pouvant être à l'origine d'un automatisme mental. Il a alors la sensation de ne plus être maître de sa pensée, d'être envahi par une force extérieure qui le guide. Cela peut conduire au syndrome d'influence, c'est-à-dire à l'obéissance du sujet aux voix hallucinées.

Le délire peut être considéré comme « une tentative désespérée de réunifier corps et psychisme du malade au moment où le patient est menacé de désintégration. » (André et al., 2004, p. 128).

▪ Le syndrome autistique est marqué par un repli, une inertie et une inhibition massive du sujet schizophrène pouvant aller jusqu'à un état catatonique. La catatonie est marquée par plusieurs signes cliniques tels que le négativisme psychomoteur (conduite de refus et d'opposition...), l'inertie psychomotrice et les stéréotypies. Le sujet se claustré, s'isole et reste au lit. Au niveau psychomoteur, il existe une pauvreté du mouvement, une perte

d'initiative motrice et une raideur globale. Le patient vit une diminution de l'initiative et devient progressivement de plus en plus hermétique.

1.1.4. Focus sur la schizophrénie paranoïde

La classification internationale des maladies version 10 (OMS, 2008), reconnaît plusieurs formes cliniques à la schizophrénie dont le type paranoïde. En touchant plus de 50% des patients atteints de schizophrénie (Laugier, 2018), il s'agit de la forme clinique la plus fréquente. La schizophrénie paranoïde est caractérisée par l'importance des symptômes délirants et hallucinatoires qui sont au premier plan. Les hallucinations sont majoritairement acoustico-verbales, visuelles, cénesthésiques et psychiques.

1.1.5. Étiologie de la schizophrénie

La schizophrénie est une pathologie d'origine multifactorielle ; il s'agit d'ailleurs plus d'une prédisposition que de véritables causes. De nombreuses disciplines telles que la psychiatrie, la neurobiologie et la psychanalyse ont proposé leur propre modèle d'explication. Aujourd'hui, la schizophrénie est définie selon un modèle étiologique « biopsychosocial » (André, 1993).

- Les facteurs biologiques : il existe un terrain génétique favorable à l'apparition des troubles schizophréniques. Selon les études citées par Daléry et al. (1999), un sujet parent de premier degré (parent, enfant, fratrie) d'une personne atteinte de schizophrénie, a dix fois plus de risques de développer la maladie par rapport à la population générale. Toujours selon ces auteurs, au niveau neurochimique, l'hypothèse dopaminergique est favorisée. En effet, il existerait un dérèglement des quantités de dopamine dans le système nerveux central responsable des symptômes de la schizophrénie. Au niveau neuroanatomique, il semble exister des anomalies et malformations des structures anatomiques cérébrales telles qu'un élargissement des ventricules et des modifications des régions temporales et frontales.

- Les facteurs psychologiques : selon André « la schizophrénie trouverait ses origines dans les perturbations qui ont lieu au cours des toutes premières années de la vie, dans la relation mère-enfant. » (1993, p. 77). Selon lui, c'est l'environnement et plus particulièrement la figure maternelle et son implication qui structurerait l'individu. Ainsi, un dysfonctionnement de cet environnement ou de la continuité des liens de la dyade pourrait être à l'origine de la schizophrénie. De plus, des événements de vie traumatiques tels qu'un

choc affectif (deuil, séparation) ou un choc post-traumatique peuvent être des facteurs déclenchant de la schizophrénie.

- Les facteurs sociaux : ils correspondent notamment au niveau socio-économique, à l'isolement social ainsi qu'aux facteurs précipitants tels que l'utilisation de substances toxiques comme l'alcool, les amphétamines, le cannabis et la cocaïne.

1.2. Les traitements

Le traitement de la schizophrénie se base sur une conception biopsychosociale du patient. Selon André, le patient « à l'aide d'une chimiothérapie appropriée pourra accéder à une relation psychothérapeutique » (1993, p. 12). Le traitement de la schizophrénie est au long cours, multidisciplinaire et non curatif mais pouvant tout de même évoluer vers une rémission. Chaque patient est inscrit dans un projet thérapeutique individualisé et personnalisé.

1.2.1. La chimiothérapie

L'avènement des neuroleptiques au milieu du XXème siècle a révolutionné la prise en charge de la schizophrénie. Ces médicaments ont trois effets principaux : un effet sédatif visant la diminution de l'anxiété et de l'agitation, un effet anti-productif ayant pour objectif la réduction de l'action délirante et un effet désinhibiteur luttant contre le repli sur soi (André, 1993).

Les neuroleptiques typiques, ou antipsychotiques de première génération, ont des effets secondaires fréquents et non négligeables. Parmi eux, André (1993) cite les troubles neuro-végétatifs (hypotension orthostatique, tachycardie...), les troubles neurologiques avec des effets extra-pyramidaux (syndrome parkinsonien...), le syndrome hyperkinétique caractérisé par un besoin incoercible de mouvements, les troubles endocriniens, souvent responsables de l'interruption du traitement (prise de poids, impuissance, aménorrhée...) ainsi qu'un ralentissement psychomoteur et idéatoire. À titre d'illustration, la loxapine est un neuroleptique typique fortement sédatif ayant pour effets secondaires principaux un syndrome extrapyramidal et des troubles cardiovasculaires.

Les neuroleptiques atypiques, ou antipsychotiques de seconde génération ont moins d'effets secondaires ; c'est en partie la raison pour laquelle ils sont utilisés et recommandés en première intention (Saoud & Amato, 2006). Parmi eux, nous retrouvons la rispéridone. Classiquement, ce médicament a pour effets secondaires l'insomnie, la somnolence, l'agitation et l'anxiété.

En synergie avec les neuroleptiques, d'autres traitements peuvent être administrés selon l'état clinique du patient (André, 2006). Il peut s'agir d'anxiolytiques pour abaisser l'angoisse tel que diazépam, d'antiparkinsoniens pour corriger les effets extra-pyramidaux secondaires comme la tropatépine ou encore de psychoanaleptiques pour stimuler l'activité psychique.

Ainsi, les effets secondaires des traitements ne sont pas négligeables et doivent être pris en compte dans la présentation clinique du patient. Certains symptômes seront donc à nuancer car potentiellement liés à la prise des neuroleptiques. Même si ces médicaments restent indispensables à la prise en charge de la schizophrénie, ils ne peuvent être considérés isolément des traitements non-médicamenteux.

1.2.2. Les thérapeutiques non-médicamenteuses

Parmi les thérapeutiques non médicamenteuses, Saoud et Amato (2006), cite l'électroconvulsivothérapie (anciennement sismothérapie). Il s'agit d'une méthode de traitement par électrochocs visant à produire une crise d'épilepsie au moyen d'un courant électrique chez le patient sous anesthésie générale. Cette méthode est principalement efficace dans les phases aiguës de la maladie ou en cas de symptômes productifs importants, de catatonie et de pharmacorésistance. Si ce traitement psychiatrique est l'un des plus efficace, il reste tout de même le « moins bien compris » (Saoud & Amato, 2006, p. 206).

Les thérapeutiques non médicamenteuses englobent également les thérapeutiques psychologique et sociologique. Parmi elles, Saoud et Amato (2006) citent la psychanalyse, les thérapies comportementales et cognitives, la psychoéducation ainsi que la remédiation cognitive.

Enfin, selon André, Benavidès et Canchy-Giromini, (2004), les thérapies à médiations corporelles sont des approches paramédicales soutenant la prise en charge du patient schizophrène. Selon eux, « leur pratique écarte l'emprise de la dualité corps/psyché » (André

et al., 2004, p. 172). Parmi ces dernières, nous pouvons citer l'ergothérapie et la psychomotricité, assurément. L'ergothérapie a une approche davantage centrée sur l'activité et la psychomotricité sur le corps. Classiquement, l'ergothérapie favorise l'expression via un média et la réadaptation du patient afin de lui permettre d'agir et de mener une vie satisfaisante. La psychomotricité s'attache à travailler sur l'interaction entre la souffrance corporelle et psychique, en centrant son action sur le corps. Ce dernier est considéré dans ses divers aspects : sensori-moteur, émotionnel, symbolique, relationnel... Ces deux disciplines sont également complémentaires puisqu'en s'appuyant sur la notion du corps, il s'agit d'espaces privilégiés à la relation, à l'expression et à la création d'un lien.

1.3. Approche psychanalytique

1.3.1. Les positions psychiques de M. Klein

Klein (1952/2013) base sa théorie du développement sur l'existence d'une vie psychique et fantasmatique très précoce chez le nourrisson. Elle définit ainsi deux positions psychiques : la position schizo-paranoïde et la position dépressive.

Dans la position schizo-paranoïde, lors des quatre premiers mois de vie, le nourrisson clive l'objet maternel en un « bon sein », ou « bon objet », et un « mauvais sein », ou « mauvais objet ». La mère est alternativement vécue comme objet d'amour, satisfaisante et gratifiante et comme source de frustration et de persécution. Parallèlement, le Moi du bébé est également clivé. Afin que son Moi se construise progressivement, les bonnes expériences doivent l'emporter sur les mauvaises.

Durant cette phase, le nourrisson utilise différents mécanismes de défense tels que l'introjection, la projection, le clivage et le déni. Le bon objet, investi positivement d'amour, est introjecté à l'intérieur de lui. À l'inverse, le mauvais objet, investi négativement de haine, est attaqué et projeté à l'extérieur de lui. Par un mécanisme de clivage les qualités de l'objet sont coupées les unes des autres. L'objet est perçu comme partiel, il ne peut être bon et mauvais à la fois. Dans un même temps, le Moi de l'enfant est clivé. Une partie du Moi est retirée en attendant l'objet adéquat. Grâce au mécanisme de l'identification projective (Ciccone, 1998), le bébé fait éprouver à un autre ce qu'il ne peut se représenter à lui-même, contenir, métaboliser ou symboliser. Il s'agit de faire vivre à un autre ce qui ne peut être contenu. Selon Klein, ce processus est normal mais devient pathologique lorsqu'il est utilisé comme une modalité de défense puisqu'il existe une incapacité pour le nourrisson à

distinguer ce qui lui appartient de ce qui vient de l'autre. Enfin, à cette période, le bébé est dans le déni de la réalité, il « refuse de reconnaître une réalité extérieure qui serait pour lui perturbante, voire intolérante » (André, 1993).

Ces défenses se mettent en place pour agir contre certains types d'angoisses paranoïdes persécutrices telles que les angoisses d'intrusion, d'anéantissement et de morcellement. Ces angoisses sont dites archaïques car surviennent avant l'apparition du langage. Du fait de leur origine essentiellement corporelle, elles ne peuvent être ni pensables, ni nommables.

Dès lors, l'insuccès de l'élaboration de cette position peut conduire à « un renforcement régressif des craintes de persécution et réaffirmer les points de fixation pouvant amener des psychoses graves », et notamment la schizophrénie (Klein et al., 1952/2013).

Lors de la position dépressive, l'objet n'est plus introjecté comme objet partiel mais comme objet total. L'enfant sort du clivage pour progressivement entrer dans un mouvement d'ambivalence. Ainsi, l'objet investi peut à la fois être aimé et haï. Dans le même temps, le Moi du nourrisson devient également un objet total. Cela représente l'accès à la différenciation soi/autre. L'enfant comprend alors que ses pulsions de haine et d'amour convergent en réalité vers le même objet. Il doit faire le deuil de l'objet idéalement bon et craint de perdre son objet d'amour. Cela entraîne une culpabilité dépressive.

De nouvelles défenses apparaissent lors de la position dépressive. Grâce au mécanisme de réparation, l'enfant tente de réparer fantasmatiquement les effets de ses attaques envers son objet d'amour.

Pour Klein, ces deux positions doivent être dépassées. Toutefois, l'ensemble de ces défenses, angoisses et relations d'objet persistent à un degré variable chez l'enfant et le sujet adulte. Dans la schizophrénie, ces modalités semblent parfois prédominantes dans la vie du sujet.

1.3.2. Les apports de Winnicott et l'angoisse d'effondrement

La question de la différenciation avec autrui et de l'individuation psychique a également été abordée par le pédiatre et psychanalyste Winnicott (2006). Ce dernier définit trois phases de développement du bébé : la dépendance absolue, la dépendance relative et enfin l'indépendance marquée par l'individuation. Au cours de la première phase de totale

dépendance, l'environnement, représenté par la mère, s'adapte « aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité » (Winnicott, 2006, p. 41). L'auteur qualifie cet état de folie ordinaire, la « préoccupation maternelle primaire ». Cet état d'indifférenciation fournit à l'enfant les conditions nécessaires à son développement harmonieux et caractérise la « mère suffisamment bonne » (Winnicott, 2006). Lors de cette première phase, la mère va s'adapter aux besoins de l'enfant notamment au travers des soins maternels tels que le *handling* et *holding*. Winnicott définit par le *handling* les soins corporels apportés par la mère à l'enfant et par le *holding* la façon dont l'environnement porte et soutient l'enfant tant sur plan physique que psychique. L'auteur insiste sur le rôle fondamental des soins qui structurent psychiquement l'enfant en participant à la formation de ce qu'il appelle « Le self », à entendre comme un « sentiment d'être ». Ainsi, au travers de la notion de bonne préoccupation maternelle primaire, l'enfant pourra passer d'un stade à l'autre et grandir psychiquement, ce qui lui permettra ultérieurement de « faire l'expérience de soi » (Winnicott, 2006, p. 59). Lors de la seconde étape de dépendance relative, la mère se dégage progressivement de la relation fusionnelle avec son enfant en ne s'adaptant pas parfaitement à ses besoins. L'enfant est alors en mesure de se représenter sa mère comme extérieure à lui, bien qu'elle ne forme pas encore une réalité extérieure unifiée. Cela permet progressivement à l'enfant d'atteindre la dernière étape vers l'indépendance et la différenciation. Cette théorie Winnicottienne, suppose donc une perception de la différence entre le monde intérieur et extérieur en l'absence de la mère.

Toutefois, Winnicott souligne la présence d'angoisses primitives, pouvant être associées aux angoisses archaïques, dans la psychose. Ces angoisses, « sous la forme de vécus de désintégration ou de dépersonnalisation, résultent d'un effondrement subjectif n'ayant jamais pu être éprouvé dans le lien à l'environnement précoce. » (Flémal, 2011). Ainsi, lorsque les notions de *holding* et *handling* n'ont pas eu lieu, n'ont pas été adaptées ou n'ont pu s'intégrer, il arrive que les deuxième et troisième phases ne puissent être dépassées et que certaines angoisses primitives perdurent. Parmi ces angoisses, nous retrouvons celle de l'effondrement (Winnicott, 1974/2000). Selon l'auteur, la crainte de l'effondrement n'est pas une angoisse face à ce qui pourrait arriver mais face à ce qui est déjà arrivé et dont il faut éviter la répétition. Cet effondrement se serait déroulé lors de la phase d'immaturité psychique où l'enfant n'a pas encore dissocié le « non-moi » du « moi ». Ainsi, l'inscription mnésique d'un tel événement n'a pu se réaliser. Avec cette théorie, Winnicott, à l'image de Klein, suppose que les traces archaïques, affectives et corporelles mais également les

premières interactions et angoisses survivent à tout et continuent d’agir chez le sujet toute sa vie durant. Par ailleurs, si les angoisses archaïques sont « normales chez le nourrisson », elles sont « pathologiques et extrêmement invalidantes en psychiatrie » (Pireyre, 2015, p. 141).

Corporellement, cette angoisse se traduit par la crainte que la structure corporelle ne s’effondre sur elle-même. L’absence ou l’inadéquation, par excès ou par défaut, des expériences apportées à l’enfant, ne lui ont pas permis de se sentir suffisamment solide, d’où la crainte que la structure corporelle ne s’écroule.

1.4. Le passage à l’acte

1.4.1. Un défaut du processus de mentalisation

Le passage à l’acte peut être envisagé comme un débordement pulsionnel mis en dehors de la psyché. L’acte serait alors réalisé sans pensée, ni représentation ou élaboration des conflits psychiques. Selon Millaud, il existerait un primat de l’action et un défaut de mentalisation :

D’une part, la primauté de l’action semble canaliser toutes les énergies et paraît empêcher la mentalisation (...), d’autre part, le « défaut structurel » de la capacité de mentalisation peut favoriser la prédominance des passages à l’acte en tant que fonctionnement privilégié. (2009, p. 10)

Millaud décrit deux types de perturbations du processus de mentalisation dans la structure psychotique :

- Une inexistence du processus de mentalisation : le sujet est incapable d’organiser sa pensée. Les agirs témoignent donc directement de cette incapacité à contenir et métaboliser les pulsions.
- Une mentalisation élaborée mais construite avec certains contenus délirants : le sujet perçoit les informations extérieures ou corporelles de façon erronée. Le passage à l’acte témoigne directement de l’incapacité du sujet à reconnaître l’altération des perceptions de son environnement.

Ainsi, par un défaut de mentalisation, l'acte se substitue à la parole ou à la pensée. Le passage à l'acte peut alors être envisagé comme un moyen d'assouvir une souffrance. Selon Lacan, la fonction principale du passage à l'acte serait « l'aspect résolutoire de l'angoisse » (Cité par Millaud, 2009, p. 11). Par un défaut du processus de mentalisation, le sujet ne peut élaborer d'autre issue pour apaiser ses angoisses. Ainsi, selon Millaud : « Dans le cas du passage à l'acte, le niveau d'angoisse est tel qu'il semble déborder complètement les capacités du patient de tenter d'obtenir de l'aide et il s'agit avant tout de se libérer, de tenter de résoudre un conflit irrésolvable. » (2009, p. 11).

1.4.2. Aparté sur l'infanticide

Dans des affections telles que la schizophrénie, le primat de l'action et le défaut du processus de mentalisation peuvent conduire le sujet à passer à l'acte. Parfois, il peut s'agir de passages à l'acte médico-légaux, c'est-à-dire impliquant un meurtre, tel qu'un infanticide.

Classiquement, le terme d'infanticide est utilisé pour qualifier le meurtre d'un enfant par l'un de ses parents. En réalité, il existe différents termes pour qualifier cet acte criminel défini en fonction de l'âge de l'enfant. Ainsi, le terme néonaticide correspond au meurtre d'un nouveau-né par l'un de ses parents ; le terme infanticide renvoie véritablement au meurtre d'un nourrisson de moins de trois jours ; enfin le terme filicide correspond au meurtre d'un enfant âgé de plus de trois jours (Ravit, 2011).

Rouyer et Drouet (1994) se sont penchés sur différents cas cliniques, victimes de mauvais traitements (violence physique, violence éducatives, infanticide et inceste). Ils écrivent à leurs propos :

Dans la majorité des cas que nous suivons, l'enfant était vécu comme une part non différenciée ou mal différenciée de ses parents, un enfant « objet », prolongement d'eux-mêmes, destiné à combler un vide affectif et à recevoir leurs projections mortifères. (Rouyer & Drouet, 1994, p. 14)

Ainsi, l'acte meurtrier peut être envisagé non pas comme un acte directement dirigé vers l'enfant mais comme une attaque du « mauvais objet » externe et persécuteur, au sens kleinien du terme. Par identification projective, l'enfant devient persécuteur et est vécu comme une menace à éliminer.

C'est le mécanisme d'identification projective qui est à l'œuvre chez le parent maltraitant, celui-ci attribuant tout ce qui est mauvais en lui, tout ce qu'il refuse inconsciemment de lui-même, à l'enfant, qui devient alors menaçant et dangereux et dont il doit se débarrasser. (Rouyer & Drouet, 1994, p. 126)

1.4.3. Passage à l'acte et monstruosité

Selon Grimm (2008), « la figure du monstre désigne à l'heure actuelle plus volontiers le mal, incarné dans le criminel, que la difformité. ». À l'UMD, certains patients par leur présentation corporelle peuvent nous renvoyer directement à la figure du monstre et nous faire douter d'eux comme appartenant à notre même espèce. Toutefois, c'est principalement dans leurs passages à l'acte, parfois d'une violence inouïe que nos représentations de l'humain vont être véritablement attaquées.

En outre, il faut non seulement accepter de partager la même humanité que ces patients, auteurs d'actes impensables mais également accepter notre propre part de monstruosité. En effet, le patient « nous tend un miroir qui met à nu nos propres imperfections et reflète une image dans laquelle nous n'avons pas envie de nous reconnaître » (Korff-Sausse, 2011). Cela renvoie à la notion d'inquiétante étrangeté. Selon Korff-Sausse, l'inquiétante étrangeté est le fait que « se présente à nous comme réel quelque chose que nous avons considéré jusque-là comme fantastique » (2011). Dès lors, si cet autre, aussi humain que moi, a commis un tel acte, pourquoi ne serais-je pas capable de le commettre également ? Ainsi, ce serait davantage la ressemblance avec cet autre qui ferait souffrir que la différence qui dérangerait. Tout l'enjeu serait donc de sortir des premières représentations de violence et de sidération pour penser la signification du passage à l'acte et saisir ce qu'il vient dire du patient.

En résumé, la schizophrénie est une affection mentale importante qui perturbe profondément l'inscription du sujet dans la réalité externe ainsi que le sentiment de soi, comme nous le confirme l'approche psychanalytique. Cela peut être d'autant plus perturbé lorsque la construction initiale du corps ne s'est pas mise en place efficacement et n'a donc pas permis un étayage efficace du psychisme sur ce dernier. Nous allons donc maintenant nous attarder sur les diverses structures psychomotrices et leurs fonctions d'étayage du psychisme.

2. Le corps et ses structures, un étai du psychisme

Nous allons, dans cette partie, aborder les différentes structures du corps humain afin d'identifier quelles sont leurs fonctions et leurs caractéristiques physiologiques. Mais avant tout, nous tenterons de déterminer les qualités psychiques sous tendues à l'intégration de ces constituants.

2.1. La charpente osseuse

2.1.1. Développement physiologique osseux

Selon Pireyre, le processus d'ossification, appelé également ostéogénèse, même « s'il est bien avancé à la naissance, sera fini seulement quelques années après la fin de l'adolescence. » (Pireyre, 2015, p. 91). L'ostéogénèse est un processus complexe se déroulant en trois étapes : création d'une structure mésenchymateuse, c'est-à-dire relative aux cellules embryonnaires, puis d'une structure cartilagineuse et enfin l'ossification.

Toujours d'après Pireyre, l'os long se divise en trois parties, l'épiphyse située à l'extrémité de l'os, la diaphyse constituant la partie centrale et la métaphyse correspondant à la partie intermédiaire. Chez le nouveau-né, les diaphyses osseuses sont minéralisées mais encore susceptibles d'être déformées longtemps après la naissance. Les épiphyses osseuses quant à elles sont uniquement cartilagineuses et donc non minéralisées. Dans le développement de l'enfant, nous observons une maturation de l'ossification des épiphyses relativement tardive. À titre d'exemple, l'âge moyen d'apparition du noyau d'ossification épiphysaire de l'olécrane est compris entre huit et onze ans chez la fille et neuf et onze ans chez le garçon. L'imagerie médicale ne fait que renforcer l'observation de l'immaturité osseuse des premiers temps de la vie.

Ainsi, toujours selon Pireyre, « l'immaturité physiologique est certaine et rend bien compte de la possibilité, aux débuts de la vie, d'un vécu particulier de l'intérieur du corps. » (Pireyre, 2015, p. 94). Les os, n'étant pas encore arrivés au terme de leur développement, possèdent des caractéristiques malléables et plastiques. L'auteur ajoute que cela « laisse entrevoir que l'os est très probablement perçu par l'enfant, *in utero*, mais aussi après la naissance, comme non dur au mieux, sinon réellement mou. ». Dès lors, Pireyre met en corrélation une immaturité physiologique originelle et une représentation pathologique de l'intérieur du corps.

2.1.2. Le squelette, édifice d'un corps solide

Nous avons donc vu que la maturité physiologique osseuse est tardive et variable d'un os à l'autre. Cela provoque probablement un vécu du corps particulier de mollesse. Toutefois, l'os va progressivement se minéraliser et s'ossifier jusqu'à obtenir ses propriétés définitives. Selon Lesage (2004), l'os est avant tout un espace cristallin, vecteur principal des vibrations dans tout le corps. À ce titre, l'os assure la cohérence interne et étaye la sensation d'unité corporelle. Il forme également une structure solide et consistante bien que toujours malléable. L'auteur précise alors que l'os représente « ce qui est solide en soi, sur quoi on peut s'appuyer, qui agence la forme globale du corps ».

Les os, reliés les uns aux autres forment le squelette, également retrouvé sous le nom de charpente osseuse. Le terme « charpente » me semble intéressant pour comprendre le rôle du squelette dans le corps. En effet, il rend justement compte de la solidité de l'os et de sa fonction visant à soutenir une construction, celle d'un corps et de l'ensemble de ses composants. Lesage (2004) étend le squelette au système ostéo-fibreux, incluant les os, les capsules, les ligaments et une partie des fascias. Selon lui, l'ensemble correspond à « notre structure porteuse, notre charpente, qui confère une forme de base, et définit les axes et longueurs des segments corporels ».

Également, l'auteur ose le concept de *moi-os* qui correspond à l'intégration psychique des qualités sous-tendues par le système ostéo-fibreux. Celui-ci vient en complément du moi-peau décrit par Anzieu que nous aborderons ultérieurement. Ainsi, l'intégration psychique de ce système permet au sujet d'acquérir une cohérence interne, un point d'appui solide et un espace vibratoire. Dans le cas où l'intégration du système ostéo-fibreux ferait défaut, l'individu est susceptible de se construire un « pseudo-squelette » qui peut être cutané (peau-carapace), musculaire (muscle-cuirasse) ou organique (spasmes digestifs) (Lesage, 2004). Ainsi, faute d'une solidité suffisante trouvée dans le squelette, l'individu va chercher à « se tenir » ailleurs dans son corps ; c'est alors qu'il « confère sa sécurité au système musculaire hypertonique » (Lesage, 2015, p. 130).

Lesage et Alexander s'accordent sur l'importance de donner à expérimenter et éprouver cette charpente osseuse afin de l'intégrer. Pour Alexander, la conscience osseuse est nécessaire car il s'agit d'une question de « sécurité intérieure » (Citée par Lesage, 2015). Cette structure peut s'éprouver de diverses façons. Toujours est-il que l'intégration du

système ostéo-fibreux associe une dynamique relationnelle particulière d'os à os, de dur à dur. De cette relation naît, « une densification conjointe des systèmes osseux des deux partenaires, ce qui affirme leur différenciation. » (Lesage, 2015, p. 131).

Le système ostéo-fibreux nous permet une approche des qualités intérieures et intrinsèques du corps. Dès lors, l'intégration psychique de la charpente osseuse au cours du développement est primordiale afin d'intégrer ses qualités et ainsi accéder à un vécu de solidité, d'unité et de sécurité.

2.2. Le système musculaire et ses schèmes de flexion et d'extension

2.2.1. Organisation musculaire

Notre squelette, édifice structurant de notre corps, est soutenu et animé par un système musculaire important ; et pour cause, ce dernier est constitué de six-cent-trente-neufs muscles. Si certains d'entre eux sont impairs (ex : diaphragme), « la plupart des muscles sont pairs et symétriques disposés par rapport à l'axe vertébral et (...) fonctionnent dans un rapport constant d'antagonistes » (Robert-Ouvray, 2010, p. 30).

À titre d'exemple, dans un mouvement d'enroulement, les fléchisseurs du tronc et de la tête sont les muscles agonistes puisqu'ils produisent le mouvement par leurs contractions concentriques. Les extenseurs du tronc et de la tête sont qualifiés d'antagonistes : non seulement ils ne produisent pas le mouvement considéré mais ils s'y associent par leur inhibition grâce au réflexe d'inhibition réciproque. Nous parlons alors de travail synergique musculaire. Ainsi, la synergie musculaire des fléchisseurs et extenseurs « permet à l'homme de s'enrouler sur lui-même ou de se redresser sur ses pieds » (Robert-Ouvray, 2010, p. 30).

2.2.2. Les schèmes de flexion et d'extension et leurs fonctions

In utero, le bébé est dans une position physiologique de regroupement. La flexion est assurée par la forme arrondie de l'utérus. À la naissance, l'organisation anatomique de la motricité et les réflexes archaïques du bébé entraînent les mouvements du corps dans le sens de l'enroulement (Robert-Ouvray, 1996). En effet, la posture de l'enfant à terme est caractérisée par une forte hypotonie du tronc et une hypertonie des membres. Cela favorise l'enroulement du bébé sur lui-même. Également, le bébé est soumis à une motricité réflexe, c'est-à-dire involontaire. Selon Robert-Ouvray cette motricité réflexe va donner au corps du

bébé une forme particulière, « c'est une forme qui va d'abord dans le sens de l'enroulement et du regroupement des parties corporelles vers un centre » (1996, p. 54).

Robert Ouvray (1996) décrit cinq schèmes de base pour définir l'organisation anatomique de la motricité. Ces derniers sont constitués de trois éléments : la main, l'épaule et le coude pour les schèmes des membres supérieurs, le pied, la hanche et le genou pour les schèmes des membres inférieurs, et enfin, la tête, le bassin et les vertèbres pour le schème du tronc. Selon elle, les articulations intermédiaires, vont permettre aux extrémités de se rapprocher les unes des autres ou de s'éloigner grâce à une mécanique inscrite naturellement dans notre organisation motrice. Ainsi, « les premiers mouvements du corps du bébé se font donc dans le sens de l'enroulement-déroulement » (1996, p. 52).

De ce fait, la motricité semble sans cesse ramener l'enfant à un retour sur soi. Dans ce schéma d'enroulement, le bébé est replié sur lui. Cette position semble privilégier la centration de l'enfant sur lui-même et est primordiale pour se créer un sentiment d'unification. Robert-Ouvray parle de « mouvement primaire narcissique de préoccupation fondamentale de soi » (2010, p. 46).

Dans les six premiers mois de sa vie, l'enfant va construire sa tonicité axiale pour passer d'une hypotonie primaire à un redressement de l'axe. Parallèlement, les muscles extenseurs de l'arrière du corps vont participer au redressement du tronc, en synergie progressive avec les fléchisseurs. L'enfant développe une activité et un tonus des extenseurs lui permettant de se redresser et de dérouler son axe. Ainsi, grâce à la maturation neurologique et la descente tonique, la posture préférentielle de l'enroulement du corps va pouvoir se réaliser dans une dialectique avec celle de l'extension. L'ouverture du corps vers l'extension est assimilée à l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel (Robert-Ouvray, 2010), c'est-à-dire à l'ouverture sur le monde extérieur.

Ainsi, l'enroulement, posture privilégiée du bébé, lui procure une certaine sécurité via un centrage sur lui-même. Progressivement, le redressement va permettre au nourrisson de s'ouvrir au monde extérieur. Les schèmes d'enroulement et de redressement vont alors se rassembler entre eux et offrir au bébé le « plaisir d'un premier soi psychomoteur unifié » (Robert-Ouvray, 2010, p. 47).

2.3. La peau : de l'enveloppe corporelle à l'enveloppe psychique

2.3.1. Un premier « moi-corporel »

Freud met en avant la primauté d'un Moi-corps et donc la construction de la personnalité du sujet autour des sensations et de l'ancrage corporel. Selon lui, « le moi est avant tout corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface » (Freud, 1923/2010). Le Moi serait donc une projection mentale de la surface du corps. Cette théorie sera reprise par un ensemble d'auteurs dont Anzieu.

2.3.2. Le Moi-peau de Anzieu

Anzieu (1995) définit le Moi-peau comme étant à l'origine du sentiment d'existence et d'identité du bébé. Reprenant les idées de Freud, il considère le Moi-peau comme un étayage et une construction du Moi-psychique sur le Moi-corporel et donc sur les diverses fonctions de la peau. Anzieu attribue huit fonctions au Moi-peau : maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale et inscriptions des traces.

Penchons-nous davantage sur la fonction de contenance. Selon Anzieu, « à la peau qui recouvre la surface entière du corps et dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes répond la fonction contenante du Moi-peau » (1995, p. 124). Grâce à l'intériorisation de la fonction du *handling* maternel de Winnicott (2006), le Moi-peau contient le psychisme. En effet, toujours selon Anzieu « de même que la peau enveloppe le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique » (1995, p. 124). Ainsi, grâce aux soins maternels, la peau est vécue comme un « sac » par l'enfant. Dès lors, cette fonction va lui permettre de percevoir les limites entre le dedans et le dehors et donc entre le Moi et le non-Moi. Les interactions entre la mère et son enfant permettent alors la constitution de l'enveloppe psychique.

2.3.3. L'appareil pour penser les pensées de Bion

Nous avons vu que les processus psychiques s'ancrent dans les fonctions somatiques. Ce processus est soutenu par la mère qui veille au rôle pare excitant et filtrant de la quantité d'excitations que le bébé peut supporter. Cela est en partie possible grâce à la capacité de rêverie maternelle théorisée par Bion (1979). En effet, à l'aube de sa vie psychique, le bébé

n'est pas en mesure de traiter seul certains de ses vécus désorganiseurs. De ce fait, par sa capacité de rêverie, la mère accueille les éprouvés bruts nommé « bêta ». Elle va ensuite les transformer et les renvoyer au bébé en éléments « alpha », métabolisés par les mots et le sens qu'elle leur met. Ainsi, « l'émotion brute, sensorielle (l'élément bêta), [est] transformée par la capacité de digestion maternelle (la fonction alpha) en mental (l'élément alpha) » (Geissmann, 2001). Ce processus est permis dans la mesure où l'enfant utilise le mécanisme de l'identification projective, définit préalablement.

Ainsi, la peau se joint à la charpente osseuse et aux muscles pour offrir un sentiment de sécurité au sujet. Nous allons désormais voir que ce sentiment de sécurité peut être retrouvé grâce à d'autres composantes.

2.4. Soutenir le sentiment de sécurité

Le sentiment de sécurité interne (Ponton, s. d.) peut être apparenté à une sécurité de base, un sentiment de confiance en soi. Il s'élabore dans la petite enfance et s'appuie sur une conscience de soi stable et forte. Le sentiment de sécurité se construit et s'étaye grâce au dialogue corporel avec l'adulte et peut être modifié sous l'influence des circonstances de la vie. Si ce sentiment n'est pas suffisamment structuré à son origine, il sera difficile à retrouver lors des épreuves de la vie. Ponton (s. d.), psychomotricienne, identifie cinq déterminants dans la construction du sentiment de sécurité lors du redressement.

- La respiration constitue la première sensation de continuité et d'unification du corps grâce à la circulation du souffle dans l'inspiration et l'expiration. Elle est « l'harmonisateur du tonus musculaire » qui est lui-même dépendant de nos émotions. Dès lors, la respiration reflète nos affects et nos émotions. Ainsi, un état de détente se traduira par une respiration élargie et profonde ; à l'inverse un état d'agitation entrainera une respiration courte, de faible amplitude. Selon Ponton, le nourrisson et l'enfant sont particulièrement sensibles au dialogue tonico-émotionnel avec l'adulte. Ce langage constitue le premier mode de communication non-verbale à la naissance. Il est donc capital « d'harmoniser notre mouvement respiratoire pour bien régler le tonus musculaire de nos gestes et de notre toucher lors des soins prodigués à un jeune enfant ».

- Comme nous l'avons vu précédemment, le rassemblement dans l'enroulement, constitue le premier schéma d'apaisement et d'unification du corps. La courbe du dos dans l'enroulement offre un appui arrière contenant et sécurisant pour l'enfant, à l'image de la

paroi utérine lors de la vie *in utero*. De ce fait, le portage de l'enfant, en lien avec le dialogue tonico-émotionnel va respecter l'enroulement du bébé. Les mains de l'adulte soutiennent naturellement l'occiput, c'est-à-dire la partie postéro-inférieure du crâne, ainsi que le sacrum. Grâce au sentiment de contenance et de sécurité apporté par l'enroulement, ce portage favoriserait l'apaisement et l'endormissement.

- Le repoussé par les appuis dans le sol offre au bébé un sentiment de stabilité et de résistance nécessaire pour se mouvoir et s'ériger en confiance. L'enfant a également besoin d'expérimenter cette solidité pour organiser son tonus musculaire. La qualité à s'ériger dépendra de la qualité des appuis. Ce repoussé peut également être considéré comme le support de la différenciation. En effet, en se déplaçant et se redressant, l'enfant accède à une certaine indépendance et différenciation.

- Nous avons vu précédemment que la colonne vertébrale est un axe de rotation qui relie le bassin et le crâne. Elle permet d'unifier l'avant et l'arrière dans l'enroulement mais également la droite et la gauche dans le retournement. Ceci participe au sentiment d'unification du corps et par conséquent de sécurité interne. Ponton insiste sur l'importance d'offrir un soutien à l'enfant au niveau du bassin lors des portages afin de lui donner une sensation d'assise. De ce fait, le retournement par l'assise du bassin offre au bébé un certain ancrage apporté par le poids du bassin.

- Enfin, l'appui visuel permet d'orienter et de guider nos gestes et placements dans l'espace en faisant le lien entre l'intérieur et l'extérieur. D'un point de vue relationnel, le regard aurait une fonction de reconnaissance et d'identification entre l'adulte et l'enfant. Il offre un véritable ancrage sécurisant et est vecteur de nos émotions : le regard peut rassurer, reconforter... Ponton et Defiolles-Peltier (2010) insistent toutes deux sur l'importance du regard qui constitue un véritable toucher à distance.

En conclusion, l'intégration des différentes structures du corps, internes ou externes, dans la constitution du sujet permet au psychisme de se développer en appui sur ces dernières. Le sujet pourra donc accéder à un corps différencié, solide, sécurisant et enveloppant. Cependant, cela n'est pas toujours le cas, comme nous allons pouvoir l'observer dans l'étude de cas de Madame A.

PARTIE 2 : PARTIE CLINIQUE

1. Présentation de la structure

1.1. Le fonctionnement des UMD en France

Les UMD sont des services psychiatriques spécialisés accueillant uniquement des personnes qui « présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » (Code de la santé publique - Article L3222-3, 2002). Les patients admis présentent un « état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation ordinaire » et nécessitent « des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés, des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet » (Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles - Article 1, 1986). Il s'agit donc de patients en crise qui pour l'essentiel ont commis des passages à l'acte hétéro ou auto-agressifs graves et dont l'état de dangerosité transitoire ne permet pas la suite de l'hospitalisation en service psychiatrique classique. L'hospitalisation est à temps complet et sous contrainte, c'est-à-dire sans le consentement du patient.

En France, il existe dix UMD réparties sur le territoire métropolitain. Implantées dans des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS), elles ont été créées entre 1910 et 2012. Les UMD accueillent plus de six cent cinquante patients avec une prédominance masculine forte.

1.1.1. Modalités d'admission

L'hospitalisation des patients en UMD se fait toujours selon un mode d'admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE), généralement le préfet. La décision est rendue par arrêté préfectoral sur la base d'un certificat médical émanant du psychiatre de l'établissement d'origine. Pour cela, quatre conditions doivent être réunies : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins, la nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière ainsi qu'une atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

L'hospitalisation en SPDRE peut être de trois origines. Il peut s'agir d'une origine :

- Sectorielle : dans ce cas, le patient atteint de troubles mentaux nuit à la sûreté des personnes ou porte préjudice à l'ordre public de façon grave.

- Pénitentiaire : le patient détenu est transféré depuis un milieu spécialisé carcéral où les soins ne peuvent être assurés de façon efficiente. Le patient continue alors de purger sa peine à l'UMD car il garde son statut de détenu.
- Médico-légale : le patient faisant l'objet des soins est jugé irresponsable pénalement de ses actes pour cause psychiatrique.

Les UMD sont basées sur un principe d'accueil interrégional. Elles accueillent en priorité les patients de la région de l'établissement et des régions voisines mais peuvent également accueillir des patients de l'ensemble du territoire français selon les besoins.

1.1.2. Évaluation des mesures d'hospitalisation et modalités de sortie

La durée d'hospitalisation moyenne en UMD est d'un an et varie généralement entre six mois et deux ans. Elle peut cependant se prolonger à une dizaine d'années, de façon rare.

La Commission du Suivi Médical (CSM) est une instance médicale composée de quatre membres : un médecin représentant l'agence régionale et trois psychiatres n'exerçant pas leur profession à l'UMD. La CSM peut s'auto-saisir de la situation d'un patient ou peut être saisie à tout moment par le patient, sa famille, le procureur de la république, le directeur de l'établissement... Elle doit systématiquement examiner le dossier de chaque patient hospitalisé au sein de l'UMD à raison d'une fois par semestre. Cette commission se réunit une fois par mois dans l'unité afin d'étudier la situation de certains patients en vue d'une sortie.

Également, le Juge des Liberté et de la Détention (JLD) exerce un contrôle systématique du dossier du patient avant le douzième jour d'hospitalisation, puis tous les six mois de l'hospitalisation. Le JLD peut maintenir ou lever la mesure d'hospitalisation sous contrainte dans le cas d'une hospitalisation abusive ou non justifiée.

La sortie du patient de l'UMD dépend de l'avis de la CSM. Elle est également actée par un arrêté du préfet. Il existe alors trois modalités de sortie de l'UMD :

- Le patient retourne dans son secteur d'origine pour la poursuite des soins.
- Le patient détenu retourne dans le milieu pénitentiaire.
- Le patient est autorisé à sortir immédiatement et définitivement, de façon rare cependant.

1.1.3. Rôles de la structure

Les UMD ont un premier rôle thérapeutique. L'action synergique des traitements médicamenteux et des thérapeutiques non-médicamenteuses garantit à chaque patient des soins personnalisés et individualisés.

Elles ont également un rôle contenant. En effet, le cadre spatio-temporel spécifique et fermé ainsi que l'attitude rassurante des soignants offrent des repères fixes et protecteurs aux patients.

Enfin, les UMD sont des lieux de rappel de la symbolique de la loi et de l'autorité. Les patients doivent respecter des règles et des devoirs. Ils sont soumis à certains interdits, notamment comportementaux « lesquels peuvent être structurants sur le plan psychique » (Laugier, 2018, p. 928).

1.2. Présentation de la structure d'accueil

1.2.1. Organisation relative à l'UMD

L'UMD où j'effectue mon stage a une capacité d'accueil de quarante personnes, réparties selon trois unités. La première unité d'hospitalisation, pouvant accueillir dix patients, correspond à l'unité d'accueil et de gestion de crise. Les unités deux et trois sont des unités de suite ; chacune d'entre elles accueille quinze patients. Ces dernières ont pour objectifs la stabilisation des patients et leur préparation à la sortie. L'UMD possède également quatre Espaces de Soins Psychiatriques Intensifs (ESPI), anciennement appelés chambres d'isolement.

À leur arrivée à l'UMD, les patients sont accueillis en ESPI où ils font l'objet de différents examens somatiques et psychiatriques complets et d'une surveillance accrue durant un minimum de vingt-quatre heures, durée potentiellement renouvelable. Puis, ils rejoignent l'unité une sur décision du médecin psychiatre où, durant un mois environ, ils sont soumis à un cadre de soin strict. Lorsque l'état des patients est suffisamment stable, ils sont transférés dans l'unité deux ou trois. Toutefois, si leur état clinique se dégrade de façon trop importante, manifesté par exemple par un passage à l'acte, les patients peuvent être transférés en ESPI ou à l'unité une à tout moment de leur hospitalisation.

1.2.2. Un cadre spatial sécurisé et sécurisant

L'espace en UMD est pensé de façon à assurer la sécurité des patients et des soignants. De l'extérieur, l'UMD semble être un lieu impénétrable. La haute façade, la porte blindée en acier et la présence des agents de sécurité témoignent de la difficulté d'accès à l'établissement.

Les trois unités disposent toutes d'une zone commune et d'une zone nuit. D'une part, la zone commune comprend une salle de télévision, une salle à manger, une salle d'entretien, une officine ainsi qu'une cour extérieure grillagée et surveillée par les caméras de sécurité. D'autre part, la zone nuit est constituée de l'ensemble des chambres des patients. Ces dernières sont relativement épurées car seulement équipées d'un lit et d'un bureau, tous deux fixés au sol ainsi que de placards fermés. De cette façon, la chambre peut se transformer en quelques secondes en espace d'isolement si l'état du patient le nécessite. La porte de chambre est équipée d'une fenêtre afin que les soignants puissent garder un œil permanent sur les patients.

Chaque soignant est équipé d'une Protection du Travailleur Isolé (PTI) afin d'alerter ses collègues en cas de situation de dangerosité ou de violence. Également, les accès aux chambres, aux effets personnels et aux biens dépendent de l'ouverture des portes, dont seuls les soignants détiennent la clé électronique. Cela contraint les patients dans leurs déplacements et droits.

1.2.3. Un cadre temporel ritualisé

À l'UMD, le temps est rythmé de façon très ritualisée. Les levers, repas, temps d'isolement, prises de traitements, pauses cigarettes et couchers se font toujours aux mêmes horaires, chaque jour de la semaine. Cela permet d'instaurer une rythmicité et d'inscrire le patient dans un cadre temporel stable et continu. Certains patients peuvent avoir un cadre de soin plus ferme et donc des temps d'isolement obligatoires plus importants ; cela dépend de leur état clinique. Les appels téléphoniques, sorties dans l'hôpital ou à l'extérieur ainsi que les visites de la famille sont gérés par les soignants et dépendent de l'aménagement du cadre de chaque patient.

Chaque lundi, le planning d'activités de la semaine est réalisé et affiché dans les unités par l'équipe paramédicale en fonction des besoins, des envies et des problématiques de chaque patient. Les activités et les soins sont, dans la mesure du possible, réalisés au même moment de la semaine afin d'instaurer une rythmicité sécurisante.

Dans les unités, les soignants peuvent également proposer des activités selon leurs envies et celles des patients. Il peut s'agir d'un jeu de société, d'un atelier cuisine, d'une séance maquillage... Ainsi, les journées des patients sont faites d'alternance entre des temps définis et des temps informels.

1.3. Soigner à l'UMD

1.3.1. Les professionnels de l'UMD

Le cadre de soin, extrêmement rigoureux, est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels médicaux et paramédicaux. Dans cette équipe, on retrouve :

- des médecins psychiatres, responsables de la santé mentale des patients et de la prescription de leurs traitements. Ils assurent des entretiens avec les patients afin d'évaluer leur évolution clinique ;
- un médecin généraliste garant de la santé somatique des patients ;
- des infirmiers responsables de l'administration des traitements et de la réalisation des actes infirmiers (prise de sang, surveillance des paramètres vitaux...). Ils réalisent également des entretiens avec les patients.
- des aide-soignants accompagnant les patients dans leurs actes de la vie quotidienne ;
- un psychologue en charge de la psychothérapie des patients ;
- une assistante sociale assurant le lien entre le patient, sa vie à l'UMD et sa vie à l'extérieur de l'hôpital ;
- une équipe paramédicale intervenant au pôle d'activités et dont je spécifierai la composition et le rôle ultérieurement.

Le personnel d'encadrement se compose d'un chef de service, d'un cadre supérieur de santé, de cadres de santé et d'une équipe administrative (secrétaires, etc). Enfin, les agents de services hospitaliers qualifiés assurent l'entretien des locaux.

1.3.2. Le pôle d'activités

Le pôle d'activités, situé à quelques mètres en face des unités, est le lieu d'exercice de l'équipe paramédicale citée précédemment. Il s'agit d'un lieu d'activités où sont proposés des soins médiatisés individuels ou groupaux, en co-animation ou non. C'est donc dans ce bâtiment, séparé des unités, que les différents soins et activités relatifs au planning ont lieu. Ces derniers sont assurés par :

- un éducateur sportif en charge des activités sportives individuelles et groupales. Il propose, entre autres, de la musculation, des sports collectifs et un groupe basé sur la gestion de l'agressivité via les sports d'opposition ;
- un aide-soignant et un infirmier qui proposent notamment des ateliers autour du bois, du jardinage, de la mosaïque, de l'écoute musicale ;
- une ergothérapeute qui assure des suivis individuels ou groupaux dont les médiations peuvent être l'argile, le collage, la peinture ;
- et enfin, une psychomotricienne qui assure également des suivis individuels ou groupaux avec diverses médiations telles que la percussion instrumentale, le mouvement dansé, le mime, la relaxation.

Ce pôle comprend une cafétéria, le bureau des soignants, une salle de sport, de psychomotricité, d'ergothérapie, informatique ainsi qu'un petit terrain de foot extérieur.

Lorsqu'un patient doit effectuer une activité ou un soin au pôle d'activités, le soignant va le chercher dans son unité, dans la zone commune ou dans sa chambre suivant l'horaire. Le patient quitte la cour de son unité pour arriver, quelques mètres plus loin au pôle. Il peut, s'il le souhaite prendre une collation à la cafétéria avant de démarrer sa séance. Ce temps de transition lui permet de discuter avec les soignants et les patients venant des trois unités dans une atmosphère relativement libérée. À la fin de sa séance, le patient est raccompagné par le soignant dans son unité.

1.3.3. L'orientation des patients et la traçabilité des soins

Quelques semaines après leur arrivée, les patients sont accueillis sur des temps renforcés au pôle d'activités. Lors de ces temps, ils ont le choix entre diverses activités : sport, écoute musicale, dessins, jeux de société... Ces différents temps permettent aux patients de parler de leurs envies et ressentis et offrent aux soignants un temps d'observation.

La demande de soin peut provenir du psychiatre référent, du soignant ou du patient lui-même. Toutefois, les soins sont systématiquement l'objet d'une prescription médicale émanant du médecin psychiatre. Ce dernier y indique les axes thérapeutiques généraux et, s'il y a, les contre-indications.

Les professionnels du pôle d'activités sont fréquemment en contact au fil de la journée. Ils peuvent donc régulièrement faire le point sur les patients et les divers suivis en cours. Lorsque les soignants raccompagnent les patients après une séance, ils prennent le temps de dire un mot sur son déroulé à l'équipe présente dans les unités. Cependant, si la transmission orale est utile pour faire lien entre les unités et le pôle d'activités, la transmission écrite est primordiale pour la traçabilité des soins et la déontologie. C'est pourquoi, une plateforme numérique recense l'ensemble des actes des soignants.

1.3.4. La psychomotricité à l'UMD

La salle de psychomotricité, en forme de trapèze, se situe au fond du couloir du pôle d'activités. Cette salle est chaleureuse et accueillante ; la couleur claire des murs et les grandes fenêtres donnant sur le terrain de football extérieur illuminent la pièce. Les gros ballons colorés égayent la salle et les différents modules attirent rapidement nos regards. Cela nous invite à pénétrer dans la salle. Une table, deux chaises et un banc meublent l'espace. Un grand miroir recouvert par un rideau se situe sur le mur et deux placards contiennent le matériel nécessaire. Au fond de la salle, une porte ouvre sur un autre placard comprenant un ordinateur et une chaîne hi-fi.

Le suivi en psychomotricité démarre généralement par un bilan psychomoteur. Les indications en psychomotricité sont diverses. Elles sont davantage orientées sur un versant thérapeutique avec, par exemple, un travail de prise de conscience corporelle, de relaxation, de structuration corporelle. Cependant, elles peuvent également être orientées sur un versant davantage rééducatif, par exemple lors de troubles de l'équilibre.

Les séances de psychomotricité individuelles s'étendent sur un créneau horaire d'une heure. Durant cette tranche horaire, quinze minutes sont consacrées au temps de collation à la cafétéria et quarante-cinq minutes à la séance en elle-même.

1.3.5. Ma place en séance de psychomotricité

Lors des premières semaines à l'UMD, un temps d'« infusion » clinique m'a été nécessaire afin de me familiariser avec les patients, leurs pathologies ainsi que les objectifs des divers suivis en psychomotricité. Lors de ce temps, je qualifierais ma place d'observatrice active. En effet, je participais à la séance en collaboration avec ma maîtresse de stage, que je nommerai Cécile. Rapidement, Cécile m'a donné la possibilité de m'exprimer davantage et d'apporter mes idées et envies lors des séances. Puis, elle m'a offert l'opportunité de démarrer certains suivis et d'en reprendre d'autres, comme ça a été le cas pour Madame A.

2. Présentation de Madame A

L'ensemble des éléments de la présentation de Madame A. sont issus de son dossier médical. Ces éléments nous permettent de saisir l'ensemble des carences ainsi que des événements traumatiques et violents que Madame A. a subis. Ils mettent l'accent sur la discontinuité, l'instabilité et l'insécurité omniprésentes dans son parcours de vie.

2.1. Parcours de vie

Madame A. est une femme âgée de vingt-six ans. Née en France, elle est la troisième d'une fratrie de cinq filles, toutes issues de pères différents. Son histoire de vie est marquée par plusieurs éléments traumatiques. À deux mois de naissance, Madame A. est confiée à sa grand-mère maternelle en Algérie. Elle passe alors son enfance et une partie de son adolescence au Maghreb dans un environnement qui semblerait carencé, empreint de violences et maltraitances. Par ailleurs, Madame A. confiera lors d'un entretien psychiatrique que dans sa famille, « on parle avec les coups ».

À l'âge de quatorze ans, Madame A. est venue vivre en France durant trois années pour être scolarisée en classe spécialisée. Son projet scolaire n'aboutissant pas, elle revient finalement vivre en Algérie aux côtés de sa grand-mère.

De retour au Maghreb, Madame A. entretient des relations avec son voisin de dix ans son aîné, duquel elle tombe enceinte. Sa grand-mère la force alors à se marier avec ce dernier. Madame A. accouche donc de son premier enfant, une fille, à l'âge de dix-huit ans. Trois ans plus tard, elle met au monde son second enfant, un garçon. Entre ces deux naissances,

Madame A. subit une fausse couche tardive à cinq mois de grossesse, causée par des violences conjugales. Avec ce premier mari, Madame A. vit donc une relation difficile teintée de violences et de coups.

En 2014, soit à l'âge de vingt-et-un ans, Madame A. revient vivre en France accompagnée de son mari et de ses deux enfants. La famille s'installe en banlieue. Deux ans plus tard, Madame A. divorce de son mari. Elle rencontre ensuite un nouvel homme avec lequel elle se marie. Elle entretiendra avec ce dernier une relation d'une dizaine de mois. À son entrée à l'UMD, Madame A. évoque un troisième homme vivant en Turquie qu'elle aurait rencontré sur internet et avec lequel elle envisageait de se marier durant l'été 2019.

Dernièrement, Madame A. vivait donc avec ses deux enfants, âgés de cinq et huit ans, dans un appartement, sans emploi, dans un contexte d'isolement social et familial. Durant toute sa vie, Madame A. a eu très peu de liens avec ses sœurs et sa mère. Par ailleurs, des antécédents psychiatriques du côté maternel sont connus. Aucun élément concernant le père n'est mentionné dans le dossier.

2.2. Parcours de soins

2.2.1. Entrée dans la maladie

En Algérie, alors âgée de vingt ans, Madame A. aurait consulté un neurologue car elle se sentait « perturbée ». Ce dernier l'aurait orientée vers des soins psychiatriques qui n'auraient finalement pas aboutis. Cette « perturbation » se serait alors aggravée à son arrivée en France.

Fin 2014, Madame A. est adressée aux urgences psychiatriques par son premier mari et est hospitalisée en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT). Elle est admise pour une primo-décompensation schizophrénique dans un contexte d'état délirant évoluant depuis un an environ, avec aggravation récente. Le syndrome délirant est à thème persécutoire et aux mécanismes interprétatif et intrusif. Les médecins soulignent un déni massif des troubles.

Madame A. est alors hospitalisée dans l'hôpital psychiatrique de son secteur durant un mois et demi.

À la suite de cette primo-admission, Madame A. est suivie en ambulatoire dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) par un médecin psychiatre durant environ sept mois. Selon les brèves observations écrites par ce dernier, l'état clinique de Madame A. semble progressivement se stabiliser grâce à la synergie des médicaments et du suivi psychiatrique. En août 2018, l'état de Madame A. est suffisamment stable pour que le suivi s'achève.

2.2.2. Un passage à l'acte signant une rechute

Durant le premier semestre de l'année 2019, Madame A. est une seconde fois admise aux urgences psychiatriques, cette fois-ci en SPDRE. Cette hospitalisation est demandée dans un contexte de rupture médicamenteuse ayant provoquée une rechute sous forme de bouffée délirante, à l'origine d'un passage à l'acte gravissime. En effet, Madame A. est responsable d'un filicide sur son fils, alors âgé de cinq ans. Elle est ainsi présentée en vue d'un examen psychiatrique sur réquisition d'urgence.

L'entretien avec le psychiatre objective un « état délirant à thématique mystique et mégalomane avec de probables envahissements hallucinatoires ». Un syndrome d'influence semble être à l'origine de ce passage à l'acte. En effet, des voix auraient poussé Madame A. à réaliser cet acte meurtrier. Le médecin psychiatre décrit Madame A. comme très désaffectivée, ne regrettant et ne critiquant son geste. Il observe une désorganisation psychique et comportementale avec un émoussement des affects. Il souligne également un risque de raptus anxieux et suicidaire.

2.2.3. L'entrée à l'UMD

Dans ce contexte de passage à l'acte médico-légal grave par filicide, Madame A. est admise à l'UMD en ESPI. En effet, l'examen psychiatrique initial a mis en évidence la présence de troubles psychotiques décompensés contre-indiquant la poursuite de la garde à vue. À cette époque, les psychiatres observent une adhésion forte à sa conviction délirante persécutoire, un contact relationnel très distant et un discours pauvre, empreint d'éléments délirants sous-jacents.

Au mois de juin 2019, la mesure de contrainte de Madame A. est modifiée : elle passe de SPDRE à Soins Psychiatriques des Détenus (SPD). La procédure judiciaire est donc entamée. Madame A. reste trois mois sur l'unité une, d'accueil et de crise, avant d'être transférée sur l'unité trois pour la poursuite des soins.

2.2.4. Symptomatologie

Madame A. souffre d'une schizophrénie paranoïde. Progressivement, ses symptômes se sont atténués. Désormais, les éléments délirants seraient davantage de nature intrapsychique, selon les psychiatres. Madame A. expose très peu son délire et semble en capacité de le « maîtriser », de le « contenir ». Elle semble être en mesure de distinguer ce dont elle peut nous parler et ce qu'elle doit garder pour elle. Nous avons donc très peu d'éléments concernant la forme actuelle de son délire.

Madame A. est qualifiée de « non loquace » par les soignants de son unité. Sur les transmissions écrites, il est souvent indiqué « en retrait dans le service ». Nous pouvons mettre cela en lien avec le syndrome autistique caractéristique de la schizophrénie. Toutefois, Madame A. ne refuse pas le contact, elle salue les soignants et peut aller les chercher en cas de besoin. Parfois, Madame A. est qualifiée d'« angoissée » ou d'« anxieuse » par les soignants. Cela peut potentiellement être en lien avec une recrudescence des éléments délirants.

Actuellement, Madame A. prend divers traitements ; elle est sous rispéridone (neuroleptique atypique), loxapine (neuroleptique typique), diazépam (anxiolytique) et tropatépine (antiparkinsonien).

2.3. Suivi psychomoteur

2.3.1. Un suivi en psychomotricité...

Le suivi en psychomotricité de Madame A. n'émane ni d'une demande du médecin psychiatre référent, ni de la patiente. Selon Cécile, ma maître de stage, lors de chaque temps renforcé, Madame A. renouvelait son envie de faire du sport. Durant ces temps, elle avait l'habitude de se suspendre à un accessoire de musculation composé de deux sangles rigides fixées au mur. Madame A. semblait rechercher l'étirement de ses bras, puis de son dos, de façon relativement intense. Elle était en mesure de témoigner à la psychomotricienne que cela lui faisait du bien de sentir ses muscles. C'est ainsi que Cécile a souhaité entamer un suivi en psychomotricité à partir de début août.

Cécile n'a pas souhaité démarrer le suivi par un bilan psychomoteur pour ne pas « brusquer » Madame A. qui avait déjà été réticente à un suivi en ergothérapie. Cependant, ses observations en séance de sport l'ont initialement amenée à travailler autour du mouvement, de la prise de conscience du corps, de l'axe corporel et des appuis.

2.3.2. ... en lien étroit avec le suivi en psychothérapie

Pendant les quatre premiers mois de son hospitalisation à l'UMD, les psychiatres observent chez Madame A. une recherche d'échappement psychotique à la réalité de son passage à l'acte. Probablement trop lourd de conséquences pour qu'elle soit en mesure d'en supporter la responsabilité, Madame A. cherche dans un premier temps à se déculpabiliser.

À mon arrivée à l'UMD, soit début octobre 2019, Madame A. commence tout juste à pouvoir s'exprimer sur son passage à l'acte. Elle entre alors dans un certain principe de réalité, c'est-à-dire qu'elle commence à prendre en compte les conséquences de ses actes. Dès lors, le psychologue craint un effondrement massif de Madame A. Cependant, elle s'autorise à verbaliser et déposer uniquement dans un espace, la psychothérapie. En effet, Madame A. refuse de parler de son passage à l'acte à son psychiatre référent.

Le suivi en psychomotricité prend progressivement une autre tournure. Il vient tenter de limiter cet effondrement psychique grâce à la dimension du corps. Le soin psychomoteur va ainsi permettre de ramener la réalité corporelle sur laquelle le psychisme va pouvoir s'appuyer. Il s'agit progressivement de faire comprendre à Madame A. qu'elle n'est pas qu'un être psychique mais également corporel. Ce corps peut, certes, passer à l'acte mais existe et ne doit donc pas être négligé.

3. Les séances de psychomotricité

Les premières séances en ma présence sont réalisées, comme les précédentes, en lien avec le projet psychomoteur initial de Cécile. Il s'agit davantage d'une prise de contact afin de faire adhérer Madame A. au soin, lui donner l'envie de l'investir. Les séances se déroulent donc à trois avec ma maître de stage, Madame A. et moi-même. Je n'occupe pas seulement une place d'observatrice. En effet, j'ai également un rôle de tiers et de soutien ce qui me permet de faire certaines propositions.

3.1. Une première rencontre intrigante

Avant de rencontrer Madame A., ma maître de stage me présente brièvement son histoire et me propose de parcourir son dossier numérique. « Meurtre », « infanticide », « filicide » ... voilà les premiers termes que je lis à propos de la patiente. Des frissons me parcourent le dos. Aussitôt, je regrette d'avoir lu ces lignes car je crains de n'associer cette patiente qu'à son passage à l'acte monstrueux. Je me surprends à imaginer ce à quoi Madame A. peut ressembler. Un physique atypique, une présentation corporelle effrayante... je m'en fais alors une représentation monstrueuse.

Je rencontre Madame A. pour la première fois dans la cour de son unité, en allant la chercher pour sa séance de psychomotricité. Madame A se tient légèrement en retrait des patients attendant la distribution des cigarettes mais n'est pas pour autant isolée. Madame A. est une des rares patientes qui vient à notre rencontre pour nous saluer. Je suis finalement surprise par sa présentation qui diffère de mes représentations et n'a rien de monstrueux. Cela m'a, me semble-t-il, permis de me détacher de mes représentations initiales. Madame A. est une femme de taille moyenne, plutôt ronde et de teint basané. Ses cheveux noirs et bouclés sont tirés en arrière et attachés en chignon. Elle est vêtue du bas de pyjama beige de l'hôpital et d'une veste marron qui me paraît trop grande pour elle. Je me présente à elle tout en la saluant par une poignée de main que j'estime relativement rigide et tonique de sa part. Madame A. se présente en m'indiquant son nom et son statut, à savoir « une patiente d'ici ». Cette première rencontre me laisse perplexe. Je m'interroge sur l'image que Madame A. a d'elle-même pour se définir en première intention comme une patiente. N'est-elle pas autre chose avant d'être une patiente ?

3.2. Un étayage nécessaire sur le corps d'autrui

Première séance

Lors de la première séance, nous accompagnons Madame A. à la cafétéria du pôle d'activités avant de démarrer la séance de psychomotricité. Très vite, je remarque que Madame A. a des difficultés de compréhension et d'expression, le français n'étant pas sa langue maternelle. Plusieurs patients sont déjà installés autour de la table. Pourtant, madame A. ne se joint pas à eux et préfère se mettre en retrait sur la banquette. Assise à quelques mètres d'elle, je suis interpellée par sa posture. Madame A. est assise au bout du canapé et

se tient de façon excessivement droite, révélant une hypertonie et un axe corporel extrêmement rigide. Ses mains sont posées à plat sur ses cuisses. À cet instant, j'ai la drôle d'impression d'être face à une statue. Immobile, Madame A. regarde dans le vide et semble totalement figée dans cette posture. Respire-t-elle ? Est-elle animée ? Finalement, Madame A. croise mon regard et m'offre un large sourire, ce qui interrompt immédiatement mes songes.

Après s'être dirigées vers la salle de psychomotricité, nous démarrons la séance par un échauffement corporel axé sur le déliement articulaire. Chacune notre tour, nous proposons un exercice visant à « éveiller » une articulation. Madame A. nous indique n'avoir aucune idée de mouvement et refuse ainsi d'initier le tour. Je rebondis sur cela et propose d'effectuer un mouvement de moulinet avec les chevilles. J'observe alors Madame A. réaliser ce mouvement avec difficultés. Le déliement articulaire est très peu fluide et l'amplitude du mouvement excessivement petite. Au fur et à mesure des exercices, je constate la même observation pour l'ensemble des articulations : genoux, bassin, épaules ... Madame A. est très rigide. Ni souplesse, ni fluidité ne sont observables. Cela confirme alors ma première impression : la rigidité est globale.

Au moment de mobiliser ses poignets, Madame A. entend ses articulations craquer. Aussitôt, elle cesse le mouvement et regarde intensément ses poignets. J'observe alors son visage se transformer et prendre une mimique relativement inquiète. Puis elle relève la tête, nous regarde d'un air inquiet et nous dit : « Dans mon corps ça fait tac – tac – tac ». Dès lors, je m'interroge sur la représentation que Madame A. a de l'intériorité de son corps. Craint-elle que le craquement soit un signe de fragilité ? À l'image d'une charpente qui craque, Madame A. appréhenderait-elle que l'ensemble de sa personne ne s'effondre ?

Deuxième séance

Nous démarrons la séance par un échauffement corporel. Lors de ce dernier, Cécile suggère la réalisation de percussions corporelles. Madame A. semble particulièrement réceptive à cette proposition. Elle sourit durant son exécution et nous indique avoir senti son corps et obtenu « de l'énergie ». Cette proposition lui aurait-elle permis de sentir l'intériorité de son corps qui l'avait tant inquiétée la semaine passée ?

Chacune sur notre tapis, Cécile propose la réalisation d'un auto-massage à l'aide d'une balle sensorielle. Ma maître de stage insiste sur l'importance de le réaliser chacun pour soi, selon ses envies, ses tensions, ses ressentis... Pourtant, le regard de Madame A. n'est pas dirigé vers son corps mais celui de Cécile. En observant davantage les mouvements de Madame A. et ceux de ma maître de stage, je comprends que Madame A. imite scrupuleusement ce que réalise Cécile. De façon mimétique, la patiente exécute les mêmes mouvements, en même temps et sur le même rythme que ceux de Cécile. Ainsi Madame A. semble réellement s'imprégner du corps de Cécile, en totale symbiose, comme-ci celui-ci avait une fonction d'étayage à ses propres mouvements.

Au cours de la séance, j'observe que Madame A. imite également les gestes spontanés de Cécile. Si ma maître de stage parle avec les mains rassemblées sur la poitrine, Madame A. écoute avec les mains rassemblées sur la poitrine. Dès lors, cette attitude fusionnelle de Madame A. m'interroge sur sa capacité ou non à se différencier d'autrui.

Troisième séance

Pour cette troisième séance, nous nous dirigeons vers la salle de psychomotricité. Dans le couloir, nous nous succédons. Cécile ouvre la marche, Madame A. la suit et je suis derrière. Soudainement, Madame A. s'arrête de façon nette. Malgré l'étroitesse du couloir, celle-ci attend que j'arrive à son niveau avant de poursuivre son chemin à mes côtés. Je m'interroge alors sur le vécu de Madame A. face à ma présence dans son dos et par conséquent la représentation de cet espace arrière : est-il un espace insécure ; est-il une source d'angoisse ?

Après un rapide échauffement corporel, Cécile propose à chacune de se saisir d'un tapis et d'un gros ballon afin de réaliser des exercices de type relaxation de Jacobson. Ces derniers visent à alterner entre contractions et décontractions de différents groupes de muscles. Madame A. semble rechercher la contraction musculaire. En effet, j'observe qu'elle allonge cette phase de façon préférentielle. Toutefois, le relâchement musculaire reste minime lors de la phase de décontraction. En effet, l'hypertonie de Madame A. reste présente. À la fin de la situation, cette dernière nous fait part de son ressenti : « ça tire, ça fait du bien » dit-elle. Ainsi, cet exercice a montré une hypertonie importante et résistante de Madame A. Je m'interroge sur sa fonction ; s'agit-il d'une carapace tonique tendant à rendre Madame A. imperméable à ses ressentis corporels et émotionnels ? Dès lors, ce

raidissement défensif pourrait-il être à l'origine des blocages articulaires observés lors de la première séance ?

Cécile nous invite ensuite à proposer divers étirements à réaliser avec le ballon mais Madame A. montre beaucoup de difficultés à trouver une idée spontanément. Elle réfléchit longuement et m'invite à commencer avant elle. Je constate que les rares étirements proposés par Madame A. sont systématiquement à réaliser en dynamique. Également, lorsque nous lui proposons des exercices statiques, celle-ci ne parvient pas à rester immobile. Cette observation me questionne sur l'importance du mouvement pour Madame A et je la mets rapidement en lien avec d'autres constatations faites au préalable.

Tout d'abord, lorsque Madame A. se tient debout, celle-ci est rarement immobile car semble en permanence transférer le poids de son corps sur un pied puis sur l'autre. De plus, à mon arrivée en stage le matin, il ne m'est pas rare de croiser Madame A. marcher dans la cour de son unité. Malgré l'heure matinale, celle-ci réalise de grands cercles à proximité des hauts grillages délimitant la cour. Dès lors, ce besoin permanent de mouvement permettrait-il à Madame A. de mettre à distance ses ressentis et sensations corporelles ? En effet, partant du principe que Madame A. vit son intériorité corporelle comme fragile, l'immobilité serait susceptible de la confronter à un vécu angoissant d'effondrement corporel et psychique et donc de mort. Alors, le mouvement pourrait avoir une fonction défensive pour mettre à distance ce vécu et donc lutter contre la crainte de ce potentiel effondrement. Il lui permettrait de se sentir en vie, de se sentir exister.

3.3. Quand le corps reprend progressivement sa fonction de soutien

Quatrième séance

Pour démarrer la séance, Cécile nous suggère à nouveau de se saisir d'un tapis et d'un ballon. Lorsque vient mon tour de proposer un mouvement avec ce ballon, j'invite Cécile et Madame A. à s'enrouler autour de leur ballon dans un mouvement de rassemblement. Madame A. reste un long moment dans cette position. Sa respiration s'allonge et devient davantage profonde et régulière. Je surprends Madame A. en train de fermer les yeux et rester immobile un long instant, chose qu'elle ne s'était jamais autorisée en séance de psychomotricité. Progressivement, j'observe Madame A. se détendre et quitter cette habituelle hypertonie globale. Lorsqu'elle se redresse, Madame A. semble davantage authentique, son visage semble également plus détendu. Elle nous confie que cet exercice

lui a fait beaucoup de bien. En pointant du doigt son front, Madame A. nous avoue qu'elle est en permanence en train de penser. Selon elle, cette situation lui a permis d'« arrêter de réfléchir » à propos de certaines problématiques qu'elle ne souhaite pas citer. Ainsi, par cet enroulement, ce rassemblement corporel, Madame A. semble avoir pu bénéficier d'un certain recentrage, l'éloignant alors de ses pensées envahissantes.

Cinquième séance

Au début de la séance, Madame A. nous indique avec un grand sourire s'être saisie des percussions osseuses afin de les réutiliser dans sa chambre. Ainsi, il semblerait que les séances commencent à faire trace pour Madame A.

Cécile nous propose à nouveau de réaliser un automassage avec des balles sensorielles et insiste sur la durée de ce dernier qui nous est propre. Lors de sa réalisation, le constat est le même : Madame A. continue d'imiter les gestes de ma maître de stage de façon minutieuse. Au bout de quelques minutes, Cécile décide de mettre fin à son automassage et pose sa balle sensorielle au sol. Intriguée, je m'interroge sur la réaction de Madame A. qui se retrouve sans l'étayage corporel de Cécile. Je décide de prolonger mon auto-massage afin d'observer la réaction de Madame A. À mon étonnement, cette dernière ne cesse pas son auto-massage, elle ne nécessite pas non plus de l'étayage de mon corps. En effet, Madame A. continue de rouler la balle sur son corps de façon autonome. Elle la fait passer sur sa main, sur son avant-bras, son bras puis son torse sans la lever ce qui témoigne d'une certaine continuité corporelle. À cet instant, Madame A. a pu compter sur son propre corps et être à l'écoute de ses propres ressentis.

Ces quelques séances, ainsi que les précédentes, ont permis une première approche permettant de faire adhérer Madame A. à un soin médiatisé. Cette dernière avait, rappelons-le, refusé un suivi en ergothérapie. Dans cette approche, le corps semble avoir eu une réelle fonction de levier thérapeutique et a permis d'engager un travail avec Madame A.

3.4. La réalisation du bilan psychomoteur

Parallèlement au suivi en psychomotricité, le psychologue de l'UMD nous interpelle sur l'évolution de Madame A. Selon lui, la patiente semble pouvoir accéder à une certaine élaboration psychique dans les séances de psychothérapie. Également, elle semblerait amener davantage d'éléments de nature corporelle, en lien avec un vécu du corps. Dès lors,

un bilan psychomoteur semble nécessaire afin de redéfinir les objectifs de soins en adéquation avec les besoins de Madame A.

Les dernières observations de Madame A. témoignent d'un investissement positif de l'espace de psychomotricité et de sa capacité à ébaucher une représentation de ses vécus corporels. Ainsi, elle semble en mesure de supporter le vécu d'un bilan psychomoteur. En outre, le lien de confiance s'étant établi entre Madame A. et moi, il est désormais possible que je réalise le bilan seule. La passation de ce dernier se fait sur deux séances.

3.4.1. Éléments du bilan psychomoteur

- Présentation – relationnel : Madame A. a des difficultés de compréhension et un discours pauvre du fait de la barrière de la langue. Les résultats de certaines épreuves sont donc parfois à nuancer.

Madame A. est très volontaire pour réaliser les différentes épreuves et a la volonté de réussir. Je note tout de même une certaine réticence lorsqu'il s'agit de réaliser des productions écrites. Elle utilise beaucoup l'humour, notamment lors des épreuves de motricité globale. Cela peut être un moyen défensif pour attirer l'attention autre part que sur la mise en jeu de son corps.

Madame A. présente peu d'expressions faciales caractérisant une certaine amimie. Également, il lui arrive parfois de fixer de façon intense un point, ce qui a pour conséquence de rompre le contact avec son environnement. Ce comportement pourrait s'expliquer par la présence d'hallucinations intrapsychiques et témoignerait de la persistance de son délire.

- Motricité globale : Les épreuves d'équilibre statique sont correctement réalisées. Cependant, celles de l'équilibre dynamique semblent plus délicates. En effet, Madame A. n'adopte pas de stratégie pour compenser ses déséquilibres, ses bras restent fixes le long du corps.

Les épreuves de coordinations dynamiques générales et de dissociations sont bien exécutées. Les gestes sont effectués avec une certaine lenteur naturelle mais peuvent être accélérés sur demande sans que la qualité n'en soit altérée.

Les épreuves de motricité fine sont bien réalisées ; le mouvement est exécuté à droite de façon plus rapide et précise, cela en lien avec sa latéralité usuelle. Cependant, les mouvements sont réalisés sans contrôle visuel. Madame A. semble porter peu d'intérêt à l'exécution du geste. Concernant la motricité faciale, les coordinations sont bien réalisées.

- Posture et tonus : Madame A, se tient de façon très rigide, son axe est très droit, peu mobile et ses bras donnent l'impression d'être vissés le long de son corps. Sa posture assise change peu, Madame A. s'assoit en bout de chaise, ses bras restent le long de son corps.

Elle accepte le toucher mais ne peut s'empêcher de participer aux mouvements lors des mobilisations passives. Madame A. présente une hypertonie globale. Lors de l'épreuve de la poussée, Madame A. résiste contre mon appui mais ne semble pas pouvoir compter sur les siens. Elle semble peu ancrée au sol. Ainsi, Madame A. est dans la maîtrise, il lui est difficile de confier son corps à quelqu'un.

- Image du corps et schéma corporel : Madame A. témoigne d'une bonne connaissance des parties du corps sur soi et autrui, ce malgré la barrière de la langue. Cependant, elle refuse catégoriquement de réaliser un dessin du bonhomme et semble se fermer lors de cette proposition.

La reproduction de gestes inhabituels semble plus délicate pour Madame A., notamment dans l'imitation différée. Ceux-ci sont réalisés avec beaucoup d'hésitation et de temps de latence. La réversibilité (capacité à transposer les gestes d'autrui sur soi en vérité, à se mettre à la place de l'autre) n'est pas intégrée. Les gestes peuvent s'organiser autour de l'axe corporel et croiser ce dernier, le corps semble donc rassemblé autour de cet axe.

Madame A. semble présenter une image du corps fragile et facilement ébranlable. Tout en restant hypertonique, elle nous indique que dans son corps « tout est fragile ». Elle me donne alors l'impression que son corps pourrait s'effondrer à tout moment.

- Espace : Les principales notions de vocabulaire spatial sont connues, cependant Madame A. n'a pas connaissance de sa latéralité, elle ne discrimine pas sa gauche et sa droite.

J'observe une bonne capacité d'orientation spatiale. Madame A. adopte des stratégies efficaces pour orienter son corps dans l'espace. Également, Madame A. montre une bonne adaptation aux distances.

L'épreuve de la figure de Rey est réalisée de façon très minutieuse ; les éléments sont reproduits dans une logique de gauche à droite sans identifier le contenant. L'épreuve de mémoire semble inquiéter Madame A. qui la qualifie de « dure » avant de démarrer. Malgré une production très correcte, elle semble déçue et insiste sur la difficulté de l'épreuve. La rétention mentale semble difficile, au même titre que la perception mentale d'une figure globale qui ne soit pas morcelée.

Globalement, Madame A. investit un espace restreint de l'ensemble de la pièce. Dans les épreuves de face à face, l'espace interpersonnel est parfois difficilement respecté par cette dernière.

- Sphère temporelle : Malgré la ressemblance des journées dans cette unité, Madame A. présente un bon repérage temporel. La connaissance et l'utilisation des notions de vocabulaire sont efficaces. Ses capacités de sériation sont bonnes. En effet, elle peut organiser des images dans le bon ordre et raconter une histoire cohérente à partir de ces dernières.

Madame A. est en mesure de nous raconter sa journée de façon cohérente et organisée. Son quotidien semble centré autour des repas, des temps en chambre et de la prise des traitements. Cependant à aucun moment Madame A. n'inclut la présence d'autres personnes. Cette description est cohérente avec l'image qu'en ont les soignants, à savoir fréquemment en retrait et peu loquace.

La structuration temporelle reste faible, l'adaptation à un rythme est difficile pour Madame A. qui semble également en difficulté pour respecter la distance entre les rythmes. La capacité à différer est faible.

En conclusion, Madame A. témoigne de bonnes capacités concernant le schéma corporel, l'orientation spatiale et la motricité globale. Toutefois, elle présente une hypertonie globale responsable d'une rigidité posturale importante, semblant manifester une fragilité corporelle. Également, Madame A. nécessite l'étayage du corps d'autrui dans la réalisation des épreuves, elle utilise notamment l'imitation immédiate. La représentation mentale semble difficilement accessible ainsi que la capacité à se décentrer. Ces observations paraissent témoigner d'une certaine difficulté à se différencier du monde extérieur.

3.4.2. L'évolution du projet de soin

Au vu des éléments d'observation, il me semble judicieux d'axer le travail en psychomotricité sur la mise en jeu et l'intégration des éléments fondateurs du corps sur lesquels le psychisme pourra s'étayer. L'objectif est de travailler sur la structuration d'un corps solide ainsi que la possibilité d'amener progressivement Madame A. à se différencier, à avoir accès à une représentation et un espace de pensée. J'insiste également sur l'importance de continuer les séances à trois afin d'amener du tiers à la relation.

Ainsi, les modalités de soin actuelles semblent adaptées à la poursuite des soins en psychomotricité. Il s'agit de voir Madame A. de façon hebdomadaire en suivi individuel et en présence de ma maître de stage et de moi-même.

3.4. Des expériences corporelles nourrissant le psychisme

En adéquation avec le projet de soin, nous continuons les séances dans une dynamique triangulaire avec ma maître de stage, Madame A. et moi. Toutefois, Cécile me confie la suite du suivi afin d'affiner mon positionnement soignant. En effet, après avoir réalisé le bilan et élaboré le nouveau projet de soin de Madame A, je deviens garante du déroulement des séances.

3.4.1. Une amélioration clinique notable...

En raison d'éléments extérieurs, un certain temps s'est écoulé entre la fin du bilan psychomoteur et la suite des séances. Toutefois, la psychothérapie de Madame A. ne s'est pas interrompue. Selon le psychologue, Madame A. s'est effondrée en séance à plusieurs reprises. Elle reconnaît ses faits et vit une culpabilité immense.

Dixième séance

Lors du bilan psychomoteur, Madame A. nous a fait part d'un sentiment de fragilité interne. En partant du principe que celle-ci n'aurait pas intégrée les qualités sous-tendues par le squelette pour se sentir suffisamment solide, je décide d'axer les séances sur une prise de conscience de la charpente osseuse.

Ainsi, lors de cette dixième séance, je propose un échauffement corporel basé sur les percussions osseuses. J'insiste verbalement sur les différents os en superficie du corps : je propose à Madame A. d'écouter le bruit produit, de ressentir la sensation dure d'os contre os, je nomme les différents os du corps humain... Lorsque j'observe Madame A, celle-ci imite mes mouvements : s'étayerait-elle désormais sur mon propre corps ? J'interroge Madame A. sur ses ressentis personnels. Celle-ci nous indique avoir pu sentir « le dedans ». Dès lors, les percussions corporelles lui ont-elles permis de prendre conscience de sa charpente osseuse ? D'un corps solide ? Je verbalise ensuite mes ressentis et interroge Cécile sur les siens. L'objectif est de faire comprendre à Madame A. que chacun a ses propres ressentis et donc son propre corps.

Je décide pour la fin de séance de proposer quelques étirements afin de venir assouplir et moduler cette potentielle carapace tonique. Je propose alors à Madame A. et Cécile la réalisation d'un étirement du dos au sol. Placée à quatre pattes, je les invite à descendre afin que leurs fesses touchent leurs talons et que leur tête repose au sol. J'accompagne Madame A. en insistant sur sa respiration qui doit être lente et profonde. Lorsque je me redresse, à mon étonnement, Madame A. ne m'imité pas. Elle prolonge cet instant de longues secondes. Lorsqu'elle se relève enfin, celle-ci esquisse un grand sourire et nous dit de façon très spontanée et enjouée : « j'ai senti mon ventre, je ne voulais plus remonter ». Madame A. nous explique alors avoir senti sa cage thoracique, et le dur de celle-ci, grâce aux mouvements respiratoires qui s'effectuaient contre ses cuisses.

À l'aide des exercices axés sur la charpente osseuse, Madame A. semble progressivement intégrer cette structure. Par conséquent, cela fonde la possibilité pour Madame A. d'avoir un corps solide et donc de ne pas s'effondrer corporellement mais également psychiquement.

Onzième séance

Madame A. semble alors progressivement prendre conscience de son propre corps, doté de qualités. Parallèlement, elle ne semble plus avoir besoin de notre étayage corporel. Ces observations me conduisent à axer cette séance sur la distanciation, avec comme support l'imitation de gestes. Cela permet à chacune d'entre nous d'agir sous le regard des autres. J'insiste alors sur les différences entre nos postures afin de marquer la singularité et l'unicité de chacune d'entre nous. Lors de cette séance, Madame A. a pu se mouvoir et agir sous notre

regard sans nécessiter l'étayage du corps de ma maître de stage ou du mien. De ce fait, Madame A. ne semble plus avoir besoin d'être dans un rapport symbiotique.

Durant une situation impliquant l'imitation différée, Madame A. choisit des postures compliquées, voire douloureuses. Elle insiste sur la durée pendant laquelle nous devons garder cette position et semble prendre plaisir à nous mettre dans une situation inconfortable. J'observe un sourire presque machiavélique se dessiner sur son visage. Ainsi, je me demande si, à cet instant, Madame A. ne projetterait pas sur nous ce qu'elle a pu vivre en nous plaçant dans une position passive et se mettant dans une position active. Par un transfert par retournement, Madame A. nous ferait-elle vivre activement ce qu'elle a vécu passivement au cours de sa vie ? En effet, rappelons que Madame A. a été victime de maltraitance depuis son enfance.

Douzième séance

Dans la continuité du travail abordé en psychomotricité, je souhaite démarrer la séance par un échauffement corporel axé sur le déliement articulaire. En effet, il m'a semblé observer au cours des dernières séances une diminution de l'hypertonie habituelle de Madame A. Je confirme cette impression en observant Madame A. réaliser les mouvements avec davantage de souplesse et de fluidité que lors des premières séances. Cette observation se poursuit tout au long de la séance.

3.4.2. ... à surveiller attentivement

Treizième séance

En amont de la séance, nous lisons les transmissions du personnel soignant des unités au sujet de Madame A. Ceux-ci indiquent que Madame A. semble fatiguée, triste et davantage en retrait dans le service que ces derniers temps. Pour autant, Madame A. ne souhaite pas se livrer aux soignants lorsqu'ils l'interrogent sur son état.

Soucieuse de l'état de Madame A., je la questionne sur ses éventuels vécus. Celle-ci nous indique être triste mais ne souhaite pas se livrer davantage. Madame A. semble « figée », elle fixe un point dans le vide et semble partir dans ses pensées. Par conséquent, la relation est fréquemment coupée. Au vu de la fragilité de Madame A. ce jour, mes observations me poussent à travailler sur les appuis et l'ancrage, chose que je n'avais

pourtant pas prévu initialement. En effet, les ancrages correspondant à la capacité à s'enraciner et donc à se sentir solide en se reliant à son corps.

En position debout, j'invite alors Madame A. à prendre conscience de ses appuis au sol, puis lui propose de transférer son poids d'un pied à un autre, d'avant en arrière. Madame A. paraît apprécier ce travail et est davantage disponible à la relation. À la fin de cette expérimentation, Madame A. se confie sur son état psychique. Elle nous indique être très triste en raison du manque intense ressenti à l'égard de ses enfants et de son futur mari. Puis, elle évoque pour la première fois en ma présence son passage à l'acte. Cela me décontenance un certain temps. Alors, je cherche le regard de Cécile, peut-être afin d'y trouver un soutien ou une échappatoire. Toutefois, prenant rapidement conscience de l'enjeu de ce récit, je me ressaisis et ne peux qu'accueillir et valider l'émotion de Madame A. Le travail sur les appuis et l'ancrage a, me semble-t-il, permis à Madame A. de prendre appui et soutien sur son corps afin de la ramener à une réalité et de lui montrer qu'elle pouvait s'émouvoir sans s'effondrer.

Ainsi, Madame A. semble désormais en mesure de s'émouvoir de façon adaptée, une élaboration mentale semble possible sans un besoin de passage à l'acte. Également, Madame A. qui refuse toujours de se confier à son psychiatre référent et à l'équipe soignante a accepté de se livrer à nous. Elle semble donc investir positivement l'espace de psychomotricité. Progressivement un lien s'est donc créé et a permis à Madame A. de se sentir suffisamment sûre dans cet espace pour nous partager ses états émotionnels. Toutefois, à l'approche des un an du passage à l'acte meurtrier de Madame A, nous craignons à nouveau un risque d'effondrement dépressif. Cette appréhension est renforcée par le fait que Madame A. semble très sensible aux dates anniversaires. Ce possible mouvement dépressif sera donc davantage à surveiller et travailler en séance de psychomotricité mais également en synergie avec l'ensemble des soignants, thérapeutes et médecins de l'UMD.

En conclusion, lors de notre rencontre, Madame A. semblait aux prises d'un corps indifférencié de la réalité extérieure et menaçant de s'effondrer. Au cours des séances, ce constat ne se limitait plus au corps propre de Madame A. mais également à son fonctionnement psychique où l'indifférenciation et la menace d'un effondrement dépressif régnaient. Alors, en s'appuyant sur le corps et principalement les différentes structures psychomotrices, nous avons vu comme Madame A. à progressivement pu faire l'expérience d'un corps mais également d'un psychisme davantage différencié et solide.

PARTIE 3 : DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

La rencontre avec Madame A. m'a principalement fait m'interroger sur l'importance du corps dans l'expérimentation, voire dans la mise en place de certains processus psychiques. Le corps s'est avéré être un réel levier thérapeutique et a permis à Madame A. de s'étayer sur ce dernier. Dès lors, **comment le travail corporel effectué en psychomotricité auprès d'un patient schizophrène, peut-il constituer un état du psychisme pour faire l'expérience d'un soi solide et différencié ?**

À travers cette discussion, je vais confronter la théorie précédemment développée à la clinique, pour, dans un premier temps, tenter de montrer comment le travail corporel effectué en psychomotricité permet un état du psychisme dans la mise en place d'un soi différencié. Puis, je ferai de même pour la mise en place d'un soi solide avant de m'attarder sur le rôle du psychomotricien dans ces expériences.

1. Faire l'expérience d'un soi différencié

1.1. Le clivage dans la schizophrénie

Klein (1952/2013) énumère diverses défenses présentes lors de la position schizo-paranoïde tel que le mécanisme de clivage. Selon elle, ces dernières « se retrouvent plus tard dans le tableau symptomatologique de la schizophrénie ». Cela a pu être vérifié dans les comportements de Madame A. qui semble particulièrement cliver les différents espaces de soin. En effet, Madame A. a rapidement été en mesure de se confier au psychologue, puis plus tard, à ma maître de stage et moi-même. Toutefois, elle reste dans l'incapacité de se livrer à son psychiatre et aux équipes soignantes présentes dans l'unité. Dès lors, comme le souligne l'auteure Klein (1952/2013), l'espace de psychothérapie et de psychomotricité semblent être le « bon sein » ou le bon objet, investi positivement d'amour. À l'inverse, l'espace de vie et de psychiatrie apparaissent comme le « mauvais sein » ou le mauvais objet, investi négativement de haine.

Par conséquent, l'incapacité pour Madame A. d'accéder à l'ambivalence et donc à la position dépressive ne lui permettrait pas d'atteindre un Moi total et différencié. Ainsi, l'impossibilité de dépasser la position schizo-paranoïde la sauvegarderait dans un monde où la distinction soi/autre n'est pas réalisable.

Par ailleurs, le passage à l'acte de Madame A. peut également être envisagé dans ce contexte de non-différenciation. En effet, selon Rouyer et Drouet (1994, p. 14), dans la majorité des cas de violence étudiés « l'enfant était vécu comme une part non différenciée ou mal différenciée de ses parents ». Alors, son acte meurtrier peut être envisagé comme une attaque du « mauvais objet », représenté par son enfant.

Ainsi, il était, selon moi, nécessaire que le travail abordé en psychomotricité avec Madame A. lui permette de se relier à son corps et plus spécifiquement de se différencier du monde extérieur.

1.2. La fonction de contenance mise à mal

Plusieurs de mes observations m'ont conduite à penser que Madame A. ne pouvait éprouver son corps comme un réel contenant. J'ai, dans un premier temps, fait ce constat lorsque Madame A. marchait dans la cour de son unité. En effet, cette dernière réalisait de grands cercles en longeant les hauts grillages délimitant la cour. Ainsi, si Madame A. ne peut éprouver son corps comme un contenant, alors elle pourrait aller chercher cette fonction à l'extérieur, c'est-à-dire par la contenance que les murs peuvent offrir. En effet les murs et grillages, hauts de plusieurs mètres ainsi que le caractère fermé de cette unité peuvent assurer un réel rôle contenant. Également, lors d'une séance avec des bandes élastiques, Madame A. s'était spontanément saisie de l'une d'entre elles pour la serrer autour de ses épaules. Le corps ainsi blotti dans l'élastique tel un châte, elle nous avait dit : « Je me sens en sécurité ». Alors, Madame A. semblait se sentir en sécurité seulement car elle faisait l'expérience d'un contenant externe. Pour Defiolles-Peltier, « la perte de tout contenant au cours des décompensations psychotiques aiguës, est l'une des caractéristiques les plus douloureuses pour le patient » (2010, pp. 263-264). Ainsi, il semblerait que le corps, et plus précisément, la peau de Madame A. n'assurerait plus sa fonction contenante.

Selon Lesage (2004), la peau est « le lieu de notre première limite, de la première définition entre un dedans et un dehors ». Alors, la peau qui normalement « soutient (...) l'intégration de la distinction soi/autrui », n'assurerait pas sa fonction dans le cas de Madame A. Dès lors, si la fonction contenante de la peau n'est pas assurée, elle ne peut s'intégrer à un niveau psychique. Compte tenu de l'état d'indifférenciation de Madame A., la limite entre les deux réalités interne et externe ne semble pas distinguée. Cela est renforcé par la présence du délire et des hallucinations intrapsychiques qui peuvent être envisagés comme une

distorsion de la réalité. Ainsi, la fonction de contenance du Moi-peau (Anzieu, 1995) qui permet à l'individu de différencier un dedans du dehors et un Moi du non-Moi semble mise à mal.

Pour Anzieu (1995), la fonction de contenance naît de l'intériorisation du *handling* maternel. Dès lors, si ce *handling* n'a pas été suffisamment assuré ou intégré pour garantir la mise en place d'un Moi-peau efficace chez Madame A, il nous revient en tant que professionnels du corps d'être garants de cette fonction. En effet, « la reprise de la maîtrise du contenant corporel a pour conséquence immédiate le rétablissement progressif d'un contenant psychique » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 264). Ainsi, proposer à Madame A. de faire l'expérience d'un contenant corporel, lui permettrait d'accéder à un contenant psychique et donc une distinction entre soi et autrui. Anzieu insiste sur le fait que « le Moi-Peau comme représentation psychique émerge des jeux entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ainsi que les réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé. » (1995, p. 124). Alors, l'auteur nous permet de saisir notre rôle, que nous aborderons ultérieurement, auprès des patients dont cette fonction fait défaut. Pour, Defiolles-Peltier, une fois le patient « ayant retrouvé ses propres sensations, il récupère ses capacités à s'éprouver lui-même comme contenant. » (2010, p. 263).

Le Moi-peau « fonde la possibilité même de la pensée » (Anzieu, 1995, p. 40). Ainsi, grâce à cette théorie le corps prend une place non négligeable dans la mise en place des processus psychiques. Dès lors, il me semblait essentiel pour Madame A. de faire l'expérience d'une peau contenant afin que cette fonction soit psychiquement intégrée et puisse permettre une distinction entre ce dedans et ce dehors.

1.3. L'étayage du corps d'autrui : de la relation fusionnelle à la distanciation

Selon l'auteure Defiolles-Peltier, « l'imitation est l'un des piliers qui sert à l'enfant à construire son espace psychocorporel » (2010, p. 262). Selon elle, ce support technique est primordial dans la réappropriation du corps propre et donc dans sa progressive distinction de la réalité extérieure. Par ailleurs, une première phase qualifiée de « fusionnelle » semblerait indispensable. Lors de celle-ci, le patient va pouvoir s'appuyer sur le vécu du thérapeute car « le vécu corporel de l'un (celui du thérapeute) devient momentanément le vécu corporel de l'autre (le patient) » (2010, p. 261). Toutefois, Defiolles-Peltier insiste sur

le fait que « le thérapeute garde conscience que sont en présence deux êtres différenciables et différenciés » (2010, p. 261). Cette phase fusionnelle a particulièrement pu être observée au début du suivi de Madame A. En effet, celle-ci imitait scrupuleusement les moindres faits et gestes de ma maître de stage puis de moi-même. Cette imitation semble alors avoir une valeur d'étayage. En s'appuyant sur le corps d'autrui, Madame A. a pu progressivement identifier son propre corps comme étant différent du nôtre. Ceci a pu être observé lorsque Madame A. a continué son auto-massage bien qu'elle n'eût plus le support et l'étayage du corps de Cécile qui avait, quelques instants plus tôt, stoppé le sien. Madame A. semble avoir pris conscience, à cet instant, qu'elle n'avait plus besoin du soutien du corps de Cécile pour se mouvoir librement.

À la suite de cette évolution, une phase de distanciation va s'opérer à l'initiative du psychomotricien. En effet, le patient trouvant une réelle sécurité dans cette relation fusionnelle, il revient au thérapeute d'amener le patient à se séparer progressivement. Selon Defiolles-Peltier, « c'est au cours de cette phase thérapeutique que le patient va se différencier du thérapeute » (2010, p. 263). Ainsi, cette phase de distanciation peut être illustrée par le travail en imitation différée que j'ai proposé. Lors de ces séances, Madame A. a pu se mouvoir, seule et sous nos regards, sans besoin de l'étayage du corps d'autrui pour s'appuyer dessus. Cela semble lui avoir permis de (re)définir un espace personnel, unique et donc différencié du monde extérieur et d'autrui. Parallèlement, Madame A. semblait être davantage en mesure d'exprimer ses propres ressentis corporels, notamment dans leur forme, leur localisation et leur intensité. Progressivement, Madame A. semble donc identifier ce qui vient d'elle, ce qui vient de nous mais encore ce qui lui appartient ou ne lui appartient pas.

Par ailleurs, Lesage souligne que lors de la réalisation de percussions corporelles sur autrui, « on assiste ainsi à une densification conjointe des systèmes osseux des deux partenaires, ce qui affirme leur différenciation. » (2015, p. 131). Lors du suivi de Madame A. j'ai utilisé les percussions corporelles à plusieurs reprises. Celle-ci s'en est particulièrement bien saisie puisqu'elle les a reproduites dans sa chambre. Ainsi, ce toucher que j'ai parfois pu réaliser sur son corps a, semble-t-il, participé à une différenciation progressive entre Madame A. et mon propre corps. Cela a pu s'opérer dans une relation spécifique que Lesage qualifie de « non fusionnelle » (2015, p. 131) et qui implique donc une distanciation entre les deux protagonistes de ce toucher.

Ainsi, grâce à l'imitation immédiate puis l'imitation différée, la patiente a pu se différencier de la réalité extérieure pour aller vers une différenciation corporelle puis psychique. Cette distanciation opérée dans la réalité va pouvoir être intégrée et permettre à Madame A. d'accéder, peut-être, à la création d'un espace interne.

1.4. Création d'un espace interne : l'espace de pensée

Le délire du patient schizophrène peut s'entendre comme une défense contre une menace de désintégration du sujet (André, 1993). Toutefois, il n'est une solution ni économique, ni efficace pour le patient. Lorsque le délire ne suffit plus à préserver l'individu ou que ce dernier est envahi par une trop grande quantité d'angoisse, il peut passer à l'acte. À ce propos, Millaud (2009) associe le passage à l'acte à un défaut de mentalisation et donc une incapacité d'élaboration psychique. Le passage à l'acte s'entend alors comme une incapacité pour le sujet à élaborer d'autres issues pour apaiser ses angoisses. Le passage à l'acte meurtrier réalisé par Madame A. peut s'envisager dans ce contexte. En effet, l'incapacité d'élaboration psychique aurait eu pour conséquence la primauté de l'agir. Dès lors, il semblait primordial que la thérapie psychomotrice offre à Madame A. la capacité d'élaboration psychique et l'accès à un espace de pensée qui lui offrirait alors la possibilité de différer.

Rappelons-nous, au début du suivi en psychomotricité, j'avais été interpellée par l'incapacité de Madame A. à affirmer ses propres choix, prendre des décisions ou amener des idées personnelles. Elle hésitait de longues minutes, nous invitait à passer avant elle... Madame A. semblait attendre que nous lui disions quoi faire, comme si elle ne pouvait penser pour elle-même. Également, Madame A. témoignait d'une importante incapacité à différer ses actes, ce qui se traduisait par l'imitation immédiate. Cela avait été confirmé dans le bilan psychomoteur lors duquel Madame A. était en difficulté pour respecter la distance entre les rythmes. Ainsi, pour tenter de faire accéder Madame A. à la capacité de différer, j'insistais en début de séance sur le déroulé de cette dernière. Le but était d'accompagner Madame A. à repérer le déroulement de la séance et non à être dans l'agir immédiat. Également, il me paraissait important de revenir en fin de séance sur les ressentis de Madame A. afin qu'une élaboration puisse se mettre au travail. À l'image d'un « *feed-back* », cela avait pour objectif de conduire, petit à petit, Madame A. à mentaliser les choses, à se les représenter. La présence d'un tiers dans la relation, semble également avoir permis à Madame A. de ne pas être aux prises avec une relation exclusive entre deux individus. Dès

lors, le tiers présent dans la réalité externe a-t-il pu être internalisé par Madame A. et ainsi créer un espace interne, celui de la pensée ?

Progressivement, Madame A. a été en mesure de proposer quelques étirements auxquels elle avait pensé. Mieux encore, au bout de quelques mois, elle venait en séance avec des idées d'étirements qui lui avaient été inspirées lors de temps d'intimité dans sa chambre. Ainsi, Madame A. semblait progressivement être en mesure de différer sa pensée. Cela s'est confirmé lors de la douzième séance. Madame A. a, en effet, été en mesure de verbaliser ses affects douloureux en s'émouvant de façon très adaptée et sans avoir recours au passage à l'acte. Alors, elle semble désormais en mesure d'élaborer psychiquement sa souffrance. Lors de ce suivi, nous avons donc offert des outils à Madame A. pour l'aider à se représenter les choses, à ne plus être dans l'agir, et par conséquent à possiblement différer le passage à l'acte pour apaiser une angoisse ou soulager sa tristesse.

En résumé, en s'appuyant sur la réalité externe et la mise en jeu de nos trois corps dans une relation triangulaire, Madame A. a pu progressivement faire l'expérience d'un soi différencié de cette réalité extérieure. Nous allons voir comment les qualités du corps peuvent également permettre un étai du psychisme notamment dans une lutte contre l'effondrement.

2. Faire l'expérience d'un soi solide

2.1. Un vécu archaïque de l'intérieur du corps

Lors des premières séances en ma présence, Madame A. nous a fait part de son inquiétude quant à l'intériorité de son corps. Cela a été confirmé dans le bilan psychomoteur lors duquel j'ai constaté une image du corps ébranlée. Ainsi, malgré une hypertonie importante, Madame A. me donnait l'impression de pouvoir s'effondrer à tout moment tant sur le plan corporel que psychique. Au stade de l'immaturité physiologique, Pireyre (2015) souligne un vécu particulier de l'intérieur du corps chez le nourrisson. En effet, à cette période, les os et donc l'intériorité corporelle peuvent être vécus comme non solides, voire mous. Nous pouvons donc supposer que Madame A. est restée dans une représentation psychomotrice et corporelle archaïque des os. Cette représentation ne lui aurait donc pas permis de vivre et d'éprouver sa charpente osseuse comme un point d'appui solide.

De plus, avant d'entreprendre le suivi, Cécile avait été interpellée par la façon dont Madame A. étirait ses muscles. En effet, elle semblait chercher la douleur offerte par l'étirement intense du muscle. À ce propos, Madame A. avait pu nous dire lors d'un étirement « ça tire, ça fait du bien ». Également, lors des jeux d'imitation, Madame A. choisissait préférentiellement des postures qui me semblaient être douloureuses. Par ailleurs, cette douleur n'est pas sans nous évoquer les violences physiques qu'elle a subi tant dans son enfance que dans le contexte conjugal. Dès lors, cette douleur lui procurerait-elle du plaisir ? Selon Pireyre, « l'intérieur du corps n'est perceptible pour le nouveau-né que par les afférences proprio- et intéroceptives qui sont fournies par le rythme respiratoire, la douleur éventuelle ainsi que par le trajet interne du bol alimentaire ». (2015, p. 95). Je me questionne donc si cette douleur que se procure volontairement Madame A. serait en lien avec un éventuel vécu archaïque de l'intérieur du corps. Elle lui permettrait alors de percevoir davantage cette intériorité qui semble si fragile et source d'inquiétude.

En outre, si les qualités sous-tendues par le système ostéo-fibreux ne sont pas acquises, il semble impossible d'intégrer ces dernières à un niveau psychique. Ainsi, Madame A. n'aurait pu faire l'expérience d'un *moi-os* (Lesage, 2004) qui garantit au sujet un sentiment de solidité psychique. Cela justifierait donc pourquoi Madame A. nous semble si fragile d'un point de vue psychique et menace d'un effondrement dépressif. Ce constat m'a donc conduit à travailler avec Madame A. sur la prise de conscience d'une charpente osseuse stable afin de se sentir suffisamment solide tant sur le plan psychique que corporel. En effet, l'objectif étant d'aider Madame A. à s'étayer sur une représentation de corps solide afin de sentir un psychisme également solide. L'enjeu est donc de sortir des représentations archaïques de cette intériorité corporelle.

2.2. L'intégration de la charpente osseuse

De Souzenelle (1991) nous rappelle que le mot « os » signifie également « l'essence », « la substance », loin donc de l'image morbide à laquelle notre culture associe les os. Il s'agit selon elle de ce qui « appartient à chacun dans le plus intime » (1991, p. 225). En psychomotricité, le principe est donc de se baser sur les os comme une structure aussi vivante que soutenante et non morbide.

Une fois les précédentes observations faites, je souhaitais orienter l'attention de Madame A. sur le vécu du système ostéo-fibreux et de ses qualités. En appui sur Lesage pour qui « le plus simple est d'aller toucher l'os » (2004), j'ai choisi de travailler sur les percussions osseuses pour entamer ce travail. Grâce à ce toucher spécifique, Madame A. nous avait indiqué avoir pu sentir l'intérieur de son corps. Lors des premières propositions, j'observais Madame A. tapoter tout doucement sur l'ensemble de son corps. Elle venait, délicatement percuter la pulpe de ses doigts contre les surfaces osseuses. Cette délicatesse était-elle liée au sentiment de fragilité vécu par Madame A. ? Cette dernière craignait-elle que sa charpente corporelle ne s'effondre sous la répétition des percussions ? Au fil des séances et à force de répéter cette proposition, Madame A. a progressivement augmenté la force des percussions osseuses. Celle-ci a également pu réaliser les percussions non plus avec son seul index mais avec l'intégralité du poing. Ainsi, Madame A. semble progressivement accéder à une représentation minéralisée de son os et donc à un vécu de solidité interne. Les percussions osseuses ont rapidement été acceptées par Madame A., comme en témoigne sa capacité à s'en saisir dans sa chambre et donc au-delà de l'espace de psychomotricité.

Au fil des séances, Madame A. a pu accéder à une intériorité davantage solide en prenant conscience de sa charpente osseuse et a donc pu aussi sortir d'une représentation archaïque de fragilité. Nous pouvons supposer que cela a permis d'éviter un effondrement psychique. Effectivement, si Madame A. s'est effondrée à plusieurs reprises en séance de psychothérapie et psychomotricité, elle a tout de même évité un effondrement dépressif, tant craint à son arrivée à l'UMD. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse qu'en appui sur une représentation solide du corps, Madame A. a pu intégrer les qualités sous-tendues par ce système au niveau psychique. Cela suppose donc avoir suffisamment intégré un *moi-os* pour se sentir solide tant d'un point de vu corporel que psychique.

2.3. Des défenses à respecter

En psychiatrie, les défenses des patients prennent parfois des proportions si importantes qu'elles peuvent entraver le sujet dans sa vie quotidienne. Pourtant, Defiolles-Peltier insiste sur la nécessité de ne pas endommager ces défenses. Selon elle, les défenses sont « un véritable moyen de survie » pour le patient et, par conséquent, « doivent impérativement être respectées » (2010, p. 174). En tant que psychomotricien, nous devons donc rapidement identifier ces défenses et veiller à ne pas les entraver.

Lors de ma première rencontre avec Madame A., j'avais été frappée par sa présentation corporelle si rigide et hypertonique. Au cours des premières séances, Cécile proposait fréquemment des étirements et des exercices de type relaxation de Jacobson afin d'accompagner Madame A. dans une certaine modulation de ses états toniques. Pourtant, cette dernière maintenait un niveau tonique excessif et l'hypertonie ne cédait pas. Le bilan psychomoteur a également témoigné d'une attitude hypertonique résistante. Je me suis alors interrogée sur la potentielle fonction de cet état tonique inadapté. Madame A. serait restée dans une représentation archaïque de l'os et n'aurait donc pu intégrer son système ostéo-fibreux au niveau psychique. Or, « l'immaturation osseuse et tonique donne au bébé un vécu particulier fait d'enfoncement et éventuellement d'effondrement » (Pireyre, 2015, p. 97). Ainsi, dans une représentation archaïque du corps et de l'os, le danger est l'effondrement. Dès lors, Madame A. aurait pu se construire un « pseudo-squelette » évoqué par Lesage (2004). De nature corporelle, la charpente osseuse aurait alors été substituée par un squelette dit « muscle-cuirasse » (Lesage, 2004). Ainsi, ce pseudo-squelette semble venir palier la crainte de Madame A. quant à l'effondrement de sa structure corporelle. Cette muscle-cuirasse, serait alors une défense contre une potentielle angoisse d'effondrement. En effet, « l'angoisse envahit le corps et provoque dans les muscles (ou parfois dans les articulations uniquement) une raideur » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 252).

En outre, Robert-Ouvray, qualifie cette défense hypertonique de « carapace tonique » (2014). Selon elle, ce système de défense entrave l'émission des affects ainsi que des émotions et prive ainsi le sujet de tout contact avec lui-même et avec les autres. Pour Defiolles-Peltier, « en cas de souffrance trop intense, des tentatives de protection anti-émotions sont mises en place pour s'en protéger (2010, p. 214). Dès lors, ce « bouclier », serait-il un moyen pour Madame A. de mettre à distance ses vécus corporels et ses émotions si difficilement supportables ? En effet, d'une part Madame A. semble aux prises d'une angoisse d'effondrement (Winnicott, 1974/2000) et donc d'un vécu corporel probablement angoissant. D'autre part, nous pouvons supposer qu'un retour massif des émotions de Madame A. risquerait une prise de conscience de la réalité trop brutale ; à savoir les conséquences engendrées par son passage à l'acte. Cette hypertonie semble donc prendre une fonction visant à protéger Madame A. contre une potentielle menace d'effondrement et permettrait de mettre à distance ses émotions.

De même, l'ensemble de mes observations me conduisait à penser le mouvement comme essentiel pour Madame A. En effet, cette dernière réalisait les étirements statiques de façon mobile, marchait souvent dans la cour de son unité et pouvait difficilement rester sur place sans bouger. Dès lors, le mouvement serait-il également une défense ? Si oui, que vise-t-il à éloigner ou annuler ? À propos des enfants instables, Berger nous indique que certains patients « bougent tellement qu'il ne leur est pas possible de penser en même temps. » (2005, p. 67). Ainsi, la fonction du mouvement viendrait-elle en soutien de la première défense ? S'agirait-il également pour Madame A. d'éviter de penser et donc de mettre à distance les émotions qui la traversent ? Rappelons-nous, Madame A. nous avait confié être en permanence en train de penser. Ainsi, le mouvement pourrait également être une façon pour Madame A. de ne pas se confronter à ses vécus angoissants.

Une fois ces défenses repérées, il a fallu composer avec « jusqu'à ce que le patient lui-même se rende compte qu'il n'en a plus besoin » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 174). Ainsi, par une prise de conscience progressive de la solidité de sa charpente osseuse, Madame A. a pu confier sa sécurité à son squelette et progressivement délaissier ce « pseudo-squelette » musculaire. En effet, au cours des séances j'observais chez Madame A. une capacité à moduler ses états toniques. Dans les exercices de type Jacobson, celle-ci parvenait davantage à se relâcher musculairement lors de la phase de décontraction. Ainsi, en travaillant sur le symptôme, ici l'hypertonie, nous l'avons amplifié durant la phase de contraction pour obtenir l'effet escompté à savoir le relâchement, lors de la phase de décontraction. De même, grâce à la solidité psychique acquise au cours du suivi, Madame A. paraît davantage en mesure de faire face à ses émotions. Pour preuve, elle a pu mettre en mots sa tristesse et nous confier ses affects. Progressivement, Madame A. semble donc accueillir ses émotions. Ainsi, par une prise de conscience d'un corps solide et par conséquent d'un psychisme davantage sûr, nous supposons que Madame A. réalise qu'elle ne nécessite plus de cette carapace tonique et de cette mise en mouvement permanente.

Toutefois, je tiens à nuancer ces observations car, comme nous l'avons vu précédemment, les neuroleptiques peuvent être responsables de certaines manifestations corporelles. Ils peuvent en effet être à l'origine d'un syndrome hyperkinétique et d'une augmentation du tonus musculaire. Dès lors, quelles observations relèvent de la présentation corporelle naturelle de la patiente et quelles constatations relèvent des effets secondaires des neuroleptiques ? Bien que la frontière soit floue, il est important de s'interroger sur ce qui est de l'ordre des médicaments ou de la présentation naturelle du patient.

2.4. De la solidité à la sécurité

Au cours des séances avec Madame A., j'ai observé à plusieurs reprises un sentiment d'inquiétude vis-à-vis de son propre corps. En effet, l'expression de son visage lorsque ses os ont craqué témoignait, selon moi, d'un sentiment de crainte à propos de son corps. Il m'a aussi semblé que son espace arrière pouvait être source d'inquiétude, notamment lorsque je marchais derrière elle. L'ensemble de ces observations me mènent à penser que le sentiment de sécurité défini par Ponton (s. d.) ferait défaut chez Madame A. Ce dernier qui se construit habituellement sur une conscience de soi stable et forte, n'aurait pu être efficacement structuré à son origine dans le cas de Madame A. Dès lors, comment compter sur son propre corps lorsque celui-ci n'est plus source de sécurité ? Comment faire confiance à un corps lorsque ce dernier a été uniquement vécu comme meurtri ? En effet, le corps de Madame A. semble avoir été source de violences, carences et pertes tout au long de sa vie. Comme nous l'avons vu précédemment, Ponton évoque cinq déterminants dans la construction de ce sentiment de sécurité, parmi eux la respiration, le repoussé et l'enroulement.

Les différentes propositions faites à Madame A., m'ont rapidement conduite à me questionner sur la fonction de la respiration. Bien que nous ne l'ayons pas abordée frontalement, celle-ci a toujours été présente de façon transversale dans les différentes expérimentations. Lors des étirements par exemple, j'attirais volontairement l'attention de Madame A. sur sa respiration. Je l'incitais ainsi à évaluer sa respiration naturelle que je jugeais fréquemment courte et bloquée. Progressivement, cette attention lui permettait d'accéder à une respiration davantage profonde et régulière. Or, la respiration étant le reflet des affects et des émotions, nous pouvons supposer que Madame A. passait d'un état de tension à un état de détente. À l'image d'une mère qui harmonise son mouvement respiratoire lors des soins prodigués à l'enfant, je tentais d'harmoniser le mien à celui de Madame A. Ainsi, par ma propre respiration, j'ai, me semble-t-il, incité Madame A. à retrouver le rythme de la sienne. En outre, l'attention portée à sa respiration entraînait fréquemment chez Madame A. un abaissement de son tonus, ce qui peut être lié au fait que la respiration soit « l'harmonisateur du tonus musculaire » (s. d.). Également, « la respiration étant un mode d'échange entre l'intérieur et l'extérieur du corps, elle est la base d'une première ébauche de travail sur les limites corporelles, et permet la réintégration de la notion du dehors et du dedans » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 253). Ce travail sur la respiration a donc pu également participer à la distinction entre la réalité interne et externe.

De plus, j'avais observé à plusieurs reprises, la difficulté pour Madame A. de percevoir et donner son poids. En effet, le bilan psychomoteur avait d'une part, mis en évidence une incapacité à se relâcher et donc à donner son poids lors des mobilisations passives et d'autre part avait révélé un manque d'ancrage au sol important lors de l'épreuve de la poussée. L'hypertonie de Madame A. peut également être entendue comme une difficulté à donner son poids car « un muscle contracté ou peu relâché occasionnerait un vécu de légèreté » (Lesage, 2015, p. 176). Aussi, le travail sur les appuis au sol a permis à Madame A. d'expérimenter la solidité du sol et probablement de lui offrir un sentiment de stabilité et de résistance. Par ailleurs, lors des dernières séances, Madame A. nous a fait part de son envie de travailler avec des poufs en forme de poires relativement impressionnants par leur taille. À mon plus grand étonnement, Madame A. s'en est saisi pour se jeter dessus, en prenant même de l'élan. Alors, Madame A. semble désormais être en mesure de confier son poids après avoir expérimenté le repoussé. En outre, il est nécessaire d'« expérimenter la solidité du sol » pour « organiser le tonus musculaire » (Ponton, s. d.). Ainsi, cette expérimentation a-t-elle pu également permettre à Madame A. de moduler davantage son tonus ?

Enfin, au cours des séances avec Madame A., cette dernière a également pu faire l'expérience de l'enroulement. Dans un premier temps, j'avais invité Cécile et Madame A. à s'enrouler autour d'un gros ballon. Ce temps avait, selon Madame A., stoppé les pensées incessantes auxquelles elle était soumise. Ce mouvement de rassemblement a, semble-t-il, permis à Madame A. de se centrer sur elle-même, sur son corps, et non de se laisser envahir par diverses pensées intrusives. Alors, Madame A. a pu faire l'expérience, grâce à ce rassemblement, d'une « préoccupation fondamentale de soi » (Robert-Ouvray, 2010, p. 46). Cet enroulement assure donc un sentiment de sécurité. Également, Defiolles-Peltier observe une « forte sédation de l'angoisse par des exercices de recentrement, c'est-à-dire de repli, de mise en boule, d'enroulement du corps sur la région ombilicale (2010, p. 228). Cette sécurité a pu être observée lorsque Madame A. s'est autorisée à fermer les yeux, comme si cette dernière ne craignait plus rien. En effet, « avoir les yeux ouverts, c'est maintenir un contact avec la réalité, que ce soit dans un but de protection ou de communication » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 246). Ainsi, nous pouvons supposer que Madame A. se serait autorisée à fermer les yeux car elle se sentait enfin en sécurité dans son environnement, mais également dans son corps.

Ainsi, grâce au travail sur la respiration, l'ancrage au sol et l'enroulement, Madame A. a pu faire l'expérience d'un sentiment de sécurité interne. Étant donné que ce sentiment s'appuie sur une conscience de soi suffisamment stable et forte, le travail parallèle sur l'intégration d'une charpente osseuse solide a pu potentialiser ces expériences.

Grâce à la mise en jeu de son corps, Madame A. a donc pu faire l'expérience d'un soi différencié et d'un soi solide. J'ai conscience que le travail réalisé en psychomotricité auprès de Madame A. comporte ses limites. En effet, les expériences doivent être réalisées de nombreuses fois avant d'être intégrées et donc avant d'être durables. C'est pourquoi, j'insiste sur le fait qu'il s'agisse de « faire l'expérience » d'un soi solide et différencié et non pas de l'avoir totalement intégré. Il s'agit donc de prémices. Cela n'aurait sans doute pas été possible sans le rôle que nous avons joué auprès de cette dernière. Alors, la place du psychomotricien s'avère fondamentale dans la mise en place de ces expériences.

3. La place du psychomotricien

3.1. Accompagner la régression

En psychiatrie adulte et principalement lors d'états aigus, les patients vivent fréquemment une régression. La régression est définie par le dictionnaire comme un « retour à un état antérieur » (Jeuge-Maynard et al., 2006). Dans le cas de Madame A., cette régression semble s'être jouée tant sur un plan psychique que corporel. D'une part, Madame A. semble être à un stade psychique relativement similaire à celui du nourrisson lors du stade d'indifférenciation ; ce que nous avons pu aborder antérieurement. D'autre part, Madame A., nous proposait de façon préférentielle des postures relativement régressives. En effet, lors des premières séances, bien que Madame A. faisait peu de propositions, elle nous invitait la plupart du temps à s'enrouler. Cette posture, bien sûr, m'évoquait celle du fœtus *in utero*, puis du nourrisson car rappelons que « les premiers mouvements du corps du bébé se font (...) dans le sens de l'enroulement-déroulement » (Robert-Ouvray, 1996, p. 52). Chez le bébé, le développement neuroanatomique favorise cette posture d'enroulement qui privilégie la centration de l'enfant sur lui-même. Ainsi, Madame A. me donne la sensation de vouloir réexpérimenter un stade antérieur, lors duquel le rassemblement permet un « mouvement primaire narcissique de préoccupation fondamentale de soi » (Robert-Ouvray, 2010, p. 46). Par ailleurs, pour Defiolles-Peltier (2010), la capacité à se rassembler est l'une des capacités du patient psychotique.

Defiolles-Peltier insiste sur le fait que lors de cette régression « les étapes antérieurement franchies doivent à nouveau être vécues, mais cette fois dans un registre différent de celui de l'enfance. » (2010, p. 257). Ainsi, voyant l'importance de l'enroulement pour Madame A., j'ai proposé lors de la quatrième séance un enroulement autour d'un gros ballon. Cette suggestion lui avait permis d'accéder à un état de détente que je n'avais encore pu observer jusqu'ici. Au cours des séances, nous avons donc accompagné cette régression en suggérant divers enroulements.

Dans l'évolution de l'enfant, le développement de ses muscles extenseurs lui permet progressivement de se redresser. Ainsi, en appui sur le développement tonique et moteur de l'enfant, j'ai progressivement proposé à Madame A. des mouvements alternant enroulement – déroulement afin que les postures de flexion puissent se réaliser dans une dialectique avec celles de l'extension. Ces postures d'extension se retrouvent notamment dans les divers étirements que j'ai pu proposer à Madame A. Or, Robert-Ouvray (2010) nous indique que parallèlement à cette ouverture du corps en extension, s'opère une ouverture de la psyché vers le monde extérieur. Cette relation entre ouverture corporelle et psychique me semble pertinente à pointer du doigt car, parallèlement au suivi en psychomotricité, les soignants de l'unité nous ont informées d'une évolution concernant Madame A. Selon eux, cette dernière semblait davantage s'ouvrir aux autres patients et donc à un dehors relationnel. Encore une fois, nous observons l'importance de la mise en jeu du corps dans le développement et l'ouverture psychique.

La régression peut être entendue comme « une des solutions thérapeutiques les plus efficaces » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 257). Elle semble donc être un stade essentiel à accompagner en psychomotricité. Dès lors, le psychomotricien va jouer un rôle primordial dans l'accompagnement de cette régression. Par ailleurs, les fonctions de ce dernier vont également prendre des aspects régressifs puisqu'il va parfois assurer un rôle similaire à celui de la mère auprès de son enfant.

3.2. Le rôle du psychomotricien

Nombreuses de mes observations m'ont conduite à supposer que Madame A. n'avait pu intégrer les fonctions de *handling* et de *holding*. En effet, un défaut ou une non intégration de ces fonctions maternelles pourraient être en lien avec l'angoisse d'effondrement (Winnicott, 1974/2000) et la non intériorisation de la fonction de contenance (Anzieu, 1995).

Sans avoir la prétention de faire un lien hâtif, nous pouvons tout de même évoquer l'enfance difficile de Madame A. En effet, très tôt, cette dernière a été séparée de sa mère puis a grandi dans un milieu empreint de violences. Nous pouvons alors potentiellement mettre en relation ces carences avec la non-intégration de certains aspects tels que le *holding* et l'expérimentation d'un soi solide. Selon Winnicott, « l'existence psychosomatique est un accomplissement, (...) elle ne peut être effective sans la présence d'un être humain qui participe activement au *holding* ('maintien') et au *handling* ('maniement'). » (2006, p. 67). Ainsi, il semble primordial que le psychomotricien assure ces fonctions auprès du patient en adoptant une position similaire à celle de la mère lors de la préoccupation maternelle primaire. Dès lors, l'implication du psychomotricien dans une relation comme telle implique nécessairement un engagement corporel de ce dernier. La mise en jeu de son propre corps va être primordiale afin que le patient puisse faire l'expérience d'une préoccupation maternelle primaire. Cet engagement sera également de nature psychique. En effet, ces fonctions renvoient au stade de dépendance absolue (Winnicott, 2006), lors duquel la mère et l'enfant ne semblent former qu'une seule et même entité psychique.

Ainsi, tout au long du suivi, une grande attention a dans un premier temps été portée sur l'installation de Madame A. Nous nous assurons, avec sensibilité, que cette dernière acquerrait tout ce dont elle nécessitait. Nous nous préoccupions donc de Madame A. et celle-ci en était très reconnaissante. En effet, très fréquemment Madame A. nous remerciait avec insistance lors des séances et particulièrement lorsque nous la questionnions sur son état corporel. Également, ma préoccupation à l'égard de Madame A. était présente dans l'ensemble de mon engagement corporel, à savoir ma voix, mes mots mais également mes regards portés sur elle. En effet, le regard offre un véritable ancrage sécurisant et est considéré comme un réel toucher à distance par Defiolles (2010) et Ponton (s. d.). Tout ceci fait partie d'un *nursing* dont, Cécile et moi, avons été garantes auprès de Madame A. Dès lors, Madame A. a pu faire l'expérience d'un *handling* qui semble s'être progressivement intégré à un niveau psychique grâce à cette préoccupation. Par conséquent, cela a permis à Madame A. de faire l'expérience de soi et donc, d'une phase de dépendance, accéder à l'individuation psychique. Ainsi, en tentant d'assurer un rôle de mère suffisamment bonne (Winnicott, 2006), j'ai également tenté de saisir et d'interpréter les comportements et conduites de Madame A., ce qui peut être assimilé à la capacité de rêverie maternelle de Bion (1979).

Bion observe chez le sujet psychotique l'absence d'une capacité de pensée qui s'explique par un double défaut : « l'absence d'éléments alpha et l'absence d'un appareil pour utiliser les éléments alpha qui pourraient exister » (Cité par Geissmann, 2001). Or, nous savons que cet appareil est le résultat de l'introjection de la fonction alpha de la mère. Madame A. semble avoir une interprétation largement erronée de son environnement, comme en témoigne la présence des hallucinations lors de son passage à l'acte et probablement tout au long de son hospitalisation. Nous pouvons donc supposer que la fonction alpha a probablement été absente chez Madame A. Ainsi, nous avons dû assurer cette fonction de mise en interprétation de la mère auprès de cette patiente.

Selon moi, il était essentiel de poser des mots lors des diverses situations de mise en jeu du corps. Dans un premier temps car « le silence est difficile à supporter pour les patients en état de crise car il renvoie au vide qui peut être source d'angoisse » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 244). Ainsi, la réalisation des exercices dans le silence risquait d'être très angoissante pour Madame A. qui, par son hypertonie musculaire tenterait de se couper de ses ressentis et vécus corporels. Dans un second temps, il me semblait essentiel de tenter d'interpréter, de donner un sens à ce que pouvait vivre cette patiente lors de ces diverses situations. Pour cela, je portais une grande attention aux messages corporels de Madame A. que je tentais d'accueillir, de nommer et de symboliser afin de rendre ces vécus assimilables par cette dernière. Ainsi, je mobilisais l'ensemble de mes sens afin d'être à l'écoute des manifestations corporelles et psychiques de Madame A. Par exemple, lorsqu'elle m'avait semblé inquiète à propos du craquement entendu par ses os, j'avais tenté de poser des mots sur cette inquiétude afin de limiter l'angoisse que la patiente pouvait vivre à l'égard de ces bruits, et par conséquent du probable vécu de fragilité. En outre, cette fonction contenante « assure une fonction symbolisante permettant une différenciation et l'accès à une conscience d'un soi et d'un non-soi. » (Veeser, 2015). Donc, en assurant cette fonction auprès de Madame A. cela a également pu participer à la progressive différenciation et individuation de cette dernière.

Ainsi, en mettant à disposition de Madame A. mon propre appareil psychique, j'ai tenté de donner un sens aux différents messages corporels pour les rendre davantage assimilables par cette dernière. En assurant cette fonction alpha auprès de Madame A. j'ai essayé, au mieux, de symboliser ce qu'elle pouvait vivre corporellement afin qu'elle puisse, elle-même développer son propre appareil à penser. Cette dernière a pu progressivement acquérir la mémoire de ses ressentis et de ses vécus. Toutefois, cette fonction que doit assurer

le psychomotricien le place directement comme réceptacle du patient, ce qui aura nécessairement un impact sur le thérapeute.

3.3. Le thérapeute, réceptacle du patient

Au cours d'un suivi comme celui-ci, le psychomotricien assure diverses fonctions et doit ainsi « se situer comme un réceptacle possible de la souffrance du patient, sans risquer d'être détruit par celle-ci » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 177). Outre la souffrance, j'ajouterais que le psychomotricien se situe comme un réceptacle des angoisses, des craintes ou encore des vécus corporels et affectifs du patient. Ceci semble d'autant plus présent lorsque le patient utilise le mécanisme de défense de l'identification projective (Rivière et al., 2013), par lequel il se débarrasse d'un contenu insupportable dans l'objet, soit le thérapeute. Dès lors, le psychomotricien doit se sentir suffisamment solide pour assumer pleinement ce rôle. C'est pourquoi, en psychiatrie adulte principalement, « une mise à l'épreuve de la solidité de ses limites psychocorporelles sera d'emblée en jeu » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 177). Dans le cas de Madame A., j'ai rapidement constaté qu'elle ne pouvait compter sur son propre corps pour se sentir suffisamment solide. Il a donc fallu qu'elle s'appuie et s'étaie sur le corps de ma maître de stage et sur le mien, avant de pouvoir retrouver une solidité suffisante pour ne pas s'effondrer. Pour cela, nous avons dû nous engager corporellement dans cette relation afin d'offrir la possibilité à Madame A. de s'appuyer momentanément sur nous. Nous avons dû supporter que Madame A. puisse s'appuyer sur nous au point d'imiter scrupuleusement nos faits et gestes. Ainsi, dans cette relation, « il s'agit, par un engagement corporel, de soulager la souffrance de l'autre tout en préservant ses propres limites » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 204).

Nous avons également été réceptacle du récit de Madame A., et par conséquent de tous ses affects négatifs tels que la tristesse, le manque, la culpabilité qu'elle pouvait ressentir. Toutefois, Defiolles-Peltier indique qu'« être réceptacle des souffrances de l'autre ne signifie pas pour autant se laisser envahir par ces souffrances » (2010, p. 206). J'ai donc dû adopter un juste positionnement pour accueillir les souffrances de Madame A. sans me sentir débordée par ces dernières. Parfois, j'ai pu être prise d'émotions fortes au cours des séances. Mais, la plupart du temps, « le patient [ne] voudra rien savoir » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 178) de ces émotions. Il faut donc apprendre à les identifier et composer avec, sans pour autant renier ces vécus qui sont, selon moi, l'essence même de notre profession. En me remémorant mes premiers jours de stage, je me souviens d'avoir la sensation de « respirer »

lorsque je quittais l'enceinte de l'UMD. À l'image des hauts murs qui contiennent les patients, mon corps semblait contenir les émotions que je m'autorisais à réellement lâcher qu'une fois à l'extérieur de ces murs. Ainsi, cet engagement tant corporel que psychique du professionnel nécessite une réelle « démarche personnelle d'auto-évaluation de ses capacités psychomotrices, avant de s'investir dans ce type de contact éventuel ». (Defiolles-Peltier, 2010, p. 177).

3.4. Vécus et réflexions personnelles en Unité pour Malades Difficiles

Les patients sont généralement admis à l'UMD à la suite de passages à l'acte répétés et parfois gravissimes. Ainsi, il peut être difficile d'appréhender la rencontre avec ces patients lorsque les actes commis nous apparaissent particulièrement monstrueux. Pour Grimm, ces représentations monstrueuses « entravent toute rencontre authentique » (2008). Très vite, il m'a donc semblé essentiel de discerner mon positionnement thérapeutique de mon positionnement social. Ceci implique de sortir de ces représentations monstrueuses et de ne pas appréhender le patient uniquement sous l'angle de ses passages à l'acte. Bien entendu, il ne s'agit pas de renier la violence du patient mais de l'envisager comme l'expression d'une souffrance de ce dernier, de tenter de comprendre le passage à l'acte et ce qu'il vient dire du patient. Toutefois, ceci peut être plus difficile à élaborer dans la réalité et dépend, selon moi, des limites personnelles de chacun. À titre d'exemple, j'ai pu entendre un soignant de l'unité deux dire à l'égard de Madame A. « je vous avoue que je n'ai pas trop cherché à la croiser ». Je me demande ainsi ce que Madame A. pouvait faire vivre à cet infirmier. Qu'est-ce que cette patiente pouvait lui renvoyer pour que ce soignant aille jusqu'à l'éviter ? Alors, les temps d'élaboration en équipe me semblent fondamentaux pour discuter de ces divers mouvements affectifs et contre-transférentiels que nous pouvons vivre à l'égard des patients.

L'ensemble de ces questionnements m'ont rapidement conduit à réfléchir sur mon positionnement dans cette unité si spécifique. Certains des patients sont dans le refus de contacts, se sentent vite persécutés et sont parfois imprévisibles. Dans ce tableau clinique l'inertie, le mutisme, voire la catatonie dominant. Au contraire, d'autres patients en état maniaque ne respectent pas la distance relationnelle. J'ai alors pu me sentir rapidement intrusée par ces derniers. Très vite, j'ai donc dû m'adapter aux différents patients afin d'ajuster ma distance relationnelle avec ces derniers. Defiolles-Peltier (2010) associe cette distance relationnelle à une distance de sécurité, ce qui renforce l'intérêt de la préserver. Mes

capacités d'observation ont été essentielles dans l'évaluation de cette distance de sécurité. En effet, les regards, les postures, l'état tonique des patients...étaient autant d'indices qui pouvaient me renseigner sur l'état des patients et donc me permettre d'adapter ma distance en fonction de ce dernier. La question du positionnement soignant, en particulier dans une unité comme telle m'apparaît alors comme fondamentale.

Enfin, en réalisant un stage auprès des adultes, je ne pensais pas devoir autant me référer au développement du tout petit, comme en témoigne ma partie théorique. En effet, tous les suivis en psychomotricité à l'UMD, qu'ils soient groupaux ou individuels me ramenaient sans cesse à l'archaïque, au développement psychomoteur de l'enfant, aux interactions précoces entre la mère et son enfant, etc. Par ailleurs, mes propositions en séances de psychomotricité portaient souvent sur une ré-exploration de ces différentes étapes dans un processus de régression tel que nous avons pu l'aborder précédemment. Ces séances montraient fréquemment une évolution très lente du patient. Parfois, parce que le patient avait été isolé ou que la séance n'avait pu être assurée, j'avais la sensation que tout le travail réalisé en amont avait été oublié. Comme s'il n'existait plus aucune trace chez le patient. Alors, il fallait repartir de zéro, ce qui peut être vécu comme une véritable blessure narcissique pour le soignant. Cette phrase entendue lors du premier jour de mon stage à l'UMD me fait encore écho : « si tu es là pour les guérir, alors tu peux rentrer chez toi ». Certes, il ne s'agit pas de guérir les patients. Cependant, le corps est parfois la seule voie d'accès, le seul mode d'approche du patient et constitue un véritable levier thérapeutique en psychiatrie adulte.

CONCLUSION

En psychiatrie adulte, et particulièrement lors de manifestations aiguës de la maladie, comme j'ai pu le voir à l'UMD, les patients vivent parfois de véritables états de déstructuration psychique qui s'expriment généralement par l'intermédiaire du corps. Face à cela, j'ai émis l'hypothèse que le corps pouvait constituer un réel étai pour soutenir certaines capacités psychiques notamment grâce à l'intégration de ses diverses structures.

J'ai rencontré Madame A. seulement quelques mois après son passage à l'acte monstrueux. En apparence, du fait de sa présentation corporelle rigide et hypertonique, Madame A. m'évoquait une femme solide et résistante. Mais au cours du suivi psychomoteur, je découvrais que derrière ces premières observations se cachait une femme indifférenciée et fragile. Ne pouvant plus compter sur son propre corps, Madame A. devait alors s'appuyer sur le nôtre pour ne pas s'effondrer, allant même jusqu'à imiter l'ensemble de nos faits et gestes. Ainsi, une phase d'indifférenciation a été nécessaire avant d'envisager une progressive phase de distanciation. Alors, un travail sur le corps et particulièrement sur ses diverses structures a permis à Madame A. d'éprouver son corps comme différencié du nôtre mais également comme une entité solide, sur laquelle elle pouvait compter. Progressivement, ces expérimentations ont pu s'intégrer à un niveau supérieur, c'est-à-dire à un niveau psychique. Ainsi grâce à l'acquisition d'un espace interne de pensée et d'une capacité d'élaboration mentale, Madame A. a pu s'émouvoir de façon adaptée, sans avoir recouru au passage à l'acte. Dès lors, elle a probablement pu éviter un effondrement massif, notamment un épisode dépressif majeur ou un passage à l'acte suicidaire comme le craignaient les professionnels lors de son hospitalisation.

Lors de ce travail, j'ai souhaité éclairer et approfondir le rôle du psychomotricien. Nous avons vu que par son engagement tant psychique que corporel, le psychomotricien devient le réceptacle direct de la souffrance du patient. Toutefois, la monstruosité des passages à l'acte, la régression de certains patients ou encore l'expression chaotique de la déstructuration psychocorporelle sont autant d'éléments qui peuvent faire violence au thérapeute. Alors, particulièrement dans une unité comme l'UMD, le psychomotricien peut également être confronté à sa propre souffrance. Cela suppose donc de connaître et d'identifier cette souffrance afin que celle-ci ne devienne commune. Nous comprenons donc davantage pourquoi le métier de psychomotricien est une profession dont « la qualité de la formation est très importante et doit être constante » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 206).

Le suivi en psychomotricité de Madame A. a été une expérience réellement enrichissante. Il m'a fait prendre conscience que la rencontre entre deux individus, étape nécessaire et indispensable, occupait, en réalité, une grande partie dans la thérapie psychomotrice. En effet, il a dans un premier temps fallu faire adhérer Madame A. à un soin médiatisé, alors qu'elle avait refusé un suivi en ergothérapie. Dès lors, nous pouvons nous interroger sur quel positionnement adopter face à un refus de soin ? Devons-nous nous soumettre à la volonté du patient ou tenter de l'y faire adhérer coûte que coûte ?

Le travail en psychomotricité s'est heurté à une limite que nous n'aurions pu anticiper, celle de la crise sanitaire actuelle. Le suivi de Madame A., comme tous les autres s'est donc temporairement arrêté. La soudaineté de l'arrêt me conduit à me questionner sur la continuité des soins dans ce contexte actuel, notamment dans des suivis délicats comme celui de Madame A. Dès lors, quelles traces les expérimentations faites en psychomotricité vont-elles laisser ? Quelles conséquences cette rupture dans le soin va-t-elle engendrer ?

Alors, « pourquoi avoir choisi la psychomotricité ? ». Après ces trois années de formation, je dirais pour sa richesse, pour ses rencontres, pour l'authenticité des liens qui se créent, pour apprendre autant que l'on s'apprend et pour bien d'autres qualités que les années de pratique me feront découvrir.

BIBLIOGRAPHIE

- André, P. (1993). *Psychiatrie de l'adulte*. Heures de France.
- André, P. (2006). *Psychiatrie de l'adulte : Formations médicale et paramédicale* (4e édition revue et augmentée). Heures de France.
- André, P., Benavides, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie* (2e édition revue et corrigée). Heures de France.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau* (Nouvelle édition revue et augmentée). Dunod.
- Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles—Article 1, (1986). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072816&>
- Berger, M. (2005). Chapitre IV - Premières hypothèses théoriques. In *L'enfant instable : Approche clinique et thérapeutique* (p. 65-87). Dunod.
- Bion, W. R. (1979). *Aux sources de l'expérience* (F. Robert, Trad.). Presses universitaires de France.
- Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Dunod.
- Code de la santé publique—Article L3222-3, L3222-3 Code de la santé publique (2002). https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=09E15C5FC32B889B2F02FB2C9FB15C76.tplgfr30s_2?idArticle=LEGIARTI000024316749&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20130929
- Daléry, J., d'Amato, T., & Guyotat, J. (1999). *La Schizophrénie : Recherches actuelles et perspectives* (Masson).
- Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Grego.
- Flémal, S. (2011). Pour un processus d'individuation délirante dans la psychose. *Cliniques méditerranéennes*, n° 83(1), 217-233.
- Freud, S. (2010). *Le moi et le ça* (J. Laplanche, Trad.). Éditions Payot & Rivages; Oeuvre originale publiée en 1923.
- Geissmann, N. (2001). Chapitre VI. Alpha et bêta. In *Découvrir W.R. Bion : Explorateur de la pensée* (p. 99-115). Erès.
- Grim, O. R. (2008). La figure du monstre comme analyseur de la situation de handicap : Un nécessaire travail de déconstruction. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 73(3), 41-48.
- Jeuge-Maynard, I., Garnier, Y., & Vinciguerra, M. (Éds.). (2006). *Le petit Larousse illustré : En couleurs : 87 000 articles, 5 000 illustrations, 321 cartes, cahier thématique, chronologie universelle*. Larousse.

- Klein, M. (2013). Chapitre IX - Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In W. Baranger (Trad.), *Développements de la psychanalyse* (p. 274-300). PUF; Oeuvre originale publiée en 1952.
- Korff-Sausse, S. (2011). L'enfant monstrueux : Un fantasme d'adulte? *Enfances Psy*, n° 51(2), 48-58.
- Laugier, F. (2018). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (V. Kapsambelis, Éd.). PUF.
- Lesage, B. (2004). Etayage et structure corporelle : Corps à corps et corps-accord. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 140, 4-15.
- Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (2e édition). Erès.
- Millaud, F. (2009). *Le passage à l'acte : Aspects cliniques et psychodynamiques* (2e édition). Masson.
- OMS. (2008). *Chapitre V - Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)*. CIM-10. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/V>
- Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (deuxième édition). Dunod.
- Ponton, G. (s. d.). *Construction du sentiment de sécurité par la verticalité*. Les ateliers du Cami Salié. Consulté 15 mars 2019, à l'adresse <http://www.ateliers-du-camisalie.fr/>
- Ravit, M. (2011). L'ombre de l'enfant mort : Clinique de l'infanticide. *Topique*, n° 117(4), 105-115.
- Rivière, J., Isaacs, S., Heimann, P., & Klein, M. (2013). *Développements de la psychanalyse*: Presses Universitaires de France.
- Robert-Ouvray, S. B. (1996). *L'enfant tonique et sa mère*. Hommes et perspectives.
- Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2e édition révisée). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2014). La fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant. *Le Journal des psychologues*, n° 316(3), 16-21.
- Rouyer, M., & Drouet, M. (1994). *L'enfant violenté : Des mauvais traitements à l'inceste*. Bayard.
- Saoud, M., & Amato, T. d'. (2006). *La schizophrénie de l'adulte : Des causes aux traitements*. Masson.
- Souzenelle, A. de. (1991). *Le symbolisme du corps humain*. Albin Michel.

- Veese, A. (2015). Contenance en psychomotricité : Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler... In É. W. Pireyre (Éd.), *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Dunod.
- Winnicott, D. W. (2000). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (M. Gribinski, Éd.; J. Kalmanovitch, Trad.). Gallimard; Oeuvre originale publiée en 1974.
- Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne* (J. Kalmanovitch, M. Michelin, & L. Rosaz, Trad.). Payot.

Vu par la maître de mémoire, Dorothée Ferré, Psychomotricienne DE.

À BRON, le 11/05/2020

D. Ferré - Hamadou.

Dorothée FERRÉ

Auteur : Lola LOQUAY

Titre : Titre du mémoire :

« *Dans mon corps tout est fragile* » Le travail corporel en psychomotricité : un étau pour faire l'expérience d'un soi solide et différencié en unité pour malades difficiles

Mots - clés : psychomotricité – schizophrénie - corps – psychisme –différencié - solide
psychomotricity – schizophrenia - body – psyche – differentiated – solid

Résumé :

En unité pour malades difficiles, la rencontre avec les patients nous confronte parfois à de véritables états de déstructuration psychocorporelle. La maladie mentale, telle que la schizophrénie, est responsable d'une déstructuration psychique dont le corps se révèle être le reflet. Alors, quand le sujet, indifférencié de la réalité extérieure menace de s'effondrer, parfois, le corps constitue un réel levier thérapeutique sur lequel le patient va pouvoir s'étayer. Dès lors, grâce à son approche corporelle, la psychomotricité va permettre un étayage des fonctions psychiques sur le corps et notamment permettre de faire l'expérience d'un soi solide et différencié.

In unit for difficult patients, we are sometimes confronted with patients showing genuine states of body-psycho destructuring. Mental illnesses, like schizophrenia, are responsible for a psychic breakdown reflected on the patient's physical body. So, when the subject undifferentiated from external reality threatens to collapse, sometimes the body is a good indicator of what is happening. Indeed, it constitutes a real therapeutic lever on which the patient will be able to rely on. Thanks to its bodily approach, psychomotricity will allow a support of psychic functions on the body. More specifically, it will allow the patient to experience a solid and differentiated self.