



<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

RELAXATION ET PSYCHO-TRAUMATISME

Suivi psychomoteur d'un patient-détenu en UHSA

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

Par : Devert Mathéo

Juin 2019

N° 1498

Directeur du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Pr. FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CA

Pr. REVEL Didier

Vice-président CFVU

Pr. CHEVALIER Philippe

Vice-président CS

M. VALLEE Fabrice

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 de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux

Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Comité de Coordination des Études
Médicales (C.C.E.M.)

Président **Pr. COCHAT Pierre**

U.F.R d'Odontologie

Directrice **Pr. SEUX Dominique**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

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**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire

M. ANDRIOLETTI Bruno

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire

Mme GIESELER Kathrin

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

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

École Supérieure du Professorat et de
l'Éducation (E.S.P.E.)

Administrateur provisoire

M. Pierre CHAREYRON

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 Stéphanie VIALE
Psychomotricienne

Responsables des stages
Mme Christiane TANCRAÏ, Mme Aurore JUILLARD
Psychomotriciennes

Secrétariat de scolarité
Mme Pascale SACCUCCI

« L'acte monstrueux ne fait pas le monstre »

Proverbe cité par R. Bigex (2014)

REMERCIEMENTS

À ma compagne Laetitia pour son soutien inconditionnel et toutes les concessions qu'elle a dû faire pour que je puisse mener à bien mon projet de formation. Bientôt, c'est mon tour !

À ma fille Norah qui a eu l'indélicatesse de débarquer dans nos vies en plein milieu de ma formation et qui m'a forcé à rédiger ce mémoire la nuit, refusant à juste titre de partager mon attention avec quelque projet que ce fût. Ma belette qui, elle, n'a pas fait la moindre concession et m'a rappelé chaque jour la priorité absolue que représente son bonheur et celui de notre petite famille naissante. À la délicatesse de sa peau de bébé, l'éclat de son rire et la douce chaleur de ses câlins.

Merci à Adèle et Léna qui m'ont permis de mener à bien ma deuxième année de formation malgré mes problèmes de santé, pour leur soutien et leur gentillesse.

Merci à toutes mes camarades de promotion et à l'équipe pédagogique de l'IFP pour leur soutien moral dans des moments parfois difficiles.

Merci également à mon maître de mémoire, Camille, pour sa grande disponibilité, pour tous ses conseils et ses avis éclairés, ainsi que pour le respect qu'elle a porté à mes choix rédactionnels.

Merci à ma tutrice de stage en UHSA pour la bienveillance et le naturel avec lesquels elle m'a accueilli dans son espace de travail, ainsi que pour la considération et la confiance qu'elle m'a accordées.

Merci à toute l'équipe de l'UHSA, qui s'est rendu disponible pour répondre à mes questions parfois farfelues, pour leur accueil et leur bienveillance. Merci à tous ceux qui cherchent à améliorer l'ambiance du service et la qualité de vie des patients.

Merci à Héléna pour sa relecture rapide et soignée. L'urgence de ma demande n'ayant pour autant pas impacté la rigueur et la minutie de ses corrections.

Et enfin, merci à mon deuxième maître de stage, Emmanuel ; pour l'intérêt qu'il a porté à mon travail, sa confiance, ses encouragements et son soutien.

SOMMAIRE

Lexique

Introduction 1

Planter le décor 3

1 Le milieu pénitentiaire, en défaveur de l'équilibre psychomoteur 3

1.1 *Enfermement et restriction de l'espace* 3

1.2 *Isolement social et distorsion relationnelle* 4

1.3 *Schéma corporel* 5

1.4 *Image du corps et intimité* 6

1.5 *Vécu de la temporalité* 6

1.6 *Carences sensorielles et agression des sens* 8

1.7 *Conséquences identitaires* 9

1.8 *Concept de psychose carcérale* 10

1.9 *Visite d'une maison d'arrêt* 11

2 Un hôpital pour les détenus 13

2.1 *L'environnement de l'UHSA* 14

2.2 *Les soins à l'UHSA* 16

2.3 *Les patients* 16

2.4 *La psychomotricité à l'UHSA* 17

Étude de cas 21

3 Pour se représenter M. K. 21

4 Situation familiale 21

5 Son histoire 21

6	Violences vécues au Kosovo	22
7	Un premier traumatisme	23
	7.1 <i>Conception psychodynamique et travaux d'Anzieu</i>	23
	7.2 <i>Conception neurobiologique et sensibilisation</i>	26
8	L'exil	27
9	Conséquence de l'exil	28
10	Passage à l'acte	29
11	Traumatisme et passage à l'acte	29
12	Passage à l'acte et traumatisme	30
13	Kanun et prison	31
	13.1 <i>Tradition kosovare</i>	31
	13.2 <i>Entrée en prison</i>	32
14	Traumatisme et psychose	32
15	Concept de centralité	33
16	Le suicide en prison	34
17	Premiers temps à l'UHSA	34
18	Le PTSD	35
19	Une première approche en psychomotricité	36
	19.1 <i>Indication</i>	37
	19.2 <i>Un premier bilan psychomoteur</i>	37
	19.3 <i>Un premier suivi</i>	37
20	Ma rencontre avec M. K, un bilan	39
	20.1 <i>Ma place de stagiaire</i>	39
	20.2 <i>Présentation actuelle</i>	39
	20.3 <i>Traitements</i>	40
	20.4 <i>Passation du bilan</i>	41
	20.5 <i>Suite du bilan</i>	43
	20.6 <i>La crise suicidaire et son effet sur moi</i>	44

21	Les mécanismes adaptatifs.....	45
22	Premières séances, demandes du patient.....	46
23	Projet de soin.....	46
23.1	<i>Le jeu</i>	47
23.2	<i>La relaxation</i>	47
23.3	<i>Les enveloppes.....</i>	51
 Mise en œuvre, évaluation et évolution du projet		52
24	Mise en œuvre du projet	52
24.1	<i>Évolution du jeu au fil des séances.....</i>	53
24.2	<i>Évolution de la méthode de relaxation.....</i>	54
25	L'alliance thérapeutique et sécurité.....	55
25.1	<i>La possibilité d'être touché</i>	56
25.2	<i>De moins en moins de substituts.....</i>	57
25.3	<i>Besoin d'être surveillé.....</i>	58
26	Rendre sujet du soin.....	59
27	Évaluation du projet.....	60
 Conclusion		62

Bibliographie

LEXIQUE

UHSA :	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
AP :	Administration Pénitentiaire
SMPR :	Service médico-Psychologique Régional
PTI :	Protection Travailleur Isolé
ESPI :	Espace de Soins Psychiatriques Intensifs
SN :	Système Nerveux
CRH :	Corticotropin-Releasing Hormone = corticolibérine
ACTH :	Adreno CorticoTrophic Hormone = adrénocorticotrophine
EEG :	ÉlectroEncéphaloGraphie
RGP :	Résistance Galvanique de la Peau
CADA :	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
PTSD :	PostTraumatic Stress Disorder = état de stress post-traumatique
DSM-5 :	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5 ^e édition
APA :	Activité Physique Adaptée
EMG :	Évaluation de la Motricité Gnosopraxique distale

INTRODUCTION

Ce travail théorico-clinique m'est inspiré par mon expérience d'un stage en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). Cette unité, dont les entrées et sorties sont contrôlées par l'Administration Pénitentiaire (AP), accueille en hospitalisation complète des détenus nécessitant des soins psychiatriques à temps complet.

J'ai été en stage à l'UHSA pour une période de deux semaines en fin de deuxième année de formation, pour une observation du milieu de la psychiatrie adulte. À la suite de ce qu'on pourrait appeler une période d'essai, la psychomotricienne de l'unité a accepté de m'accueillir pour un stage long de troisième année.

Je n'ai pas eu d'appréhension à l'idée d'être confronté à des détenus, comme il serait pourtant légitime d'en avoir. J'étais plus inquiet de l'environnement. J'avais peur de trouver un lieu délétère, paradoxalement nuisible à la santé mentale. Un lieu gris, sombre, un personnel hostile et une ambiance de répression. Mais j'ai été agréablement surpris de trouver, après avoir passé plusieurs portes sécurisées, un détecteur de métaux, après avoir confié ma carte d'identité et mon téléphone portable, et après avoir passé une large grille à barreaux, un véritable lieu de soins investi en tant que tel par les usagers. Certes, des hauts murs sont gardés par du personnel armé et vêtu de bleu, mais une fois à l'intérieur c'est le blanc qui domine. Les détenus sont alors des patients, et c'est ce dernier terme que je retiendrai tout au long de ce mémoire quand il s'agira de l'UHSA.

Il sera ici question d'une rencontre avec un patient dont le suivi psychomoteur individuel m'a été confié. Arrivé d'un pays très agité et ayant subi de nombreux traumatismes psychocorporels, M. K présente un sentiment d'insécurité très envahissant accompagné de troubles psychotiques. Un travail de relaxation est alors engagé en psychomotricité. Par son histoire, par le lieu inhabituel de sa prise en charge et la barrière de la langue, le suivi de M. K suscite en moi de nombreuses interrogations. Et la nature de ce travail de mémoire ne permet pas de toutes les traiter ici. Aussi je m'attellerai à une question en particulier : quels effets peut-on attendre de la relaxation en psychomotricité chez un patient psycho-traumatisé ?

Dans une première partie, je dépeindrai l'environnement carcéral et définirai quelles en sont les conséquences psychomotrices notables, pour ensuite décrire le cadre particulier de l'UHSA, l'organisation des soins, et plus précisément, des soins en psychomotricité.

En deuxième partie je présenterai M. K et retracerai chronologiquement son histoire de vie, ce qui l'a conduit à être incarcéré et à suivre des soins psychiatriques. S'en suivra notre rencontre, puis l'analyse des éléments de bilan et l'élaboration de son projet de soin psychomoteur. Seront intercalés les apports théoriques et les liens théorico-cliniques introduits par les observations cliniques et les événements.

Enfin, en troisième partie, je présenterai les conditions de mise en œuvre du projet de soin et les enjeux majeurs de la prise en charge, puis je proposerai une évaluation des effets de la thérapie proposée.

PLANTER LE DÉCOR

1 Le milieu pénitentiaire, en défaveur de l'équilibre psychomoteur

La plupart des patients sont issus d'établissements pénitentiaires, de ce qu'on appellera ici « la détention ». Dans de rares cas, ils sont admis à l'UHSA dès leur incarcération. Par rapport à la population générale, les détenus ne bénéficient pas d'une égalité et encore moins d'une équité de soins psychiatriques. Il s'agit d'une population plus fragile (Fovet, Thomas, & Amad, 2015) et pourtant moins bien soignée. En effet, la loi de 1994 préconisant pour les détenus des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population générale est encore loin d'être respectée, même si une large progression est objectivable (Moreau, 2010). Nous pouvons ainsi décrire de nombreuses atteintes à l'intégrité des personnes détenues, inhérentes à leur situation de prisonnier, et les conséquences psychomotrices qui en découlent.

1.1 Enfermement et restriction de l'espace

La peine de prison se traduit par la déchéance du droit à se mouvoir. Il s'agit théoriquement d'un empêchement du déplacement géographique mais il en résulte en réalité une entrave à la motricité : au déplacement du corps d'un lieu à l'autre, d'une pièce à l'autre, ainsi qu'au geste lui-même. On observe donc un véritable réagencement postural permettant de s'adapter à ces conditions (Chamond, Moreira, Decocq, & Leroy-Viémon, 2014). Les cellules sont parfois trop petites pour que chacun puisse se déplacer quand il le souhaite. Il est ici judicieux de noter l'importance de la motricité dans l'incarnation de soi, le sentiment d'être à la fois un esprit et un corps (Chamond et al., 2014).

Sur le plan pratique, l'usage de cellules allonge le délai d'intervention des secours en cas d'agression ou de problème de santé. Ce qui est une nécessité pour l'AP peut provoquer un fort sentiment d'insécurité chez les détenus. Et c'est ce sentiment d'insécurité que

Chamond et al. (2014) identifient comme ayant très fréquemment des conséquences délétères sur le sommeil.

De plus, la promiscuité induite par la restriction spatiale provoque un bouleversement de ce que Edward Hall (2014) a appelé la *proxémie*, et les zones de proximité qui la composent. Intime, personnelle, sociale ou publique, ces quatre zones de proximité définissent, dans l'ordre croissant, la distance que l'on met entre notre interlocuteur et nous-même selon la relation entretenue. Ici, les codétenus partagent la majeure partie du temps leurs espaces, intime et personnel, quelle que soit leur relation. Ce qui peut provoquer un sentiment d'intrusion permanente, des réactions d'agressivité, mais aussi une forme de désadaptation sociale par suite de la confusion de ces différents espaces.

1.2 Isolement social et distorsion relationnelle

Être incarcéré, c'est aussi être isolé de son entourage. Ceci fait partie de la peine, par l'isolement architectural d'avec le monde extérieur. Mais vient s'ajouter à cela que l'admission en prison peut provoquer un effet de rejet de la part des proches. Et cet effet peut perdurer après la libération.

On rencontre deux statuts de détention différents :

- Le prévenu : l'appareil judiciaire permet, sous conditions, la mise en détention provisoire de l'auteur d'un crime ou d'un grave délit. Le prévenu est donc en attente d'un procès, ou en attente d'un jugement définitif si une procédure d'appel est engagée. Ce qui va engendrer quelques particularités dans ses conditions de détention.
- Le condamné : son jugement a été prononcé et une durée de peine lui a été attribuée.

Les contacts avec la famille sont d'autant plus restreints lorsque le sujet possède un statut de prévenu dans une affaire impliquant ses proches, afin d'éviter tout biais juridique dans l'instruction du dossier. Mais les temps de parloir sont de toute façon très limités, même pour les détenus condamnés. Le nombre de rencontres hebdomadaires est restreint et leur durée varie de trente minutes à trois heures selon les conditions d'incarcération. De plus, les

permis de visite ne sont pas obligatoirement accordés aux proches et les délais pour les obtenir peuvent être de plusieurs mois. Enfin, le sujet peut être incarcéré à une distance géographique trop importante de ses proches, rendant impossible toute visite. Les demandes de transfert d'un établissement à l'autre sont possibles mais les procédures peuvent être longues et ne sont pas forcément acceptées.

En plus de l'isolement, les rapports humains restants sont très différents de ceux du monde extérieur. L'hostilité est omniprésente entre détenus ainsi qu'avec l'AP, le rapport de force est permanent. Les faiblesses de chacun ne sont exposées à la vue de tous que lorsqu'elles sont trop importantes pour être dissimulées. On peut ainsi s'expliquer les modes de décompensation psychiatriques particulièrement bruyants observés en détention (Fovet et al., 2015).

1.3 Schéma corporel

Le schéma corporel est ici considéré comme la représentation dynamique et évolutive du corps et de ses différentes parties, de leur agencement entre elles et de leur position dans l'espace. Adjoignant l'idée de Merleau-Ponty, reprise par Catherine Morin que l'espace dans lequel le corps est représenté n'existe que grâce à l'action motrice du sujet (Morin, 2013). De même, Jean-Paul Pes précise, se référant au modèle d'Henri Wallon, que cette connaissance se construit sur la base des perceptions sensorielles et kinesthésiques (Pes, 2011).

Le schéma corporel, pour être efficient tout au long de la vie, demande donc à être réactualisé constamment, et ce grâce à différentes afférences sensorielles. On note l'importance majeure des données tactiles, visuelles, labyrinthiques et kinesthésiques dans le processus d'intégration du schéma corporel. Or, nous avons vu précédemment que l'expérience motrice manque cruellement en détention, le schéma corporel en pâtit. Nous verrons plus loin que les autres canaux sensoriels ne sont pas épargnés par l'environnement carcéral.

Pour se représenter son propre corps, il est utile de pouvoir le voir. Pour des raisons de sécurité, l'usage des miroirs est très limité en milieu carcéral ; les actes auto-agressifs étant redoutés tout autant que les actes hétéro-agressifs. De fait, quand miroir il y a, ce

dernier ne permet souvent pas au sujet de voir son visage en entier et encore moins de voir son corps en entier. Ainsi, nombre de détenus n'auront pas l'occasion de percevoir une image d'eux-mêmes fidèle à la réalité actuelle, et ce pendant plusieurs années.

1.4 Image du corps et intimité

L'image du corps ou l'image inconsciente du corps telle qu'elle est distinguée du schéma corporel par Françoise Dolto (1992) dans son ouvrage, se réfère à une représentation affective de soi-même, en lien avec son histoire corporelle mais aussi avec son histoire psychique. C'est ainsi qu'une blessure narcissique peut porter atteinte à l'image du corps ainsi définie.

Les cellules sont la plupart du temps partagées, d'autant plus que la surpopulation carcérale est de notoriété publique. Les rythmes biologiques propres doivent s'effacer pour que les codétenus puissent en partager un commun. Selon les établissements, les besoins naturels sont faits devant les autres, les douches peuvent être communes. Autant de situations qui sont vécues comme une permanente humiliation, et donc une grave atteinte à l'image du corps.

Il est important pour l'AP de pouvoir observer chacun à tout moment. Le modèle architectural panoptique de Jeremy Bentham avait pour principe de placer un observateur central invisible pour lequel chaque détenu est observable. Le détenu sait qu'à tout moment il peut être vu mais ignore quand c'est réellement le cas : une manière de rendre à cette incertitude le pouvoir de répression. Aujourd'hui le même modèle est appliqué sans aucun aménagement architectural grâce au système de télésurveillance qui s'est démocratisé dans les prisons et autres lieux de privation de liberté (Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2010). L'intimité est garantie par la loi, mais elle n'est effectivement pas toujours respectée.

1.5 Vécu de la temporalité

Il existe différents types d'établissements pénitentiaires, dont les conditions de vie vont varier de manière significative :

- Les maisons d'arrêt : elles reçoivent les prévenus en détention provisoire ainsi que les condamnés dont la peine ou le reliquat de peine n'excèdent pas deux ans. Les cellules sont fermées la majeure partie du temps.
- Les centres de détention : elles reçoivent les condamnés à de plus longues peines et de manière définitive. Les cellules sont ouvertes sur des créneaux horaires définis, laissant les détenus libres de se déplacer au sein de leur bâtiment. Elles sont néanmoins fermées la nuit.
- Les maisons centrales : elles reçoivent également les condamnés à de longues peines mais aussi les détenus qui nécessitent une surveillance plus appuyée ou dont les perspectives de réinsertion sociale sont jugées minces. C'est pourquoi, comme en maison d'arrêt, les cellules restent fermées en dehors des temps de promenade ou de déplacements justifiés par une activité ou un soin.
- On peut citer aussi pour être exhaustif les établissements pénitentiaires pour mineurs qui, comme leur nom l'indique, accueillent des mineurs de treize à dix-huit ans.

Le temps en détention, et plus particulièrement en maison d'arrêt, peut être décrit comme « indéfini » (Hyst & Cabanel, 2000). Le prévenu attend son jugement et les procédures judiciaires peuvent être très longues. Et une fois le jugement prononcé, l'attente peut se prolonger dans les éventuelles procédures d'appel. Le sujet n'est que très peu informé des avancées du dossier qui le concerne et il peut être transféré d'un instant à l'autre dans un autre établissement. Les durées peuvent ainsi paraître interminables et comporter pourtant une incertitude quant aux ruptures brutales qui peuvent survenir. La libération ou la mise en liberté conditionnelle peut être annoncée du jour au lendemain à l'intéressé.

De plus, selon les types d'établissements, le détenu peut être enfermé dans sa cellule jusqu'à 23 heures sur 24. En plus d'être indéfini, le temps est alors rendu « infini ».

1.6 Carences sensorielles et agression des sens

En détention la sensorialité est malmenée. Les stimulations sont tantôt carencielles, tantôt agressives, ou bien provoquent des fonctionnements psychiques pathologiques.

On a vu précédemment que la restriction de l'espace engendre des carences proprioceptives du fait du manque d'expérience motrice. Mais d'autres sens sont concernés. Le détenu ne voit jamais de ligne d'horizon, il ne peut porter son regard au loin. Et si la loi garantit théoriquement une luminosité suffisante pour préserver la vue lors de la lecture, la lumière perçue par le sujet ne sera jamais égale à celle que percevra quiconque étant libre de sortir quotidiennement de son lieu de vie. On peut ajouter aux hauts murs cernant les établissements, différentes entraves à la portée du regard comme les barreaux verticaux et autres quadrillages du visuel par les grillages des fenêtres. On peut noter aussi l'insipidité de certains aliments et, plus important encore, le manque de d'afférences tactiles. Le sujet en détention n'est jamais touché de manière bienveillante. D'un point de vue strictement sensoriel, Élisabeth Clavairoly et Herminie Bracq-Leca (2010) mettent en avant chez les détenus en maison d'arrêt des troubles déficitaires de l'odorat, de la vue et du goût. Dans son ouvrage, s'appuyant sur des données expérimentales, Racamier (1979) soutient que stimulations sensorielles et contact social sont les conditions du maintien du psychisme en fonctionnement normal. Il précise aussi que ces deux sources sont complémentaires et se compensent mutuellement, dans une certaine mesure. On a vu que le contact social n'est pas un appui sur lequel le détenu peut effectivement compter, les carences sensorielles exprimant alors tout leur potentiel délétère. Racamier décrit ainsi un déficit fonctionnel de l'activité intellectuelle et des fonctions d'adaptation perceptivo-motrices. Il montre aussi que les sujets carencés deviennent plus influençables et susceptibles d'adhérer à des pensées magiques, ce qui n'est pas sans rappeler certains symptômes psychotiques.

Suzanne Robert Ouvray (2015) nous parle de ce qu'elle appelle les abus sensoriels, en tant que stimulations inappropriées et sans consentement du récepteur. Elle décrit le système de protection inné de l'être humain qui consiste en une réaction d'hypertonie et de tendance à l'enroulement en position fœtale, système que nous conservons toute notre vie. Or, l'hypertonie peut occasionner des douleurs qui vont elles-mêmes engendrer un cercle vicieux de douleur et d'hypertonie. Au niveau hormonal, les abus sensoriels favorisent la libération d'hormones de stress qui, entre autres choses, prédisposent aux dépressions. En

détention, on peut citer plusieurs sources d'agressions sensorielles : le son des portes métalliques, des cliquetis des clés, des matraques contre les barreaux dans une architecture qui favorise la résonance, les écrans de télévision et de jeux vidéo qui sont parfois en marche vingt-quatre heures sur vingt-quatre, la musique jour et nuit avec un volume extrêmement élevé, les mauvaises odeurs, le mauvais goût de certains aliments qui contraste avec l'insipidité de certains autres, le toucher qui n'est que violent, intrusif ou bien les deux.

Comme le soulignent É. Clavairolly et H. Bracq-Leca (2010), le détenu enfermé dans sa cellule n'est pas en lien direct avec les sources des stimuli extérieurs. Autrement dit, il ne peut identifier visuellement la source d'une odeur, d'un son, d'une lumière. Ce manque, étant intolérable pour l'appareil psychique, induit ce que les auteures nomment un « fonctionnement projectif », dans lequel le sujet recrée un environnement imaginaire qui puisse répondre à la question de la source, ce qui a pour effet de favoriser la tendance au délire. En ce sens, Édouard Zarifian soutient que « tout cerveau humain est capable de fabriquer tous les symptômes rencontrés en psychiatrie » (2000, p. 54) et met ainsi l'accent sur l'importance de l'environnement dans l'apparition de la psychose.

Sur le plan psychomoteur, le problème de la sensorialité en détention est évident. Les sens sont, d'une part, désinvestis par manque de stimulations engendrant alors un moindre fonctionnement psychique et sont, d'autre part, stimulés à l'excès, provoquant des réactions de tension corporelle et psychique ainsi que de repli et de défense par désinvestissement sensoriel. La sensorialité ne peut ainsi plus être source de plaisir.

1.7 Conséquences identitaires

À son incarcération, le détenu se voit confisquer ses effets personnels et échange sa carte d'identité contre une carte d'identité interne et un numéro d'écrou, le numéro qui définit à partir de cet instant son identité au sein de l'établissement. Il reçoit également un document édictant les règles de vie à respecter. Ainsi, le nouveau détenu se voit privé de son statut social puisqu'il ne peut plus exercer ses activités habituelles, mais également son identité civile : sa carte d'identité qui mentionne le prénom par lequel on s'adresse à lui habituellement, le nom qui définit son origine filiale, ainsi que ses caractéristiques physiques propres. De plus, il se voit aussi imposer par ce règlement un nouveau comportement. Lucie Nenez (Nenez & Ouedraogo, 2014) dans sa thèse sur la psychose carcérale définit les

nouveaux critères qui vont se trouver alors au premier plan pour se définir par rapport aux autres : le jugement moral sur le crime commis, l'âge, l'origine ethnique, culturelle et géographique, et le nouveau comportement adopté en détention.

L'identité du détenu est ainsi fragilisée par l'admission en détention. Par la suite, s'il réussit à s'adapter à son nouvel environnement, c'est souvent au prix d'une importante modification de ce qui le définit habituellement.

1.8 Concept de psychose carcérale

L'idée que l'environnement carcéral puisse à lui seul engendrer une maladie psychotique est largement contestée. En revanche, concédant la nécessité de présence d'un terrain psychique favorable chez le sujet et imposant comme critère diagnostique l'amendement des troubles après la soustraction à l'environnement délétère, Nenez (2014) considère que le stress induit par l'environnement carcéral peut provoquer une sorte de psychose réactionnelle.

Il est donc vraisemblable que, si la prison ne peut provoquer un trouble psychotique chez toute personne étant confrontée aux conditions d'incarcération, elle peut en revanche précipiter l'apparition de symptômes sans qu'ils ne fussent apparus dans aucune autre situation.

Voilà une situation paradoxale pour un établissement de soins comme l'UHSA. Les patients se trouvant plus ou moins dans cette situation d'être rendus malades, ou de se voir exprimer un trouble psychiatrique à cause de leur environnement, en sont très justement extraits, mais pour une durée limitée. Et l'objectif de l'UHSA est souvent de rendre possible un retour en détention. Cependant, ce retour n'est envisagé que si son maintien est envisageable. Ainsi, un patient n'est pas renvoyé d'où il vient s'il ne peut espérer y rester dans des conditions acceptables. Là se pose une autre question : si la détention est une punition, la souffrance semble devoir y être acceptable puisqu'elle en est intrinsèquement l'un des objectifs, alors à partir de quelle intensité la souffrance du sujet peut-elle justifier une modification des conditions d'incarcération ?

Cela étant dit, une forme de réponse est donnée par la pratique au sein de l'établissement. La nécessité de l'hospitalisation est discutée avec le patient lui-même. En ce sens, il peut être proposé à titre exceptionnel et dans des situations cliniques particulières, ce qu'on appelle ici un « séquentiel ». C'est-à-dire une alternance de périodes de détention et d'hospitalisation, le plus souvent par périodes d'un mois, en vue d'une réadaptation progressive à l'établissement pénitentiaire.

1.9 Visite d'une maison d'arrêt

Durant mon stage, j'ai eu l'occasion de visiter le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) d'une maison d'arrêt, service de soins psychologiques et psychiatriques dont les locaux sont intégrés à ceux de la détention, et où nombre de patients de l'UHSA séjournent avant ou après leur hospitalisation. Le service comprend une équipe de soins avec des infirmiers, des psychologues, des psychiatres, et des assistantes sociales. Il est composé d'une salle de soins, d'une salle de consultation, d'une salle d'activité, et d'une vingtaine de cellules, pour un séjour à temps plein, isolé des bâtiments de la détention. Le paragraphe qui suit relate une expérience ponctuelle, locale et n'a pas la prétention de généraliser les observations faites à un instant t, dans un lieu très précis d'une seule et unique maison d'arrêt.

À l'entrée de l'établissement, des agents de l'AP contrôlent longuement l'identité et les autorisations d'accès des visiteurs, depuis une pièce masquée par un miroir sans tain. Les échanges de cartes d'identités et de badges se font par l'intermédiaire d'un tiroir encastré dans le mur qui nous sépare de l'agent et qui ne permet aucun contact tactile ou visuel. Aucune formule de politesse ne semble être de rigueur. Dans l'enceinte, la couleur grise domine largement. Les murs de l'enceinte sont extrêmement hauts et tous les espaces extérieurs sont délimités par des grillages rigides d'au moins cinq ou six mètres de hauteur et surplombés de plusieurs rangées de concertinas : les fils de fer barbelés, spiralés et tranchants utilisés notamment par l'AP et l'armée. Toutes les portes sont grises, toutes les fenêtres sont munies de barreaux. Au sein du service de soins, les portes sont peintes en rouge et des efforts sont faits pour rendre l'environnement moins sinistre, notamment grâce à des plantes disposées dans un large coin de couloir. Là, les agents de l'AP sont accueillants et se montrent bien plus disponibles à la relation. Il n'est pas question de parler de chambres

comme c'est le cas à l'UHSA ; ici les détenus sont admis dans des cellules. Celles-ci sont conçues selon un même modèle dans tout l'établissement, détention et SMPR compris, mis à part que certaines sont simples, d'autres doubles. Je visite une cellule double, elle est frappante par son exigüité, mais on me signifie que les cellules simples sont plus petites encore. Un lit superposé, un meuble sous une télévision, et tout juste de quoi se déplacer, une personne à la fois. Les murs sont gris, les peintures défraîchies. L'encadrement de porte de la salle d'eau n'est obstrué que par une porte battante à deux vantaux d'à peine quarante centimètres de hauteur. Aucune intimité. La porte ne comporte aucune ouverture, à part une œillère qui ne peut être ouverte que de l'extérieur. La seule source de lumière naturelle et d'air provenant de l'extérieur est une petite fenêtre à barreaux, en fond de chambre. Le mur du bâtiment d'en face n'est éloigné que de deux mètres, ne permettant l'entrée dans la cellule que d'une faible quantité de lumière. Sous la fenêtre, une bande de tôle ondulée inaccessible est jonchée de débris en partie désagrégés par la pluie. On perçoit du bruit et des voix par la fenêtre mais il est impossible d'identifier visuellement les sources. Ici, les temps de sortie sont d'une heure et trente minutes par demi-journée, le minimum légal étant fixé à une heure. Le reste du temps est passé en cellule, que ce soit en bâtiment de détention ou au SMPR. La cour de promenade du service de soins consiste en une cour intérieure carrée d'environ vingt mètres de largeur, bétonnée, bordée de deux rangées successives de hauts grillages, puis par des bâtiments gris d'une dizaine de mètres de hauteur. Les toitures de ces derniers se relient par endroits, protégeant de la pluie, mais obstruant partiellement l'ouverture vers le ciel et limitant la luminosité. Dans la cour, une table de ping-pong en béton dans un coin, un urinoir et un robinet. Entre les grillages et autour, du gravier et des débris épars. Rien ne contraste avec le gris dominant.

Les soignants du SMPR ne sont présents qu'en semaine, de huit heures à dix-huit heures. Les détenus admis dans le service n'ont pour interlocuteurs en dehors de ces horaires que les surveillants de l'AP. L'intervention, en cas d'urgence vitale, est reléguée aux pompiers, qui ne sont évidemment pas à proximité.

Cette visite matérialise pour moi ce qui était auparavant deux évidences théoriques : le caractère délétère de l'environnement de la détention, compte tenu des afférences sensorielles imposées ou carentielles, des carences et distorsions relationnelles et de la privation de la liberté motrice ; mais aussi la limite du SMPR dans son action thérapeutique, enclavée dans ce même environnement, et dont il ne peut se démarquer que très modérément.

2 Un hôpital pour les détenus

Les UHSA ne sont pas les premiers dispositifs de soins psychiques pour patients détenus. Mais elles entrent dans cette recherche d'égalité d'accès aux soins, une dynamique politique bien résumée par Valéry Giscard d'Estaing en 1974 :

“La prison c'est la privation de la liberté d'aller et de venir et rien d'autre”

La France compte aujourd'hui neuf UHSA, construites progressivement à partir de 2010. Depuis l'annonce de leur ouverture, elles font l'objet de vives critiques. Les inquiétudes des acteurs pénitentiaires et sanitaires se portent tantôt sur le partage des missions sécuritaire et sanitaire chez les intervenants, tantôt sur la distinction difficile entre enfermement punitif et enfermement thérapeutique (Contrast, 2015). C'est ainsi l'identité même et la mission des UHSA qui sont interrogées. Nous verrons plus loin que cette double valence est moins génératrice de confusion qu'elle pourrait l'être, en tout cas en ce qui concerne l'établissement dont il est question dans le présent document.

On notera cependant une difficulté particulière dans le positionnement du soignant. Tout professionnel de la santé mentale est confronté régulièrement à des passages à l'acte violents. Un rapport de force est sans cesse susceptible de s'installer entre soignant et soigné. Or, en ce qui concerne la clinique carcérale, ce rapport de force peut être exacerbé par deux aspects de la condition du patient. D'une part, il est en position de faiblesse par rapport au soignant du fait, notamment, de sa privation de liberté. D'autre part, sa légitimité à bénéficier de soins peut être interrogée par le patient lui-même. Et a contrario, ce rapport de force peut être aboli par la tentative de dégagement total des missions éducatives et sécuritaires du soignant. On peut considérer ici qu'aucun de ces deux extrêmes n'est souhaitable. C'est justement l'avis de Judith Couture et Christophe Chaperot (2006) qui soutiennent que le processus thérapeutique dépend d'un judicieux dosage entre une contrainte soignante, apparentée à une fonction paternelle, et une contenance psychique, apparentée à une fonction maternelle.

2.1 L'environnement de l'UHSA

- L'entrée

De l'extérieur on ne voit que des hauts murs en béton. Pour pénétrer dans l'enceinte, vous devez vous annoncer à l'agent de l'AP responsable de l'entrée, si l'équipe ne vous connaît pas encore. Une demande d'autorisation doit avoir été faite auparavant et vous devez présenter votre carte d'identité. Une lourde porte est alors ouverte à distance, comme ce sera le cas pour toutes les autres. Là, vous devez laisser votre téléphone portable dans un casier et vous défaire de votre sac et de tout objet métallique pour les faire passer aux rayons X sur un tapis roulant. Vous-même passez sous un portique détecteur de métaux. Par l'intermédiaire d'un tiroir coulissant, vous échangez alors votre carte d'identité contre une clé numérotée ainsi qu'une Protection Travail Isolé (PTI). Il vous faudra encore passer deux lourdes portes et une grande grille à barreaux pour arriver sur le lieu de soin. À partir de là, l'AP n'est quasiment plus présente physiquement, sauf à de rares occasions. En revanche, elle contrôle, à distance, l'ouverture de chacune des portes qui séparent les différents pôles et unités, et assure la sécurité de tout le bâtiment grâce à un important dispositif de vidéosurveillance.

- L'établissement

L'établissement est composé d'un pôle de soins, d'un pôle administratif, d'un terrain de sport, de deux cours et de trois unités de vingt lits chacune dans lesquelles toutes les chambres sont individuelles. J'attribuerai à chaque unité un numéro arbitraire, de 1 à 3, pour les désigner dans ce document.

La première est une unité de socialisation, les chambres sont ouvertes pendant 6h30 par jour au total avec une ouverture le matin, une l'après-midi et une autre le soir. Une cour de promenade et une salle d'activités sont accessibles lors de ces temps de circulation libre.

Les deux autres sont des unités d'entrée ou de crise. Les femmes et les mineurs y étaient forcément admis jusqu'à cette année 2019 depuis laquelle des femmes peuvent intégrer l'unité 1. Les sorties en cour de promenade sont au nombre de trois par jour, et sont ponctuées d'un passage obligatoire sous un portique de sécurité. Un temps de portes ouvertes est aussi prévu, au cours duquel les patients conservent la clé de leur chambre et

sont autorisés à se déplacer dans leur unité. Les durées des promenades et des portes ouvertes sont très variables en fonction de la clinique des patients, mais elles peuvent aussi être allongées si la météo y est favorable, par exemple.

Chaque unité comporte également un Espace de Soins Psychiatriques Intensifs (ESPI), anciennement appelé « chambre d'isolement ». Il s'agit de chambres équipées d'un sas d'entrée, de mobilier adapté, avec lequel il est impossible de se blesser, isolées phoniquement et visuellement du service. Les patients, dont le comportement se révèle dangereux pour eux-mêmes ou pour leur entourage, peuvent y être admis sous des conditions très strictes et pour une durée limitée.

- Le personnel

L'équipe de chaque unité est composée d'un cadre de santé, d'un ou deux psychiatres référents, d'infirmiers, d'aides-soignants et d'agents de services hospitaliers. L'équipe du pôle de soins, qui intervient de manière transversale sur les trois unités, comporte un médecin généraliste deux psychologues, une art-thérapeute, une psychomotricienne, un éducateur sportif et deux assistantes sociales. L'équipe du pôle administratif, quant à elle, est composée de deux secrétaires.

- L'environnement

L'environnement est plus agréable qu'en détention. La structure est mieux entretenue : les peintures sont claires, il y a des plantes dans les cours de promenade, le calme règne dans les couloirs, les chambres sont individuelles.

Le patient n'est en contact avec l'AP que lors des temps de parler et pour les entrées et sorties de l'établissement. L'AP peut aussi être amenée, ponctuellement, à intervenir en cas d'urgence mettant en jeu la sécurité de soignants ou de patients. En revanche, elle contrôle de nombreuses caméras qui sont disposées dans toute l'enceinte. Ces dernières permettent notamment un contrôle visuel des portes à ouverture électronique.

Comme mentionné plus haut, chaque intervenant se voit confier à l'entrée un PTI. Il s'agit d'un téléphone portable dont la fonction principale est d'alerter le reste de l'équipe en cas de besoin. Il peut être déclenché en cas de chute, de choc ou si l'on appuie à plusieurs

reprises sur une touche. Une alarme sonore s'active alors sur les PTI de tout le service et les équipes accourent vers l'appareil déclencheur, ce qui est permis par le dispositif de géolocalisation installé sur tous les appareils. Durant mon stage, je n'ai assisté qu'à de fausses alertes dues à des erreurs de manipulation.

2.2 Les soins à l'UHSA

Les UHSA ont pour mission de prodiguer des soins psychiatriques, libres ou sous contrainte, de personnes détenues dans les établissements pénitentiaires d'un secteur géographique défini. Les soins doivent respecter une règle d'équité au regard de ceux dont la population générale bénéficie en milieu hospitalier psychiatrique ordinaire.

Le caractère extraordinaire de ces établissements implique de fixer des règles déontologiques particulières. Il est ainsi convenu que les soins ne seraient guidés que par un souci de santé, libre de toute considération sur la situation judiciaire de chacun. De plus, la nécessité du soin doit être déterminée par la souffrance du sujet et non par souci de son comportement : aucun détenu ne sera hospitalisé pour être éloigné de la détention où il se pose en élément perturbateur. Les UHSA s'éloignent ainsi de toute intervention éducative ou punitive.

Dans le projet d'établissement, il est mentionné que les surveillants proposés par l'AP à l'UHSA doivent présenter des qualités et des compétences « particulières ». En effet, aucune formation spécifique n'est requise aux surveillants de l'AP à l'UHSA, mais les affectations sont effectivement motivées par une capacité d'écoute et une certaine sensibilité au soin en général.

2.3 Les patients

Tous les troubles psychiatriques sont potentiellement représentés à l'UHSA. Il est néanmoins utile de préciser que la population carcérale est déjà désavantagée quant à la santé mentale. Une histoire de vie néfaste, un environnement délétère ou un trouble psychiatrique préexistant peut souvent être identifié comme facteur de risque au passage à l'acte délictueux ou criminel qui mène le sujet en prison. La population carcérale peut déjà

être considérée comme à risque sur le plan psychiatrique avant même d'être confrontée à l'environnement carcéral. Et on a vu précédemment comme ce dernier est prompt à la dégradation de la santé, a fortiori de la santé mentale. On peut considérer que, dans certains cas, les patients étaient des individus intrinsèquement fragiles et ont été précipités dans l'expression de symptômes psychiatriques. Ainsi, la plupart des patients rencontrés à l'UHSA ont une histoire de vie chaotique et suscitent l'empathie malgré les passages à l'acte intolérables qui les ont menés en détention.

On s'intéresse au passage à l'acte du patient, celui qui a justifié son incarcération, dans la mesure où il renseigne le soignant sur la pathologie ou les difficultés rencontrées par le sujet. Il peut être considéré également comme un traumatisme et nécessiter une attention particulière dans la recherche de rétablissement. Le travail du psychologue est ici capital.

De plus, la consultation d'une anamnèse dans un dossier médical révèle très souvent des traumatismes en tous genres. La clinique de l'UHSA est peut-être plus encore une clinique du traumatisme qu'une clinique du passage à l'acte.

2.4 La psychomotricité à l'UHSA

- Indications

Les symptômes corporels sont souvent au premier plan des troubles psychiatriques. Qu'il s'agisse d'un manque d'investissement dans la dépression, de bizarreries ou de dissociation dans la psychose ou même d'impulsivité motrice dans les états-limites, le corps est le lieu d'expression de la souffrance du malade. Les indications sont très variables et sont faites par le psychiatre référent de l'unité. Les troubles toniques liés à l'anxiété sont de fréquentes indications en psychomotricité, surtout dans le cas de troubles thymiques. La relaxation est alors une médiation fréquemment utilisée. La perte de contact avec la réalité et la dissociation sont des manifestations psychotiques fréquentes. L'abord psychomoteur, par la concrétude du corps et sa sensorialité, vise à renouer avec la réalité, à reprendre contact avec soi, avec son propre corps et avec l'environnement.

- La salle

Les séances se déroulent toutes en salle de psychomotricité. Celle-ci est assez grande pour qu'on puisse y animer un groupe de danse à neuf participants, soignants et soignés confondus. Un court passage étroit à l'entrée de la pièce permet une séparation d'avec le couloir et assure une certaine intimité, particulièrement utile lors des séances de relaxation. La lumière naturelle y entre assez peu malgré une large fenêtre car celle-ci est en verre dépoli et quadrillée de barreaux. Cependant, l'éclairage de la salle est efficace, chaleureux, et compense efficacement ce manque. Le sol est en parquet de bois clair et il est agréable d'y marcher pieds nus. Le matériel visible immédiatement comporte des fauteuils inclinables, des couvertures, des oreillers et des tapis de sol, des gros ballons dont un assez volumineux pour qu'on puisse tenir en entier dessus, de nombreuses balles à picots qui décorent la fenêtre, ainsi qu'une lampe à potentiomètre sur pied permettant d'ajuster la luminosité. Un grand placard métallique blanc abrite le bureau de la psychomotricienne ainsi qu'un ordinateur équipé d'enceintes.

- Les différents dispositifs

La psychomotricienne propose des séances individuelles et anime aussi différents groupes au fil de la semaine, accueillant en moyenne cinq patients chacun. Toutes les consultations, qu'elles soient individuelles ou groupales, sont hebdomadaires.

- Groupe psychomotricité : axé essentiellement sur des médiations ludiques et motrices. Le groupe est organisé par cycles de quatre séances. À la fin de chaque cycle, l'indication est réinterrogée et éventuellement reconduite.
- Groupe danse : de même, ce groupe est organisé par cycles. À chaque cycle une musique est choisie conjointement et une chorégraphie de deux ou trois minutes est créée par les patients. Des représentations peuvent être organisées en fin de cycle si tous les participants sont d'accord. Les patients sont alors libres d'inviter comme spectateurs les soignants qu'ils souhaitent.

- Groupe relaxation : les séances sont très ritualisées, à inductions verbales. La lumière tamisée et le fond musical soutiennent la voix de la psychomotricienne qui accompagne les patients dans un voyage vers un lieu calme et reposant que ces derniers choisissent en début de séance. La psychomotricienne est souvent interpellée par les patients dans le service pour des demandes d'intégration du groupe. Ils se saisissent très souvent de cette médiation, en perçoivent l'intérêt et en gardent un bon souvenir.
- Groupe femmes : celui-ci a démarré récemment. Les médiations sont choisies en fonction des demandes des participantes. Et celles-ci sont très demandeuses de temps calmes, de massages et de réassurance.

- Ma place de stagiaire

Sur mes jours de présence, sont programmés le groupe femmes et le groupe relaxation, ainsi que plusieurs prises en charge individuelles.

Je participe activement à l'animation du groupe femmes, en m'impliquant corporellement dans toutes les situations proposées par la psychomotricienne. Il est convenu que les circonstances ne sont pas favorables à ce que je mène ce groupe. Par ailleurs, la conduite du groupe relaxation m'est confiée en cours d'année universitaire.

Les prises en charge individuelles me sont confiées, dont celle de M. K, en présence de ma tutrice. Cette dernière reste observatrice, disponible, et participe à la demande du patient ou si la situation s'y prête. Ma relation avec les patients est le plus souvent cordiale, dans un climat de bienveillance réciproque.

Je participe également à la relève hebdomadaire de l'unité 1, en présence de l'équipe soignante, du chef de service, des psychologues, du psychiatre référent, des assistantes sociales, de l'éducateur sportif et de la psychomotricienne. L'évolution de l'état de chaque patient y est analysée en équipe et l'adaptation des prises en charge y est discutée.

- Contraintes de l'AP

La double mission pénale et sanitaire implique de faire des compromis. Ainsi l'AP impose la présence d'au moins un infirmier ou aide-soignant accompagnant la

psychomotricienne pendant les prises en charge groupales. En pratique, avec ma présence et celle d'un éventuel stagiaire infirmier, nous nous retrouvons parfois presque aussi nombreux que les patients, ce qui est d'une pertinence discutable. On peut noter cependant le bienfait de la présence d'un soignant du service en ce qu'elle assure une forme de continuité du soin et participe au regard pluridisciplinaire que se doit d'avoir l'institution sur ses patients et leur clinique.

Pour ce qui est des prises en charge individuelles, la psychomotricienne ne peut me laisser seul avec le patient, pour des raisons de sécurité. Ce qui est utile dans une séance axée sur le jeu, où la psychomotricienne peut intervenir ponctuellement, l'est peut-être moins lorsque la relation duelle est bienvenue : dans la mise en place d'un dispositif de relaxation, par exemple.

ÉTUDE DE CAS

3 Pour se représenter M. K

Il s'agit d'un homme d'origine kosovare, d'environ un mètre soixante-quinze, de trente-six ans aux cheveux noirs et courts et de corpulence moyenne. Son œil droit se remarque tout de suite lorsqu'on croise son regard, légèrement strabique et constamment injecté de sang dans sa partie latérale. Son vocabulaire en français est très limité.

Il présente une attitude en cyphose, les épaules basses et traîne des pieds. L'absence de ballant de bras, l'amimie et l'attitude globalement hypotonique laissent entrevoir immédiatement la dépression dont il est sujet. Mais M. K est présent à la relation et son regard est relativement expressif.

4 Situation familiale

Il est le quatrième enfant d'une fratrie de sept. Deux de ses sœurs vivent actuellement en France, une autre en Suisse, deux autres au Kosovo et un frère vit en Suède. Son père, commerçant de profession, vit au Kosovo avec sa mère. M. K est marié et a trois enfants de huit, douze et dix-huit ans. Ces derniers sont scolarisés en France et sont actuellement placés en foyer. Leur mère est décédée. Nous verrons plus loin dans quelles conditions.

5 Son histoire

M. K a grandi au Kosovo. Il a interrompu son cursus scolaire à huit ans et s'est rapidement investi dans l'affaire familiale en travaillant avec son père. Il a ensuite quitté le foyer familial à quinze ans et s'est marié à dix-sept ans. Il ne s'était pas éloigné pour autant et s'était installé comme commerçant dans la même rue que le reste de sa famille.

Sa famille et lui-même se trouvent persécutés dans leur pays pour plusieurs raisons. D'abord sur le plan ethnique : M. K est d'origine ashkali. Il s'agit d'une minorité ethnique représentant moins d'un pour cent de la population kosovare. Historiquement, c'est un peuple nomade sédentarisé qui, comme la majorité des peuples réputés nomades à travers le monde occidental, est affublé d'une image peu avantageuse au sein de la communauté. Ensuite, sur le plan religieux : M. K est de confession chiite. Une branche minoritaire de l'islam qui est particulièrement peu représentée au Kosovo. Les branches sunnite et chiite sont un motif séculaire de conflits au sujet de la conception de l'islam.

Ces appartenances à des minorités, ethnique et religieuse impliquent chez M. K et sa famille une rigueur particulière dans le respect de leurs traditions. Par exemple, le mariage de M. K a respecté la tradition ashkali, dans une cérémonie très codifiée, notamment sur le plan musical et vestimentaire. Mais nous verrons que d'autres traditions, plus largement propres au pays d'origine de M. K, sont bien moins inoffensives et peuvent avoir des conséquences très graves.

6 Violences vécues au Kosovo

Le Kosovo est historiquement le lieu de nombreux conflits territoriaux, politiques et, comme on l'a entrevu plus haut, religieux et interethniques. Malheureusement, c'est encore le cas actuellement, le territoire kosovar étant toujours revendiqué par des pays environnants. La guerre, qui s'est terminée en 1999, a laissé la place à de puissants groupes mafieux dont le fonctionnement est en partie financé par l'activité de racket. C'est dans ce contexte que la famille de M. K sera persécutée, vulnérable par son activité de commerce. M. K se verra ainsi menacé personnellement à plusieurs reprises avant d'être kidnappé, séquestré pendant une semaine et torturé. Il racontera lors de ses entretiens psychothérapeutiques avoir été notamment attaché à une chaise et battu. Il se plaint aujourd'hui de douleurs lombaires, d'autres à la tête et à l'œil droit, séquellaires à ces tortures. Nous verrons que, bien que difficilement strictement imputable à cet événement traumatique-là, d'autres conséquences sont à déplorer aujourd'hui, notamment sur le plan psychomoteur.

7 Un premier traumatisme

La littérature abonde au sujet du traumatisme psychique. Et depuis Freud, de nombreux travaux ont été menés. Nous allons ici définir deux conceptions principales et radicalement différentes du traumatisme psychique, mais qui vont chacune trouver leur intérêt dans la lecture clinique qui est faite de M. K ainsi que dans le choix du dispositif de soin psychomoteur qui lui sera proposé.

7.1 Conception psychodynamique et travaux d'Anzieu

La conception psychodynamique du traumatisme est bien représentée par un de ces premiers théoriciens, Pierre Janet, repris par Tarquinio et Montel (2014). Pour cet auteur, il s'agit, en ce qui concerne son origine, d'une effraction du psychisme par une stimulation trop importante pour être maîtrisée par ce dernier. Et il en définit la conséquence comme une sorte de parasite psychique, à l'origine de manifestations psychiques et psychomotrices échappant à la conscience et à la volonté du sujet. Plus tard, Freud, repris dans le même ouvrage (Tarquinio & Montel, 2014), définira le concept de pare-excitation, fonction protectrice et couche superficielle du psychisme. Il précise ainsi la fonction psychique dont l'effraction est à l'origine du traumatisme. Ce concept sera repris par Didier Anzieu (1995a), au sein d'un plus large concept, éminemment psychomoteur, qu'il est utile de définir ici afin de mieux aborder l'observation clinique ultérieure de M. K.

- Concept de Moi-peau

Didier Anzieu (1995a) fonde sa conception du Moi-peau notamment sur une première généralité au sujet de l'élaboration de l'appareil psychique : « toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental » (Anzieu, 1995a, p. 119). Il précise également, pour appuyer le postulat d'une proximité fonctionnelle des deux structures, que la peau et le cerveau sont issus de la même structure embryonnaire : l'ectoderme (Anzieu, 1995a, p. 119). Ainsi, le Moi-peau est une instance psychique constituée à partir de l'expérience physique de la peau comme contenant, comme limite entre le dedans et le dehors, et comme interface

entre ces deux espaces. L'auteur en définit les huit fonctions, parallèles aux fonctions de la peau :

- Maintenance : de même que la peau participe au soutien du squelette et des muscles, le Moi-peau tient lieu de maintenance du psychisme. L'intégration de l'appui à la fois psychique et corporel proposé au bébé par son environnement maternel donne lieu à un appui interne garantissant plus tard l'autonomie psychique de l'individu.
- Contenance : de même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau enveloppe l'appareil psychique, il contient les sensations, les images et les affects du sujet.
- Pare-excitation : l'épiderme protège le derme, partie sensible de la peau. De même, le Moi-peau protège l'appareil psychique de l'excès de stimulations, qu'elles soient internes ou externes au sujet.
- Individuation : de même que les caractéristiques de la peau d'un individu donné forment une signature unique, le Moi-peau apporte au sujet le sentiment d'être unique parmi ses semblables. Il marque ainsi les frontières de l'individu, le séparant, le protégeant de ce qui ne lui appartient pas.
- Inter-sensorialité : de même que les organes des sens autres que celui du toucher sont logés dans les cavités formées par la peau, le Moi-peau relie entre elles les sensations provenant de chaque sens pour constituer un « sens commun » qui se réfère systématiquement à celui du toucher, le sens originaire.
- Soutien de l'excitation sexuelle : la peau dans son ensemble est le premier lieu d'investissement du plaisir corporel chez le bébé, situant ainsi les plaisirs de la peau comme référence des plaisirs sexuels chez l'adulte.
- Recharge libidinale : le Moi-peau assure le maintien du niveau de tension nécessaire au fonctionnement de l'appareil psychique et la répartition de cette tension parmi ses différents sous-systèmes.

- Inscription des traces sensorielles tactiles : la peau et les organes sensoriels qu'elle contient informent l'organisme sur l'environnement. Le Moi-peau assure la transmission des informations sensorielles issues de l'environnement mais permet également de garder en mémoire « l'écriture [...] préverbale faite de traces cutanées ».

- Concept de seconde peau musculaire

E. Bick, reprise par Anzieu (1995b), parlait de « première peau », dont Anzieu fait le rapprochement avec le concept de Moi-peau. D'après E. Bick, lorsque cette première peau n'est pas fonctionnelle, du fait d'un défaut de constitution dans la petite enfance ou bien d'une meurtrissure, une « seconde peau musculaire » peut se former alors. Cette seconde peau, tend à remplir les fonctions défailtantes de la première, telle une prothèse substitutive. Le parallèle anatomique de la seconde peau musculaire est le derme, qui pallie la défaillance de l'épiderme dans sa fonction pare-excitante (Anzieu, 1995a, p. 126). À cela, Anzieu ajoute que cette seconde peau musculaire est normalement présente chez le sujet sain, mais qu'elle est « anormalement surdéveloppée lorsqu'elle vient compenser une grave insuffisance du Moi-peau et colmater les failles, fissures et trous de la première peau contenante ». Il précise que peut se trouver là le rôle du sport ou même celui des vêtements. Nous verrons comme cette dernière remarque pourra faire écho dans la clinique de M. K.

- Devenir économique du traumatisme

Après avoir indiqué que « trauma » signifie « percé » en grec ancien, Patrick Clervoy (2016) propose une image métaphorique du stress et du traumatisme psychique pour les définir. Si l'appareil psychique est un ballon, le stress est à la fois une pression exercée sur lui, provoquant une déformation, mais également la résistance du ballon qui s'oppose à la contrainte. Ainsi, le traumatisme désigne d'abord ce qui est à l'origine du trou dans le ballon, puis le trou lui-même. Si l'on poursuit la métaphore, et considérant que le ballon va devoir maintenir sa forme initiale pour conserver ses propriétés, la demande en énergie pour gonfler le ballon sera alors infinie tant que la surface n'aura pas été réparée. Les deux issues possibles semblent être alors la réparation ou l'épuisement des ressources.

7.2 Conception neurobiologique et sensibilisation

La conception neurobiologique du traumatisme passe par la notion de stress comme définie ci-après.

- Le stress

Le stress est une réaction neurobiologique involontaire à une agression physique ou psychique, qui consiste globalement en une activation du Système Nerveux (SN) sympathique, lequel a pour fonction de préparer l'organisme à l'action. On distingue classiquement deux types de stress (Tarquinio & Montel, 2014) :

- L'eustress, ou stress positif, qui permet au sujet de répondre de manière adaptée à la situation d'agression. L'issue est favorable et s'ensuit une meilleure adaptabilité du sujet à de nouvelles situations stressantes.
- Le distress, ou stress négatif, qui survient lorsque que les ressources du sujet sont insuffisantes ou perçues comme telles, induit une réaction inadaptée à la situation et conduit généralement à l'épuisement.

Sur le plan biologique, l'agent stressant induit plus précisément, par la stimulation du SN sympathique, une activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, véritable réaction en chaîne. L'hypothalamus secrète la corticolibérine ou Corticotropin-Releasing Hormone (CRH), activant l'hypophyse qui secrète à son tour l'adrénocorticotrophine ou Adreno CorticoTrophic Hormone (ACTH). Cette dernière provoque la sécrétion par la glande surrénale de corticoïdes. Ce sont ces derniers qui sont responsables de l'adaptation de l'organisme à la situation de stress, par la stimulation des fonctions cardiaque, métabolique et immunitaire (Thonney & Conus, 2010).

Par ailleurs, le stress se traduit cliniquement par l'augmentation du rythme de l'activité cérébrale à l'Électroencéphalogramme (EEG). On observe alors un rythme beta, dont la fréquence des cycles d'activation corticale correspond à un état d'hypervigilance (Baste, 2016). Le stress est aussi observable physiologiquement par la diminution de la Résistance Galvanique de la Peau (RGP), considérée par Larroque (2013) comme un indice pertinent du niveau de stress.

Enfin, Larroque souligne la corrélation entre l'état de stress et la hausse du tonus musculaire, notamment celle du tonus de repos. Or, le tonus de repos empêche la récupération des ressources biologiques et provoque la fatigue progressive de l'organisme (Larroque, 2013).

- La sensibilisation

Si le facteur de stress est trop important, il s'ensuit un phénomène de sensibilisation (Thonney & Conus, 2010). C'est-à-dire que la réponse neurobiologique comme définie précédemment va s'intensifier face à toute exposition à un quelconque agent stressant. Ainsi, toute situation susceptible de provoquer initialement un stress dit positif, va provoquer alors un stress négatif et les conséquences qui en découlent. S'ensuit logiquement un cercle vicieux rendant impossible de réduire l'intensité de réponse à l'agent stressant sans intervention extérieure.

- Maintien du traumatisme psychique

C. Tarquinio et S. Montel (2014) définissent les facteurs de maintien et de rechute du psycho-traumatisme comme comprenant un « environnement peu favorable », avec parmi les exemples, le stress induit par le travail. Les auteurs ne précisent pas la signification de « peu favorable », mais avec l'exemple donné, on peut sans aucun doute considérer que le milieu carcéral en fait partie, comme nous avons pu le voir dans la première partie du document.

8 L'exil

M. K vivra deux grands exils à travers l'Europe avant d'arriver en France. Il décrit un premier départ pendant la guerre, avec sa femme. Ils traverseront successivement la Serbie, l'Albanie, l'Italie et la Suisse pour finalement effectuer une demande d'asile en Allemagne. Celle-ci sera refusée et le couple renvoyé au Kosovo. Ils repartiront quinze ans plus tard, quelques années après l'enlèvement et les tortures décrites précédemment, avec leurs trois enfants nés entre temps. Ils traverseront tous les cinq successivement la Serbie, la Hongrie, l'Autriche, l'Allemagne, la Belgique et arriveront en France en 2016 après un

détour par la Suède. Une fois sur notre territoire, la famille sera hébergée dans deux Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) successifs. Une nouvelle demande d'asile est faite, cette fois-ci en France, dont l'issue sera précisée un peu plus loin.

Aujourd'hui, M. K parle le kosovar, langue proche de l'albanais, mais aussi le turc, le macédonien, l'albanais, le serbe, le hongrois et dans une moindre mesure le suédois, l'anglais et le français. Nous arrivons à nous comprendre en français quand il s'agit de choses simples de la vie quotidienne.

9 Conséquence de l'exil

Dans l'article de François Desplechin (2015), on voit que la question de l'identité est permanente dans la psychopathologie de l'exil. On constate que par culpabilité, par un vécu de trahison à l'encontre du pays d'origine, le sujet peut mettre en échec de manière plus ou moins consciente toute tentative d'intégration dans le pays d'accueil. La réponse favorable à une demande d'asile peut ainsi, contre toute attente et de manière contradictoire, être le déclencheur d'un effondrement thymique grave.

Deux exemples qui montrent la disjonction de la représentation coupable de l'exil d'avec l'état thymique ou même d'avec l'acte.

Au moment du passage à l'acte qui va mener M. K en prison, la demande d'asile en France a déjà été refusée une première fois et le verdict de la procédure d'appel est prévu pour la semaine qui suit. Il s'agit ainsi d'un moment très délicat pour M. K et si l'on se réfère à l'article cité précédemment, on ne sera pas surpris de déplorer la mise en échec de la demande d'accueil.

La littérature abonde en ce qui concerne les pathologies de l'exil, notamment depuis les événements récents qui provoquent d'importants flux migratoires. On pourrait ainsi éclairer la compréhension de la psychopathologie de M. K, sa décompensation survenue en France, son passage à l'acte ainsi que ses problématiques psychomotrices actuelles. Et même si je ne pouvais décemment pas ne rien en dire à propos de M. K, le sujet s'éloigne beaucoup du propos principal de ce mémoire. Il est donc de rigueur de faire des choix.

10 Passage à l'acte

Deux années après leur arrivée en France, M. K et sa famille vivent en CADA. Le couple est alors sujet à des conflits récurrents. M. K reproche à son épouse des relations extraconjugales et s'installe alors un comportement paranoïaque. Un jour, pensant avoir pris son épouse en flagrant délit après avoir aperçu un homme sortir du lieu de vie, M. K provoque une dispute. Il raconte ensuite s'être défendu d'une attaque au couteau de la part de sa femme, avoir perdu le contrôle de la situation et avoir enfin retourné l'arme contre elle, la poignardant à mort.

M. K se rend rapidement à la police et est immédiatement incarcéré, en décembre 2017.

Dans l'année qui suit, plusieurs expertises auront lieu afin de déterminer la responsabilité pénale de M. K. Une première expertise psychologique conclut à une altération du jugement au moment des faits, une expertise psychiatrique conclut ensuite à une abolition. Ce désaccord mène à consulter un collège de trois experts psychiatres qui statueront sur une abolition du jugement. Il est ainsi reconnu que l'état psychique de M. K était alors de l'ordre du délire. Son comportement ultérieur ne fera que corroborer ce postulat, nous allons le voir.

11 Traumatisme et passage à l'acte

Raphaëlle Bigex définit le passage à l'acte comme une réaction différée au traumatisme. Elle identifie le corps comme vecteur du traumatisme, en s'appuyant sur les travaux de Ferenczi (Bigex, 2014). Ce dernier introduisait la notion d'inconscient corporel, instance psychocorporelle dans laquelle sont cachés les affects auxquels la pensée et la représentation n'ont pas accès. Bigex définit trois voies pouvant mener au passage à l'acte :

- Le réveil accidentel du traumatisme : un stimulus quelconque rappelle l'expérience traumatique, ce qui induit chez le sujet une réaction équivalente à celle qui a été provoquée par le traumatisme initial. Les références théoriques de l'article sont issues du champ psychanalytique mais nous pouvons aisément faire un parallèle avec la notion de

sensibilisation présentée précédemment. L'événement traumatique provoque une réponse démesurée aux stimulations ultérieures.

- L'état traumatique chronique : on observe chez les sujets traumatisés un fonctionnement psychique continuellement marqué par une « excitabilité générale ». Soit par défaut de pare-excitation, soit par accumulation de l'excitation provoquée par l'événement traumatique et restée en stase dans le corps. Cette excitation est alors comparée à une bombe à retardement, qui peut exploser à tout moment dans un passage à l'acte violent.
- Un sujet clivé : Ferenczi, repris dans son article par Bigex, parle d'un dédoublement du sujet traumatisé en une partie active et une partie apparemment inactive (Bigex, 2014). L'hypothèse de Bigex, c'est que cette deuxième partie, mise de côté par l'appareil psychique car sinistrée par l'événement traumatique, pourrait ressurgir et fonctionner de manière autonome en précipitant le sujet dans l'acte.

Chacune de ces hypothèses semble plausible au sujet de notre cas clinique. Dans les deux premiers cas, même si l'on ne peut identifier le stimulus qui aurait pu réveiller le traumatisme, on perçoit aisément la démesure de l'acte commis en réponse. De plus, l'hypothèse du défaut de pare-excitation va dans le sens de la conception du traumatisme présentée plus haut, en appui sur les fonctions du moi-peau. Nous verrons plus loin que certaines observations cliniques de M. K illustrent parfaitement cette conception. Enfin, le clivage du sujet tel qu'il est présenté ici semble tout à fait correspondre à ce que M. K rapporte de son vécu lors du passage à l'acte. Il perd le contrôle.

12 Passage à l'acte et traumatisme

Si le passage à l'acte, ici meurtrier, peut trouver son origine dans un traumatisme antérieur, il peut également être à l'origine d'un traumatisme nouveau.

Ainsi, le vécu dissociatif de perte de contrôle dans l'acte meurtrier est plutôt répandu dans la clinique du passage à l'acte. Le corps agit seul, sans possibilité de maîtrise par la

psyché. L'origine de l'événement est perçue comme étant extérieure au sujet, et c'est là que l'acte est potentiellement traumatique pour lui. Le passage à l'acte est ainsi à considérer comme un second traumatisme (Bigex, 2014).

Sur le plan psychomoteur, le vécu dissociatif pourrait amener le sujet à un désinvestissement de son corps, lui attribuant la responsabilité de l'acte.

13 Kanun et prison

La psychopathologie de M. K va se révéler à son entrée en prison. L'environnement carcéral, on l'a noté, a pu en être responsable à plusieurs titres. Mais c'est bien sur une base de réalité que son délire va se construire. C'est une menace réelle qui va être le terreau d'une anxiété qui, elle, n'en sera pas moins pathologique par son ampleur.

13.1 Tradition kosovare

Il est important, pour bien comprendre le vécu de M. K et l'expression de sa psychopathologie, de faire un détour par le Kosovo et ses coutumes.

Le Kanun est un code de droit coutumier, soit un ensemble de lois qui régissent les conduites sociales. Parmi les lois du Kanun, il y a la gjakmarrje (prononcée « djiakmarré »), définissant le principe de dette de sang : un meurtre doit être vengé par la mort d'un homme de la famille du coupable. Ce code date du quinzième siècle mais il est toujours largement en vigueur au Kosovo et conserve une influence notable sur les représentations des habitants concernant les conduites à tenir en société (Mattern, 2004). Et même si un code pénal moderne est actuellement appliqué par le pouvoir judiciaire, le Kanun est toujours très respecté dans les milieux ruraux, traditionnels, et sert de caution aux groupes mafieux dont il a été question précédemment pour justifier certaines activités criminelles. La tradition s'applique donc à la situation de M. K et de sa belle-famille. Cette menace va ainsi être source d'une grande anxiété chez M. K, comme on peut s'y attendre.

13.2 Entrée en prison

M. K est donc incarcéré en maison d'arrêt en décembre et va très rapidement développer un délire paranoïaque. Un premier codétenu en sera d'abord l'objet. Ce dernier sera ainsi accusé par M. K de tentatives d'empoisonnement, via la nourriture mais également les cigarettes, étant mandaté par la famille de sa défunte épouse. Mais M. K ne tardera pas à se méfier d'autres détenus, notamment les minorités visibles, comme les personnes originaires d'Afrique, qu'ils aient la peau noire ou bien qu'ils soient manifestement issus du Maghreb. Pour reprendre ses mots : les « blacks », les « arabes » et les « muslims » (ce qui signifie musulman en anglais). Ainsi la menace s'étend, et M. K pense alors que tous les détenus, tous les agents de l'AP veulent le tuer. Sont rapportées dans son dossier des hallucinations acoustico-verbales. M. K entend des insultes et des menaces de mort dont il est difficile de bien différencier ce qui est du fait de l'hallucination, de ce qui tient à l'interprétation qu'il fait des choses qu'il entend, compte tenu de sa faible compréhension de la langue française. On a vu aussi que l'isolement en cellule a pour effet d'empêcher le sujet d'identifier visuellement une source auditive. Ce qui ne peut qu'alimenter le délire paranoïaque de M. K qui est amené à interpréter le sens de ce qui est dit aux abords de sa fenêtre, mais aussi l'identité de la personne qui le dit, et le lieu d'où c'est dit. C'est dans ce contexte que M. K fait une première tentative de suicide, en détention.

Il est ainsi admis au SMPR en février à la suite de cet événement, sujet à une anxiété et des idées suicidaires majeures et persistantes. Ce qui ne l'empêchera pas de faire une nouvelle tentative de suicide au sein même du service de soin. Nous avons vu précédemment que ce service ne peut assurer un accompagnement continu, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Compte tenu du risque suicidaire qui ne décroît pas, il est donc jugé nécessaire d'adresser M. K à l'UHSA pour une hospitalisation complète.

14 Traumatisme et psychose

J. Thonney et P. Connus (2010) rapportent plusieurs résultats d'études scientifiques. Il apparaît deux éléments nous intéressant particulièrement : d'abord, les auteurs constatent à plusieurs reprises une large prévalence de traumatismes préalables aux troubles psychotiques ; et ils notent par ailleurs une relation « dose-effet », c'est-à-dire que la

symptomatologie psychotique est d'autant plus marquée que le traumatisme a été grave. Ainsi, si le traumatisme n'est pas nécessairement à l'origine du trouble psychotique, cet article, basé sur plusieurs études, suggère qu'il peut bien en être un facteur déterminant.

Les auteurs poursuivent en tentant d'éclairer les enjeux neurobiologiques à l'œuvre dans cette relation entre trauma et psychose.

L'exposition au stress modifie le métabolisme dopaminergique. J. Thonney et P. Connus (2010) avancent que les corticoïdes, par l'intermédiaire d'une enzyme (la tyrosine-hydroxylase), ont une activité stimulatrice sur la production de dopamine, dont l'augmentation du taux dans l'organisme serait à l'origine des symptômes psychotiques.

Ces conclusions suggèrent un possible moyen d'action sur les symptômes psychotiques, par l'intermédiaire d'une diminution des facteurs de stress. Nous verrons plus loin que cette perspective nous intéresse particulièrement, au regard du projet de soin psychomoteur proposé à M. K.

15 Concept de centralité

Henri Grivois, s'est beaucoup intéressé à l'entrée dans la psychose, aux premiers épisodes psychotiques marquant la décompensation. Il présente le concept de « centralité » (Grivois, 2007). Il soutient, partant de ses observations sur des décennies de pratique en service d'urgence psychiatrique, que toutes les primo-décompensations psychotiques sont marquées par le sentiment d'être l'objet de toute l'attention de son environnement. Grivois appelle ce phénomène la centralité. Le sujet entrant en centralité ne tarde pas à tenter de justifier, d'expliquer, de rationaliser ce phénomène qui est par essence irrationnel. C'est ce qu'on appelle communément le délire.

On retrouve bien là le vécu paranoïaque de M. K. Mais Grivois précise également que le délire n'est pas une fatalité dans la centralité. Si le patient est écouté, accompagné, il peut vivre en étant partout l'intérêt de chacun, sans pour autant jamais basculer dans le délire, moyennant l'aide d'un éventuel traitement médicamenteux.

16 Le suicide en prison

M. K décrit trois tentatives de suicide. Une par ingestion d'eau de javel en détention, une autre par pendaison au SMPR, et une troisième, contemporaine des deux autres, dont les conditions sont floues et dont les soignants du SMPR n'ont pas fait état dans le dossier médical.

Une enquête locale est rapportée par Forgeard et al. (2006) dans un article. Les auteurs notent en préambule, en s'appuyant sur des travaux antérieurs, que le taux de suicide est douze fois supérieur en maison d'arrêt que dans la population générale. Les résultats de leur enquête montrent par ailleurs que soixante et onze pour cent des suicides ont lieu lors de la première année d'incarcération, pour la plupart en cellule. Les auteurs s'intéressent également aux facteurs de risque inhérents au milieu de la détention. Ainsi, ils mettent l'accent sur le vécu de solitude et le sentiment d'abandon des sujets suicidaires. Nous voyons ainsi une grave conséquence de ce qui avait été mis en évidence précédemment, à savoir l'isolement social et relationnel dont les détenus font l'objet, notamment en maison d'arrêt, et a fortiori chez un sujet non francophone. Nous avons pu nous donner une idée de ce qu'est l'environnement carcéral en début de document, notamment sur le plan sensoriel. À ce sujet, l'enquête montre une différence notable du taux de suicide dans un même bâtiment, avant et après sa rénovation. Ce qui met en exergue, pour les auteurs, la place importante des conditions de détention dans le vécu d'abandon des détenus.

Toujours selon ce même article, pour l'AP, le suicide d'un détenu est vécu comme un échec, de la même manière qu'il peut être vécu par le sujet comme une ultime prise de contrôle sur lui-même, voire une prise de liberté que la loi lui refuse. Un patient demande ainsi si le corps a le droit de sortir de prison après un suicide, et l'acronyme SMPR est détourné dans un graffiti : « Savoir Mourir Pour Renaître ».

17 Premiers temps à l'UHSA

M. K est ainsi admis à l'UHSA en mars, en unité 3. Dans les premières semaines, il se montre discret, fermé, et méfiant à l'égard des soignants. C'est très progressivement qu'il va prendre confiance dans l'équipe, ce qui permettra plus tard son transfert progressif vers

l'unité 1, permettant plus de contacts entre les patients. Sa méfiance à l'égard des patients n'a que peu évolué à ce moment. Il est donc accompagné dans l'unité 1 par un soignant de l'unité 3, d'abord pendant une heure, puis l'intégrera à plein temps ensuite. La première semaine, M. K s'isole dans sa chambre et se montre méfiant vis-à-vis de tout le monde. Pour lui, chaque personne rencontrée est susceptible d'avoir été mandatée par sa belle-famille pour le tuer. Il sort tout de même progressivement dans la cour, et prend en confiance un patient Turc dont il maîtrise mieux la langue que le français. Il commence alors à investir les espaces thérapeutiques qui lui sont proposés, commence à raconter son histoire aux thérapeutes, il prend confiance dans l'institution. Mais identifie toujours des persécuteurs et des menaces parmi les patients, notamment les personnes d'origine maghrébine et subsaharienne. Le diagnostic de PTSD est posé par son psychiatre référent, au regard de son histoire de vie, associé à un trouble délirant lié aux conditions d'incarcération.

Les plaintes de M. K sont de l'ordre de ruminations anxieuses liées au manque de contact avec ses enfants, d'asthénie et de troubles du sommeil comme des difficultés d'endormissement, des cauchemars, des céphalées. Les traitements médicamenteux prescrits par le psychiatre sont des neuroleptiques et des antidépresseurs. Les traitements pris au moment du suivi psychomoteur seront détaillés plus loin.

18 Le PTSD

Le diagnostic de PostTraumatic Stress Disorder (PTSD) ou état de stress post-traumatique a été posé afin de s'approcher le plus possible d'une entité nosologique référencée. Mais tous les critères diagnostiques exigés par le Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5^e édition (DSM 5) ne sont pas observables dans la clinique de M. K (American Psychiatric Association, 2013).

Dans les critères diagnostiques du PTSD dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), on retrouve pour critère A l'« exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles... ». Ce qui correspond tout à fait à l'histoire du patient en ce qui concerne la menace de mort, lors des tortures qu'il a subies. Le critère B concerne la présence d'un ou plusieurs symptômes envahissants associés à l'événement traumatique. Il s'agirait de souvenirs, de rêves répétitifs, des réactions dissociatives comme des *flashbacks*, ou bien des réactions émotionnelles ou

physiologiques marquées ou prolongées lors de « l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause ». Aucun des éléments de ce second critère ne sont rapportés par le patient et sa clinique. Cependant, il est pertinent de rappeler l'expérience de séquestration dont M. K a fait l'objet, et de mettre l'accent sur la contrainte d'enfermement imposée par la prison mais également par l'institution psychiatrique. On ne peut donc exclure qu'une part de sa symptomatologie actuelle soit liée à ce parallèle entre traumatisme passé et situation actuelle. Le critère C n'est pas non plus observable, et il concerne « l'évitement persistant des stimuli associés » à l'événement traumatique. Mais encore une fois, nous pouvons considérer le fait que l'évitement de la situation d'enfermement en cellule ou en chambre est rendu impossible. Le critère D comprend quant à lui des « croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde », ce qui est le cas de M. K dans une forme plus ou moins délirante lorsqu'il se sent menacé par la majorité des personnes qu'il rencontre en détention, puis par une grande partie des patients de l'UHSA. Le critère E comprend des perturbations du sommeil dont M. K fait effectivement l'objet, le critère G mentionne la souffrance psychique du sujet, qui est indiscutable chez M. K. Le dernier critère stipule qu'aucune substance ou aucune autre affection médicale n'explique les symptômes.

Le diagnostic de PTSD a ainsi été fait par défaut, mais je ne me permettrais pas de le discuter s'il n'était pas nuancé par le psychiatre, lui-même à l'origine du diagnostic. C'est par un présumé PTSD ou trouble apparenté que ce dernier explique la décompensation psychotique de M. K, à l'origine de son passage à l'acte. J'ai préféré, dans la rédaction de ce mémoire, faire référence à un psycho-traumatisme, un traumatisme psychique ou plus simplement traumatisme, dans ses acceptions psychodynamique et neurophysiologique définies précédemment, afin de ne pas me heurter aux critères très stricts et exclusifs du DSM-5.

19 Une première approche en psychomotricité

Dans cette période, je ne suis pas encore présent. Les observations relatées sont issues du dossier médical de M. K, des notes écrites de la psychomotricienne ainsi que du récit qu'elle a pu m'en faire oralement à mon arrivée.

19.1 Indication

À la suite de l'admission de M. K à l'unité 1, le psychiatre prescrit un premier bilan psychomoteur en vue d'un éventuel suivi. L'indication avancée concerne un ralentissement psychomoteur que les traitements médicamenteux n'expliquent qu'en partie, ainsi qu'une clinophilie. Le psychiatre espère également qu'un suivi en psychomotricité participe à apaiser le délire du patient.

19.2 Un premier bilan psychomoteur

Le bilan, effectué par la psychomotricienne du service en juin, met en évidence un défaut de régulation tonique avec hypotonie axiale et hypertonie de la ceinture scapulaire, ainsi qu'un défaut d'organisation gnoso-praxique. À noter que la barrière de la langue a rendu très difficile la transmission des consignes. De plus, M. K est alors très délirant au moment de la passation. Le bilan a donc été en partie adapté, mais de nombreuses épreuves ont été mises à mal par les circonstances. Un suivi individuel, à raison d'une séance par semaine, est proposé pour tenter notamment une restauration de la sécurité interne de M. K.

19.3 Un premier suivi

Pour la première séance, M. K apparaît très anxieux, inaccessible. Il parle en boucle des persécuteurs qu'il identifie dans le service, se dit en danger de mort. Aucune proposition ne semble pouvoir le remettre en lien avec la réalité de la séance.

Pour la deuxième séance, la psychomotricienne propose à M. K de manipuler du sable magique : c'est une substance particulière, qui peut à la fois « couler » comme le ferait du sable sec, en beaucoup plus lent, et avec laquelle on peut également créer des formes comme à la une pâte à modeler. Cette matière, qui ne ressemble à rien d'autre, invite à la manipuler avec les doigts et les mains, et à focaliser son attention sur les sensations découvertes. Elle invite également à la lenteur du geste et au recrutement tonique des mains, jusqu'au bout des doigts, favorisant l'attention sur l'instant présent et les sensations tactiles. L'effet est immédiat, et le changement chez M. K, radical. Son faciès se détend, un sourire

se dessine sur son visage, il se montre plus disponible et la boucle délirante est rompue. La médiation au sable magique est donc reprise lors des séances suivantes. M. K se raconte et se montre de moins en moins anxieux.

C'est dans ce contexte que je débute mon stage. J'intègre la prise en charge de M. K comme observateur actif : je participe de manière discrète à l'activité proposée et je prends part aux échanges lorsque je suis sollicité. Je constate que M. K se confie de plus en plus, il raconte sa vie passée, les plages qu'il a fréquentées dans les pays voisins du sien.

Il prend confiance en nous, et c'est en lien avec la prise en charge pluridisciplinaire dont il fait l'objet, la contenance institutionnelle. Il demande même un suivi psychologique, ce qui est considéré comme une grande avancée dans la prise en charge puisqu'il se montre investi dans le processus de soin. Les entretiens avec la psychologue sont un espace d'expression privilégié pour les patients en psychiatrie, et le fait que M. K s'engage dans ce processus montre bien la confiance qu'il accorde alors à l'équipe.

En séance de psychomotricité, le sable magique semble aider M. K à être présent à la relation, et nous échangeons alors sur ses origines, son pays et sa famille, sur ses goûts, nous échangeons du vocabulaire de notre langue contre des mots de la sienne. Il nous fait écouter de la musique kosovare sur l'ordinateur de la salle, nous montre le film d'un mariage traditionnel ashkali comme s'est déroulé le sien. Nous avons vu que son sentiment d'identité a pu être fragilisé par son expérience d'exil. La fixation qu'il fait sur les origines ethniques ou les appartenances religieuses de ses persécuteurs semblent être une manifestation de cette fragilité, identifiant la différence comme une menace potentielle. Nous supposons que le fait de considérer M. K dans sa différence, de la reconnaître comme une richesse qu'il peut partager avec nous, participe à la restauration de son sentiment d'identité.

Cependant, il ne se passe pas une séance sans que M. K se dévalorise au sujet de ses productions avec le sable.

20 Ma rencontre avec M. K, un bilan

20.1 Ma place de stagiaire

Voyant que ma relation avec M. K était bien engagée, que la confiance semblait s'établir, nous avons convenu, avec mon maître de stage, que la prise en charge de M. K me serait confiée par la suite. Le psychiatre référent y vit l'occasion de proposer un nouveau bilan psychomoteur, six mois après le premier. Ce bilan aurait ainsi la triple fonction de revisiter éventuellement les objectifs du suivi en psychomotricité, de renseigner de psychiatre sur l'évolution clinique du patient et, en ce qui concerne l'espace de soin psychomoteur, de marquer la transition vers une prise en charge supervisée. Comme précisé précédemment, mon statut de stagiaire ne me permet pas de rester seul avec un patient, la présence continue de la psychomotricienne est donc obligatoire en séance. Afin que je puisse m'appropriier au mieux la prise en charge tout en me sentant accompagné, cette dernière s'engage pour la suite à rester discrète mais toutefois disponible en cas de besoin. Elle s'installe à son bureau dans un coin de la pièce, silencieuse, et répond aux sollicitations du patient, le cas échéant.

20.2 Présentation actuelle

La démarche de M. K est frappante par l'hypotonie qu'elle laisse voir. Les pieds traînent bruyamment au sol, la démarche est lente, le dos voûté, les bras pendent le long du corps sans ballant et les mains, paumes vers l'arrière, semblent totalement désinvesties. Ce qui se vérifie par une poignée de main sans tonus. Seule la ceinture scapulaire contraste avec l'attitude générale. Non pas dans le mouvement, car elle est aussi peu mobile que le reste du corps, mais plutôt dans la raideur. Car les trapèzes semblent figés dans la contraction, et ses épaules très hautes. Son visage est figé, également, amimique. M. K est dysarthrique, sa voix de faible volume, ce qui rend la communication encore plus difficile qu'elle ne l'est déjà à cause de la barrière de la langue. Son regard est bien adressé, partagé, et M. K montre une réelle volonté de communiquer, malgré les entraves langagières et toniques. Par ailleurs, il

superpose plusieurs couches de vêtements, parfois cinq ou six, souvent très près du corps, et n'enlève pas ses chaussures en séance.

20.3 Traitements

- Médicamenteux

Au moment du bilan, les traitements chimiques de M. K sont les suivants. À noter qu'aucun changement radical n'aura lieu durant la prise en charge psychomotrice relatée ci-après.

- Neuroleptiques : deux antipsychotiques dits typiques ou conventionnels. Molécules : halopéridol et cyamémazine.
- Un antiparkinsonien, dont le but est de lutter contre les symptômes extrapyramidaux provoqués par les neuroleptiques. Molécule : tropatépine.
- Antidépresseurs : deux antidépresseurs différents, un qui a une importante action sédatrice. Molécules : miansérine et sertraline.
- Un anxiolytique, pour le soir et en traitement « si besoin ». Molécule : diazépam.

- Non médicamenteux

Plusieurs suivis individuels et groupes thérapeutiques ont été proposés à M. K. Mais la temporalité prend une place importante dans l'investissement qu'il en fait. Il lui a été proposé un groupe d'art-thérapie dont il n'aura suivi que deux séances sur neuf, étant encore trop préoccupé par la menace que représentent pour lui les autres patients. Il lui est aussi régulièrement proposé de l'Activité Physique Adaptée (APA) par un éducateur en séances individuelles, dont il mettra environ une année à se saisir, n'ayant alors pas la motivation nécessaire pour accepter de se mettre en mouvement dans ce cadre. Au moment de la passation de bilan, M. K refuse systématiquement de suivre l'éducateur APA en séance. Il

bénéficie depuis peu d'un suivi psychologique individuel et, depuis le début de l'hospitalisation, d'un suivi psychiatrique avec entretiens individuels réguliers.

20.4 Passation du bilan

J'ai donc la charge du bilan psychomoteur de M. K. Il se déroulera en mi-décembre, sur deux séances. Les consignes devront être adaptées du fait des difficultés de compréhension de notre langue par le patient. Ainsi, plusieurs éléments de bilan ont été éludés, et de nombreuses consignes ont été énoncées grâce au langage corporel et à la démonstration. La psychomotricienne, plus habituée à l'accent de M. K, ne se manifestera que pour clarifier les propos de ce dernier que je peine parfois à comprendre. Dans les paragraphes suivants, je laisserai de côté certaines épreuves dont les résultats ne sont pas significatifs, ou dont les observations ne servent en rien le sujet traité ici.

L'interrogatoire met en évidence une absence totale de discours spontané. Les réponses sont parcimonieuses, souvent par oui ou par non. Mais M. K ne présente aucune difficulté en ce qui concerne l'orientation temporo-spatiale. Il sait où il se trouve, la date du jour, et connaît la raison de son incarcération : « meurtre ma femme ». En revanche, lorsqu'il est interrogé sur la raison de son hospitalisation, il désigne avec précision le haut de son « hémicrâne » droit en indiquant « malade tête », suggérant une confusion sur l'origine de ses troubles, en l'occurrence sur une hypothétique origine somatique qu'il semble se représenter. Rappelons que M. K est passé à l'acte sur un mode délirant, et qu'il a ensuite été hospitalisé après plusieurs tentatives de suicide en détention. La conscience de ses troubles n'est à ce moment pas acquise : sans pour autant parler d'anosognosie puisqu'il admet volontiers être malade, on peut parler ici d'une importante confusion.

Les gestes demandés sont globalement effectués avec peu d'amplitude et une lenteur importante. La dissociation est efficace dans l'épreuve des adiadococinésies. De même pour les coordinations larges avec l'épreuve doigt-nez. En revanche, les gestes ne s'automatisent pas et se désorganisent lorsque le geste est accéléré, même modérément. Et l'autocontrôle visuel est nécessaire dans l'épreuve doigt-nez. De plus, pour les coordinations fines, avec un test de Kwint simplifié et effectué sur commande verbale, M. K montre une difficulté à déconstruire les positions entre chaque proposition.

On retrouvera ce phénomène dans l'Évaluation de la Motricité Gnosopraxique distale (EMG). Dans cette même évaluation, au lieu d'orienter les positions de ses mains vers l'interlocuteur, M. K les oriente vers lui-même, s'assurant un contrôle visuel sur l'imitation qu'il est censé faire. On note également quelques confusions entre le pouce et l'index.

L'orientation des positions vers soi dans l'EMG ainsi que la nécessité récurrente du contrôle visuel indiquent une fragilité du schéma corporel chez M. K. Le désinvestissement hypotonique des mains, soupçonné dans l'observation durant les déplacements, est une évidence lors de l'EMG. M. K semble découvrir l'usage de ses mains, lors de cette épreuve.

Son équilibre statique est très précaire et il ne tiendra pas plus de deux secondes en appui unipodal. Déséquilibre qui n'est pas facilité dans les déplacements par l'apparente raideur que l'on peut observer dans la marche, la course et le saut sur place. L'équilibre dynamique n'est ainsi pas beaucoup plus efficace. Ses épaules sont hautes, figées, manifestement très hypertoniques, et le ballant des bras est absent dans la marche. Ce dernier n'apparaît que dans la course, et avec une faible amplitude, alors que le saut est effectué sans aucune souplesse, dans une attitude « monobloc ». Cette hypertonie de la ceinture scapulaire est également mise évidence dans l'examen des paratonies, effectué grâce à des mobilisations passives des membres supérieurs. En revanche le test des poussées, une fois compris grâce à une démonstration sur moi-même, révèle une bonne capacité de recrutement tonique et l'adaptation tonico-posturale est efficace. Ainsi une certaine efficacité de l'adaptation tonique est observable. En revanche, le relâchement total semble impossible.

Sans que cela n'empêche le bon déroulement des épreuves, M. K ponctuera le bilan d'allusions diverses, manifestement délirantes, au sujet de persécuteurs qu'il identifie dans le service parmi les patients, et de la menace qui pèse sur lui d'être assassiné, toujours dans ces mêmes préoccupations ethniques et religieuses. Il précise néanmoins qu'il se sent protégé dans l'unité 1.

En conclusion, M. K présente un trouble de l'équilibre statique et dynamique, aggravé par un important trouble de la régulation tonique qui se traduit par une hypotonie axiale et une hypertonie scapulaire, une grande difficulté à coordonner des gestes larges et un désinvestissement des mains. Cela étant accompagné d'un sentiment d'insécurité manifeste dans le corps en mouvement ainsi que dans le rapport à l'autre. Il est donc proposé

à M. K de poursuivre les séances hebdomadaires. Nous verrons plus loin l'abord thérapeutique envisagé.

20.5 Suite du bilan

Le bilan s'est déroulé dans une apparente bonne humeur, où l'évocation des persécuteurs n'était que ponctuelle, avec pour support ma condition de stagiaire qui permettait de relativiser l'aspect formel de la passation. Le parallèle entre mon stress lié au fait de faire passer mon premier bilan complet et son stress à lui lié au fait d'être évalué, a permis une sorte de connivence entre nous.

Une fois la passation terminée, la psychomotricienne nous rejoint et nous nous asseyons tous les trois. Après un bref retour de chacun sur le déroulement du bilan, la psychomotricienne informe M. K sur les congés qu'elle va prendre dans les jours à venir, afin de planifier la suite du suivi. À l'approche des fêtes de fin d'année, M. K énumère calmement les dates à venir jusqu'à arriver au 24 décembre, et il fond en larmes. « Plus de fête, plus de Noël, plus de papa pour mes enfants ». M. K réalise ainsi qu'il va passer Noël enfermé et surtout, que ses enfants n'auront pas leur père. Il évoque surtout sa fille de sept ans dont il se dit très proche. Il répète qu'aucun avenir n'est envisageable, que plus jamais il ne fêtera Noël avec ses enfants. Et rapidement il vient à parler de suicide : « je veux meurtre moi ». Il nous confie également s'effondrer souvent et beaucoup pleurer dans sa chambre sans pour autant prévenir les équipes. Nous nous tenons proches de lui, la psychomotricienne renforce sa présence par une main sur son épaule, et nous lui assurons que même dans les conditions actuelles, ses enfants auront besoin de lui. Mais le raisonnement n'est pas suffisant pour calmer M. K. Ma tutrice me charge alors d'aller prévenir l'équipe de soin de la situation afin que M. K soit accueilli avec prévenance dans le service : qu'il lui soit proposé un traitement anxiolytique et qu'il ne soit pas laissé immédiatement seul dans sa chambre. Le hasard fait que je croise son psychiatre référent, qui souhaite donc m'accompagner en salle de psychomotricité auprès de M. K. L'entretien est plutôt direct : le psychiatre évalue le risque suicidaire et pose des questions sans détours. « Comment prévoyez-vous de vous tuer ? ». M. K mime la pendaison. Ce geste prend toute son importance et montre la concrétude de la représentation qu'il se fait de l'événement, d'autant plus que M. K a déjà vécu corporellement cet acte de la pendaison.

L'expression de cette crise suicidaire à l'issue du bilan, si elle n'est pas aisée à accueillir du fait de la forte empathie qu'elle suscite, me semble néanmoins être un témoin très positif de la relation de confiance qui s'établit entre M. K et nous. Cette manifestation nous était bien adressée et ça n'aurait certainement pas été le cas si M. K ne s'était pas senti accueilli et en sécurité parmi nous, en salle de psychomotricité.

Cette manifestation occasionnera la mise en place d'une « surveillance du risque suicidaire ». Dispositif préventif qui consiste en plusieurs aménagements dont la double fonction est de limiter au maximum le risque de passage à l'acte suicidaire, mais aussi de rassurer le patient sur son propre potentiel de passage à l'acte. Les aménagements en place sont les suivants : absence de couteau sur le plateau-repas, verre et couverts adaptés ; rasage sous surveillance ; fermeture sous clé du placard de la chambre ; absence de lacets aux chaussures ; et pyjama en papier la nuit (pour éviter le risque de pendaison à l'aide des matières textiles). Ces aménagements sont encore d'actualité aujourd'hui, et ce malgré les tentatives de l'équipe pour alléger le dispositif, M. K se montrant très anxieux à l'idée de s'en défaire.

20.6 La crise suicidaire et son effet sur moi

À ce moment, M. K passe dans sa deuxième année de détention. Nous avons vu précédemment une étude qui montre que la majeure partie des suicides a lieu lors de la première année de détention (Forgeard et al., 2006). Peut-être que cette crise représente une étape symbolique pour aller vers un mieux-être ? En tout cas, c'est ce que l'avenir suggérera, puisque l'état de M. K va beaucoup s'améliorer par la suite.

La manifestation de détresse de M. K ne m'a pas tout de suite ébranlé autant qu'elle pourrait le faire. J'ai été bien sûr immédiatement pris d'une profonde empathie pour ce monsieur, pour ce père. Mais ce n'est qu'en fin de journée, le bilan ayant eu lieu en début de matinée, que j'ai pris conscience de ce qui m'avait été confié alors, que j'ai ressenti le profond désarroi qui avait été exprimé par M. K. En repensant à l'issue du bilan, j'ai été sidéré pendant quelques minutes. Et c'est une constante pour ma part, à l'UHSA : ce n'est qu'en sortant de l'enceinte, après avoir passé les portes sécurisées, la grille, le portique, après avoir remis mon PTI et récupéré ma carte d'identité que je réalise le caractère hors du commun de ce qui s'y passe.

Le fait de côtoyer des meurtriers et autres criminels ne suscite la plupart du temps aucune forme de jugement chez moi. Ce que l'on perçoit d'abord dans le regard des patients c'est invariablement leur humanité et la plupart du temps leur souffrance. D'où la citation d'introduction de ce mémoire.

21 Les mécanismes adaptatifs

Au quotidien, M. K porte de nombreuses couches de vêtements et garde ses chaussures en séance.

Si l'on se réfère au Moi-peau d'Anzieu (Anzieu, 1995a) et sa fonction pare-excitante, ainsi qu'à la conception de Janet (Tarquinio & Montel, 2014) au sujet du traumatisme comme effraction du psychisme, la lecture de ces données semble toute naturelle. Si l'événement traumatique a pu faire effraction chez M. K, on peut émettre l'hypothèse que ses vêtements mettent en évidence une tentative de se protéger d'un environnement vécu comme hostile, en procurant une afférence sensorielle franche et continue sur la surface de son corps. Tout le monde est une menace potentielle en détention pour M. K. Ne serait-ce pas l'expression d'un défaut de pare-excitation du Moi-peau, n'étant plus capable, ou vécu par le sujet comme n'étant plus capable de protéger l'organisme des agressions venues de l'extérieur ?

De plus, j'apprendrai au fil des séances que M. K a été haltérophile, lorsqu'il vivait encore au Kosovo. Il soulevait deux cent quinze kilos, me dit-il. J'ignore si c'est un poids important dans le milieu de l'haltérophilie, mais pour un profane qui ne peut qu'essayer de se représenter une telle masse et la contrainte imposée au corps dans cet exercice, ça semble considérable.

E. Bick, citée par Anzieu (1995b) parlait de seconde peau musculaire, dont la fonction serait comparable à ce qui est dit des vêtements plus haut, palliant une fonction pare-excitante défaillante. Rappelons que M. K a vécu pendant de nombreuses années dans son pays, après les événements de séquestration et de torture, et avant l'exil aboutissant à son arrivée en France. Mais l'interprétation de son activité sportive ne saurait aller plus loin car j'ignore si elle a été investie avant ou après ces événements supposés traumatiques. Ce que j'en sais, c'est que l'activité sportive était quotidienne pour M. K avant son exil.

En revanche, il me semble pertinent ici de faire le rapprochement avec l'hypertonie de la ceinture scapulaire, visible à l'œil nu, que monsieur présente, et qui ne laisse que peu de place au doute quant à la souffrance qu'elle traduit.

22 Premières séances, demandes du patient

Nous commençons donc les séances dans cette nouvelle configuration, dans laquelle j'ai la responsabilité de la prise en charge et où ma tutrice se place en retrait. J'ai quelques idées sur ce vers quoi je voudrais nous diriger. Je voudrais dans un premier temps aider M. K à sortir de cette sorte de torpeur, à délier, articuler ce corps à l'apparence figée, raide. L'idée de la relaxation me traverse également, compte tenu de sa symptomatologie anxieuse, mais j'ignore comment aborder l'un et l'autre de ces axes de travail. Je me laisse donc le temps de la réflexion et je nous laisse par la même occasion un peu plus de temps pour faire connaissance. J'avais alors besoin de mieux connaître M. K avant de lui proposer un projet de soin psychomoteur. Je ne fais donc pas rupture avec ce que proposait ma tutrice, et qui a manifestement une forte valeur thérapeutique. Je propose à M. K de manipuler le sable magique. Au cours des séances, il se plaint beaucoup du bruit que fait un patient agité dans l'unité de l'étage supérieur, traduisant ce défaut de pare-excitation dont il était question plus haut. Il réclame en séance de la musique calme, et le rituel s'installe très vite : la séance ne commence que lorsque la psychomotricienne a mis de la musique de relaxation sur l'ordinateur. Il aimerait avoir ce genre de musique tout le temps dans sa chambre, ce qui est matériellement impossible, malheureusement. Mais nous entendons ça comme une demande qui nous est adressée, une demande explicite d'apaisement.

23 Projet de soin

Mon projet de soin psychomoteur se fonde finalement autant sur l'observation de M. K durant les séances qui ont suivi le bilan que sur les épreuves du bilan lui-même. Partant de son anxiété chronique et de son hypertonie, ainsi que de ce qui m'a semblé être une demande d'apaisement, je fixe un objectif principal, une ligne de mire, celle de la relaxation. Je modère cependant mes attentes à ce sujet car il me semble alors bien difficile de conduire à un état de relaxation un homme qui, d'une part ne parle que modérément ma langue et ne

sera certainement pas bien réceptif à des inductions verbales, et d'autre part a été torturé par le passé et risque donc d'avoir du mal à s'autoriser une position de passivité face à un autre homme. D'autant plus que l'approche sera nécessairement tactile, compte tenu de la barrière de la langue, du moins dans un premier temps. Cette approche nécessite donc une véritable relation de confiance, une alliance thérapeutique. C'est ainsi l'occasion de fixer des objectifs transversaux qui auront également valeur de support pour mieux se rencontrer.

Il me semble évident que le corps de M. K, dans son aspect figé, amimique, hypotonique au niveau segmentaire, demande à être réinvesti également dans la dynamique. D'autant plus que M. K présente un équilibre très précaire. J'imagine ainsi qu'une partie de la prise en charge pourrait s'effectuer dans une dimension ludique. En première partie de séance, cela favoriserait la continuation de notre rencontre mais aussi la détente, qui suivrait ainsi l'effort.

23.1 Le jeu

Le jeu est donc envisagé ici comme un préalable au travail de relaxation, sans pour autant en négliger les bénéfices, ni même en abandonner l'usage une fois le travail de relaxation engagé. Je proposerai à M. K essentiellement des jeux de lancer de toutes sortes, en prenant soin de guider son attention sur le recrutement tonique, la mobilité de la ceinture scapulaire, ainsi que sur les appuis au sol. La conscience des appuis et la mise en mouvement sont investies dans un travail actif de renforcement de l'équilibre.

Le jeu tiendra la place d'une première partie de séance, plus ou moins longue selon les besoins manifestes du patient ainsi que selon sa fatigabilité au jour le jour.

23.2 La relaxation

Les méthodes de relaxations abondent et les applications sont multiples. Mais, qu'elles soient investies dans des soins de bien-être, ou bien dans des traitements somatiques, psychologiques ou psychiatriques, les méthodes de relaxation partagent des mécanismes d'action communs.

Michel Sapir (Sapir, 1995) définit les méthodes de relaxation comme étant « celles qui visent à la décontraction musculaire et à la passivité » (Sapir, 1995, p. 121). Ce à quoi on peut ajouter que, pour Nathalie Baste (2016), tout travail de relaxation, quelle que soit la méthode, recherche une modification de l'état de conscience qui va permettre les modifications neurophysiologiques et physiologiques qui vont s'avérer thérapeutiques. Ces modifications, détaillées par cette auteure (Baste, 2016), sont en grande partie reprises ci-dessous.

- Neurophysiologie

Cet état modifié de conscience va globalement s'opposer aux effets neurophysiologiques du stress. Nous observons de nombreuses modifications physiologiques lors de l'état de relaxation, comme l'augmentation du péristaltisme intestinal, la baisse des rythmes cardiaque et respiratoire, la baisse de la tension artérielle, l'augmentation des sécrétions gastriques et intestinales ou la vasodilatation, qui indiquent une activation du SN parasympathique. Et nous avons vu précédemment que la réaction de stress est justement due à l'activation du SN sympathique. Or, ces deux systèmes étant antagonistes, l'activation de l'un implique l'inhibition de l'autre. Si le SN sympathique a pour effet de préparer l'organisme à l'action, le SN parasympathique, lui, conduit à la restauration des ressources biologiques de l'organisme. L'état de relaxation est donc un moyen de lutter contre la réaction physiologique de stress, contre les conséquences neurophysiologiques du psycho-traumatisme.

En état de relaxation, le rythme de l'activité cérébrale corticale diminue pour passer à un rythme caractéristique, le rythme alpha. Celui-ci est plus lent que le rythme beta de l'hypervigilance, mais plus rapide que le rythme delta du sommeil profond. Ce rythme cérébral correspond à un état de repos, opposé à l'excitation du stress, et corrélé aux conditions physiologiques détaillées ci-après.

- Physiologie

Le tonus musculaire est un très bon indicateur de l'état de relaxation. On observe ainsi un abaissement très net du tonus de repos, objectivable par électromyogramme, et

accompagné d'une diminution de l'excitabilité des motoneurones et des réflexes tendineux (Baste, 2016).

Mais en plus d'abaisser l'activité des muscles squelettiques, la relaxation provoque, comme dit plus haut, une accalmie du rythme cardio-respiratoire et une baisse de la tension artérielle. Ce qui peut ainsi s'observer cliniquement, sans aucun matériel, par la diminution par deux fois de la fréquence respiratoire (Larroque, 2013). Et ce sans risque d'hypoxie, puisque ce phénomène est équilibré par la diminution de la consommation d'oxygène par l'organisme. De plus, le cycle respiratoire s'allonge, les durées d'inspiration et d'expiration tendent à s'égaliser, ce qui est un bon indicateur pour le thérapeute, renseignant sur l'état de relaxation du patient (Baste, 2016). Larroque (2013) montre également une diminution plus rapide du taux sanguin d'acide lactique, plus rapide encore que dans le sommeil, cette substance étant le marqueur sérique de la fatigue musculaire. Il note aussi une augmentation de la RGP en état de relaxation, et ce de manière plus durable que dans les états de sommeil. L'auteur considère cette donnée comme un bon indice de détente, puisqu'elle est inversement proportionnelle au niveau de stress.

- Méthode envisagée

La plupart des méthodes de relaxation sont basées sur des inductions verbales, adjointes ou non à d'autres types d'inductions. La barrière de la langue force donc à adapter la méthode. Nous avons vu qu'il est donc nécessaire de passer par des inductions tactiles. Pour ce faire, je vais m'inspirer de la méthode Bergès. Sans entrer dans le détail de celle-ci, en voici le déroulement global.

Cette méthode de relaxation, à l'origine développée par Jean Bergès (Bergès & Bounes, 1974) pour une application pédiatrique, consiste en une cure d'une durée variable pouvant être ajustée à une année scolaire de neuf à dix mois. Le sujet est allongé au sol et le thérapeute, installé à proximité, propose dans un premier temps des inductions verbales ponctuées de touchers, de nominations, et de mobilisations passives des différentes parties du corps. La cure consiste à expérimenter très progressivement et au fil des séances, la détente de chaque membre, puis des muscles fessiers, du dos et de la nuque, puis de l'ensemble. Ensuite l'attention est portée sur la respiration, puis le visage, les yeux et le front, avec pour chaque étape sauf les deux dernières, une intervention tactile du thérapeute. À chaque début de séance, le sujet est invité à chercher la représentation mentale d'une

image de calme (musique, peinture, souvenir...). Au fil de la cure, les inductions tactiles cessent progressivement pour ne laisser la place qu'à des inductions verbales. Et tout au long de l'expérience, le sujet est invité à repérer lui-même ses états de tension et de détente, c'est d'ailleurs l'objectif des mobilisations passives. Il est donc invité à trouver une certaine autonomie dans sa recherche d'état de relaxation.

Je ne garderai que certains aspects de cette méthode. Premièrement, il n'est pas possible à l'UHSA, sauf dans de rares cas, de déterminer suffisamment à l'avance la date de départ d'un patient pour pouvoir envisager une telle cure. Deuxièmement, les inductions verbales ne sont pas applicables. En tout cas, pas dans un premier temps. Je m'attacherai donc à donner des indications très claires en début de séance pour garder le silence le reste du temps. Je tenterai cependant, au fil du suivi, d'aborder chacune des parties du corps qui sont abordées en relaxation Bergès. L'essentiel de mon intervention consistera donc en des touchers et des mobilisations passives. J'aborderai les bras et les jambes, dans un premier temps. Puis, selon la manière dont cette approche est reçue par M. K, selon l'amélioration de son français, je nommerai les différentes parties des bras et des jambes, et j'aborderai ensuite le dos, la nuque, la respiration, le visage, les yeux et le front.

Les bienfaits thérapeutiques attendus se situent évidemment dans la détente, avec tout ce qu'elle entraîne sur le plan biologique. Mais pas uniquement. Au sujet des mobilisations passives dans la méthode Bergès, on peut reprendre l'expression de Larroque (2013), à propos d'une autre méthode de relaxation, qui parle d'apprendre au patient à « aiguiser son discernement proprioceptif ». Le sujet peut alors situer ses sensations, observer finement son état tonique. C'est un outil de connaissance de soi et de son corps. En ce sens, les nominations accompagnant les touchers procèdent à un repérage topographique qui se trouve être un bon outil d'intégration ou de renforcement du schéma corporel. Or, nous avons vu dans le bilan que cet axe de travail n'est pas à négliger dans la prise en charge de M. K.

La relaxation, c'est donc le choix thérapeutique principal que je fais pour M. K. Mais loin de n'être que l'application protocolaire d'une technique, la thérapie psychomotrice implique un regard global sur le patient, sur sa symptomatologie, son histoire, ses capacités relationnelles, sur les modalités de la rencontre avec le thérapeute.

23.3 Les enveloppes

Je n'envisage pas la restauration des enveloppes ici comme un axe de travail en soi, mais plutôt comme un bénéfice à considérer dans le travail qui est fait, et une lecture des difficultés rencontrées par M. K.

Nous avons vu certains éléments du comportement de M. K qui peuvent évoquer une tentative de pallier un Moi-peau défaillant. Je fais ici référence à la superposition de vêtements, ainsi qu'à son hypertonie de la ceinture scapulaire, dont on a déjà pu faire le rapprochement avec le traumatisme.

L'objectif de la relaxation n'est pas envisagé, dans sa recherche de détente, comme un moyen de restaurer des enveloppes psychocorporelles. Mais plutôt comme un moyen d'assouplir ce qui semble être pour M. K un palliatif inefficace de son défaut d'enveloppe : l'hypertonie. Car, nous l'avons vu, il s'agit plus d'une source d'épuisement que d'une réelle protection.

Cependant, lui sont proposés d'autres palliatifs. Plus efficaces, peut-être, mais surtout plus économiques pour lui. Nous avons vu d'abord l'efficacité de l'enveloppe institutionnelle. Ensuite, on peut considérer la musique et la manière dont il s'en est saisi, comme une recherche d'enveloppe sonore en tant que première figuration du Moi-peau, ce que nous ne manquerons pas, la psychomotricienne et moi-même de réitérer scrupuleusement à chaque séance. Enfin, le toucher proposé à M. K sera en ce sens ferme, étendu et continu, afin de proposer une afférence tactile la plus enveloppante possible.

MISE EN ŒUVRE, ÉVALUATION ET ÉVOLUTION DU PROJET

24 Mise en œuvre du projet

La temporalité du suivi n'est pas évidente à retranscrire. Aussi, je ferai là un bref historique. Après un premier bilan, M. K a débuté un suivi au cours duquel j'ai commencé mon stage. J'ai ensuite été chargé d'effectuer un deuxième bilan, puis d'assurer la prise en charge. Pour une raison pratique, et sans aucune intention de négliger le travail préalable, je numérotai les séances à partir du bilan dont j'ai eu la responsabilité. Les premières séances, j'ai proposé le sable magique. À la quatrième séance, j'ai proposé à M. K de se mobiliser dans des jeux de balle, en première partie, pour ensuite revenir au calme vers le sable magique. La séance se déroulera ensuite toujours en deux temps, avec une première partie dynamique et une autre plus calme. C'est lors de notre sixième séance, voyant qu'une relation de confiance est établie, que j'ai proposé pour la première fois à M. K une position de passivité.

Je propose donc à M. K se s'installer sur le fauteuil dont il a l'habitude, sur lequel il s'installe toujours, l'inhabituel et la surprise ne favorisant évidemment pas la détente. Je lui explique que je vais toucher puis mobiliser ses bras pour qu'il sente s'ils sont tendus ou non, et pour rechercher de la détente, de la souplesse. Il semble bien comprendre qu'il doit rester passif lors des mobilisations. La psychomotricienne tamise la lumière, j'abaisse légèrement le ton et le rythme de ma voix. J'effectue d'abord de mes deux mains de légères pressions sur son bras droit en partant de l'épaule pour me diriger vers la main, des pressions franches, un contact étendu et continu. M. K s'en saisit immédiatement pour me demander d'appuyer plus fort, très fort. Il me demande un « massage extrême », selon ses mots. Mon intention à l'origine était seulement de proposer une afférence sensorielle permettant de porter l'attention sur ses différentes parties du corps, sur leur état de tension et d'en sentir les limites. Mais peut-être que M. K a justement besoin de fortes pressions pour sentir son corps, pour en obtenir une information sensorielle prévisible et identifiable, vectrice de sécurité.

Ceci vient manifestement mettre en évidence l'état de tension et de crispation dans lequel se trouve la ceinture scapulaire, alors privée de toute sensation.

Je cherche donc à évaluer l'intensité de pression recherchée par le patient. Et pour obtenir un acquiescement, il me faudra porter pratiquement tout mon poids sur son épaule. Je prends soin, néanmoins, d'abaisser l'intensité lors du passage au niveau des articulations et de la main. Je procède ensuite à une mobilisation passive du même bras. Le saisissant par le haut du coude et par le poignet, je lui propose, grâce à un léger bercement, de m'en confier le poids. Le relâchement est étonnement efficace. Les mobilisations lentes et de faible amplitude, de l'épaule, du coude et du poignet, se font avec peu de réactions toniques, seulement quelques petites résistances et accompagnements du geste. Ainsi la tension latente nécessite de fortes pressions, mais le relâchement est possible et relativement efficace. Le degré de passivité obtenu ici, est plutôt satisfaisant, compte tenu qu'il s'agit d'une première expérience pour M. K et moi, dans ce contexte. L'abord du bras gauche est aussi révélateur puisque, arrivé à hauteur de la main, monsieur réagit : depuis qu'il a chuté de son lit il y a quelques jours, il décrit une perte de sensibilité au niveau de l'hypothenar, de l'annulaire et de l'auriculaire. Il me demande donc d'insister sur cette zone pour assouvir ce besoin de sensations. Je lui propose donc de masser plus longuement sa main après les mobilisations, en insistant bien sur la zone définie. Il accepte volontiers et demande également de fortes pressions. La séance se termine à la suite du massage de main. M. K se dit très détendu, et nous remercie tous les deux, la psychomotricienne et moi.

Nous entrevoyons ici ce qui sera un modèle de séance-type pour la suite. Chaque séance se déroulera de la même manière. Un premier temps d'échange verbal au cours duquel je demande à M. K de me parler de son état actuel, des événements importants survenus dans la semaine. Ensuite un temps de jeu comme défini précédemment, dont la durée varie selon la fatigabilité de M. K, selon sa demande. Puis un troisième temps de relaxation, dont la forme va évoluer au fil des séances, mais qui se terminera toujours par un massage de main très localisé, après que M. K en aura plusieurs fois réitéré la demande.

24.1 Évolution du jeu au fil des séances

Parallèlement, je propose toujours les mêmes types de jeux en début de séance. Des lancers de balles avec comme cibles des briques en carton à faire tomber. Nous prenons

chacun un nombre de balles prédéfini et avons un certain nombre de briques à atteindre. Nous jouons tous les deux, chacun son tour. Je propose à mon tour différentes manières de lancer, dans différentes postures, avec différentes intensités. Une attention particulière est portée sur l'équilibre et la posture, sur les appuis, afin de favoriser l'ancrage au sol. Dans ce but, des frappes au pied seront également proposées. Mais je remarque que le fait d'aller ramasser les balles et les briques dans la salle suffit à mettre M. K au travail sur la question de l'équilibre, étant au début du suivi très en difficulté. De temps à autres, j'encourage M. K à lancer fort, prétextant à juste titre qu'il m'est agréable de faire tomber bruyamment les briques, avec beaucoup d'énergie. J'introduis ainsi une possibilité d'expression de l'agressivité, une ouverture dont il ne se saisira pas pour l'instant. M. K, très fatigable, voire rapidement essoufflé lors de la première séance après cinq minutes d'activité, se montrera très énergique après quelques séances. Lors de la huitième séance, je note une importante amélioration de l'équilibre et un meilleur ancrage au sol.

Une dimension de défi est introduite sans pour autant y accorder trop d'importance, l'objectif étant de favoriser la mobilité de la ceinture scapulaire, le recrutement tonique axial et l'expérience motrice en général, plus que la recherche de performance. Mais M. K ne manque cependant pas de comparer nos performances et se dévalorise beaucoup vis-à-vis de moi dans les premières séances. Ce n'est qu'à la treizième séance que je ne relèverai aucune dévalorisation. M. K admet même avoir bien réussi quelques lancers et attribue avec humour mes réussites à la chance. Ce même jour, il reconnaîtra également être plus stable dans ses appuis après que je lui eus fait part de mes observations à ce sujet. L'équilibre de M. K s'améliore ainsi au fil des séances jusqu'à pouvoir spontanément rattraper du pied, donc en appui unipodal, une balle passant à un mètre de lui. Ses lancers sont de plus en plus précis, dynamiques, et la ceinture scapulaire de plus en plus mobile.

24.2 Évolution de la méthode de relaxation

Tout en gardant ce modèle de séance, je fais évoluer la méthode dans le but de mener à un état de détente de plus en plus proche de l'état modifié de conscience comme décrit par Baste (2016). Dans un premier temps au fauteuil, je ne propose à M. K que des touchers et mobilisations des bras ainsi que des massages de main. Déjà je note un rythme respiratoire lent et régulier, et une grande amplitude du mouvement de la cage thoracique. Afin de gagner

en liberté de mouvement, pour pouvoir mobiliser aisément les membres inférieurs et pour inviter à plus de passivité, j'invite M. K à s'allonger sur un tapis de sol à la dixième séance, après lui avoir demandé son avis la fois précédente. Les mobilisations passives se font là pratiquement sans entrave, le relâchement tonique est efficace. Mais M. K garde les yeux ouverts et le contrôle volontaire de sa respiration. Quelques séances plus tard, je propose donc à M. K de fermer les yeux, favorisant ainsi le rythme cérébral alpha, et de chercher une image de calme comme préconisé dans la méthode Bergès. Dès lors, la respiration de M. K semble s'automatiser, tendant à égaliser la durée d'inspiration et d'expiration. La progressivité d'introduction des consignes permet de m'assurer qu'elles sont bien comprises et bien investies : je m'assure, avant de proposer le temps de relaxation, que la consigne est bien comprise.

25 L'alliance thérapeutique et sécurité

Selon Bowlby, cité par Jean Cottraux (2016), toute psychothérapie repose sur l'établissement d'une relation thérapeutique positive. Ce qui inclue la thérapie psychomotrice, compte tenu de l'importante composante psychothérapique qu'elle comporte, notamment en psychiatrie. Toujours selon Bowlby, c'est la base de sécurité nécessaire au changement (Cottraux, 2016). Ainsi, toute modification de comportement ou d'état du patient repose sur l'alliance thérapeutique, cette relation de confiance et d'engagement mutuel qui caractérise le lien entre un patient et son thérapeute. Charly Cungi (2016) définit des indicateurs qui permettent d'évaluer avec une relative objectivité l'alliance établie avec un patient : le regard, la mimique faciale, la voix, la posture et la distance interpersonnelle. Mais l'auteur insiste sur les effets qu'ont ces comportements sur le thérapeute, plus importants encore que l'évaluation directe qu'on peut en faire. Pour bien apprécier la qualité de la relation thérapeutique, il est donc nécessaire d'être à l'écoute de ce que le comportement du patient mobilise en nous. Le regard de M. K m'évoque la confiance qu'il me porte, ainsi qu'à la psychomotricienne, toujours garante du soin, ce dont M. K semble avoir conscience. Il s'en remet à nous, me confie son corps dans la relaxation et les mobilisations, est attentif à mes propositions lors des temps de jeu. Il n'est cependant pas difficile d'évaluer la confiance qu'il nous porte, étant donnée la capacité d'expression dont il fait preuve après quelques séances. À plusieurs reprises, il nous remercie et nous félicite tous les deux, moi pour mes « massages », la psychomotricienne pour sa supervision, et nous

qualifie de « cœurs blancs ». Expression qu'il associe à la bienveillance, à la bienfaisance. Sur le plan tonique, il est aisé de remarquer la confiance qu'il me porte, à travers les mobilisations passives. Lors de la douzième séance, voyant que le relâchement tonique est de plus en plus efficient, je propose des mobilisations de grande amplitude et je mets à l'épreuve la détente de M. K. Cette grande amplitude confronte le patient à ses propres résistances et le pousse, si cela lui est possible, à relâcher plus encore. Je n'ai quasiment pas perçu de résistance. Cette expérience montre bien l'efficacité de la méthode sur le plan tonique, ainsi que la sécurité vécue par le patient.

25.1 La possibilité d'être touché

Mais cette alliance était déjà présente bien avant. C'est elle qui, selon moi, a permis à M. K d'exprimer sa détresse à l'issue du bilan. Elle était d'ailleurs déjà bien acquise entre lui et la psychomotricienne avant mon arrivée, et c'est certainement un des facteurs qui ont permis qu'elle s'établisse si vite entre lui et moi, grâce à la confiance que ma tutrice m'accorde et qu'elle exprime devant M. K. C'est à la sixième séance que je viens donc directement à son contact pour le toucher et les mobilisations. Et s'il garde les yeux ouverts et reste attentif à ce qui se passe, il ne semble en aucun cas inquiet ou particulièrement alerte. On pourrait s'attendre à une réaction de méfiance ou même un refus catégorique de se voir proposer une position de passivité face à un homme.

Mais c'est vraisemblablement toute une machinerie de soins qui le permet, ainsi que l'attitude de chacun. D'abord, il y a la contenance institutionnelle. Nous avons vu le temps qu'il a fallu à M. K pour donner sa confiance à l'équipe de soin de l'unité, et c'est grâce à la bienveillance de chacun qu'il peut aujourd'hui se sentir en sécurité dans le service. Ensuite, il y a le respect du rythme de la rencontre. De la part de la psychomotricienne, dans un premier temps, qui lui a permis de se rassembler dans les activités sensorimotrices. Puis de ma part, en lui proposant de débiter notre soin sans rupture d'avec le travail précédent, des activités ludiques par la suite, et de venir enfin au contact après avoir été assuré de ma bienveillance. Et il y a mon attitude à son approche, rassurante, voire maternante, avec l'intention d'émettre une voix douce, d'un volume bas, évitant les rythmes rapides et saccadés.

Pour la suite, une fois le contact établi, la méthode Bergès est une méthode relationnelle. Le toucher du thérapeute est une proposition de relâchement et va s'ensuivre un dialogue tonique. La réponse du sujet n'est pas nécessairement adressée, mais il y a bien là communication tonique car la proposition qui, elle, est bien adressée et « écoutée », va engendrer une réponse, une réaction, qu'elle soit de l'ordre du relâchement tonique ou non. C'est une véritable communication qui est proposée au sujet à travers ces mobilisations, ce qui implique encore une fois le respect de son rythme d'entrée dans la détente.

25.2 De moins en moins de substituts

Si l'on est touché alors qu'on est recouvert de six couches de vêtements qui atténuent les stimulations jusqu'à ne pratiquement pas les percevoir, ce n'est pas comme si on était touché en peau-à-peau. Si je ne me fixe pas comme objectif de mener M. K à se défaire de quelques-unes de ces multiples couches de vêtements, considérant que si c'est une défense, elle est peut-être nécessaire, je prendrai en revanche toute levée de cette défense comme une victoire. Une victoire sur le manque de sécurité interne que M. K manifeste, une victoire sur la difficulté qu'il éprouve à sentir son corps, un bon indicateur de la relation de confiance qui s'établit entre nous et une opportunité pour le travail de relaxation qui passe par le toucher et les mobilisations, nécessitant d'être libre de mouvement et de sentir le contact.

À la quatrième séance, alors que je l'invite à retirer ses chaussures en entrant dans la salle, sans insistance et uniquement par l'exemple, M. K m'imité naturellement. La psychomotricienne m'informe alors qu'il s'agit de la première fois où M. K retire un vêtement en séance. Il enlèvera systématiquement ses chaussures par la suite. Plus tard, à la septième séance, alors que les touchers et mobilisations se mettent progressivement en place, M. K se défait d'une première couche de vêtements en retirant sa veste. Ce que j'entends là comme une marque de la confiance qu'il porte au soin que je lui propose, témoin également de la sécurité interne qu'il acquiert. À partir de cette séance, M. K se présentera toujours avec une tenue vestimentaire adaptée à la température de la pièce.

De la même manière que M. K se déshabille, il se dévoile sur le plan psychique. À la douzième séance, alors qu'il se présente dans le service d'humeur plutôt neutre, il nous manifeste un moral très bas, revient sur les persécutions qu'il a subies en détention, évoque son désir de mourir. Je lui propose tout de même un temps de relaxation. À la seconde où il

s'installe au sol, sa gorge se serre et les larmes coulent. Il nous demande pourquoi il est malade, et nous fait part de son inquiétude vis-à-vis de l'avenir, qui lui semble sans issue heureuse possible, avec notamment la menace du Kanun qui pèse sur lui et sa famille. Ma tutrice me rejoint et nous nous tenons proches de M. K. Elle tente d'expliquer, de rassurer de sa voix douce. Après une quinzaine de minutes, alors que je sentais le sanglot se calmer doucement et que je m'apprêtais à proposer les mobilisations, M. K me devance. Nous terminons la séance ainsi, avec la proximité de ma tutrice et des mobilisations particulièrement douces. M. K repart en nous remerciant chaleureusement, avec le sourire.

Ce qu'il y a de positif à retenir ici, il me semble, c'est que M. K se saisit de l'espace de soin que nous lui proposons comme un lieu d'expression de ses questionnements, de ses inquiétudes, de ses angoisses, sans pour autant s'effondrer par la suite. Après cet événement, M. K a montré ce que l'équipe appelle un « élan vital ». La psychomotricienne a d'ailleurs proposé de le voir pour une deuxième séance dans la semaine, afin de pallier l'absence ponctuelle de la psychologue et pour donner suite à notre dernière rencontre. Il s'est présenté, tonique, redressé et animé, d'après ce que ma tutrice m'a rapporté. Ce que j'ai pu constater lors de notre séance suivante. Ainsi, M. K semble se défaire de certaines défenses, sans pour autant s'en trouver démunis par la suite.

25.3 Besoin d'être surveillé

Certaines défenses sont ainsi abandonnées, mais d'autres persistent. Lors des relèves, un sujet est souvent abordé au sujet de M. K : la surveillance du risque suicidaire. Nous avons vu que des aménagements stricts avaient été mis en place à la suite de sa crise suicidaire d'après bilan. Ces dispositions ont une valeur protectrice pour le patient. Toute modification est du ressort du psychiatre, mais doit être discutée avec le patient afin de s'assurer que ce ne sera pas vécu comme un abandon ou une mise en danger volontaire. Mais M. K se montre toujours très inquiet à chaque fois que la question est abordée avec lui. Comparé au moment de son arrivée à l'UHSA, il se montre ainsi très rassuré au sujet des menaces venant de l'extérieur, au sujet de son vécu de persécution de la part de l'équipe et des autres patients. Il se trouve en revanche très insécure vis-à-vis de lui-même et de ses pulsions suicidaires, et refuse tout relâchement du cadre protecteur qui a été mis en place.

26 **Rendre sujet du soin**

La question de l'exil et de ses conséquences n'a été que très brièvement abordée ici. Mais nous avons pu voir que le sentiment d'identité y est fréquemment bouleversé. Nous avons vu que c'est également le cas pour les personnes détenues. Pour M. K qui a dû quitter son pays d'origine, qui a ensuite été privé d'une part importante de son individualité par les conditions de détention, et a pu ensuite ne pas se sentir auteur de ses propres actes, pour un homme qui a été contraint à plusieurs reprises dans son corps et dans son comportement, il me semble évident qu'il gagnerait à se sentir acteur de sa propre vie, ne serait-ce que dans l'espace de soin que je lui propose.

M. K se montre très confiant. Mais peut-être un peu trop : il a été difficile pour moi d'obtenir des demandes de sa part, ou même un avis critique sur ce que nous faisons en séance. M. K répond souvent par cette phrase lorsque je lui fais une proposition : « fais comme tu voulais, moi y'a pas problème ». Il s'abandonne ainsi dans le soin, ce qui est plutôt confortable pour le thérapeute, qui peut alors entreprendre tout ce qu'il pense nécessaire, sans se soucier d'être interrompu dans ses projets. Mais l'avis sincère et la critique du patient me semblent extrêmement précieux pour adapter la prise en charge au plus près des besoins du patient, d'une part, ainsi que pour équilibrer l'asymétrie des postures de soignant et de soigné. En psychiatrie peut-être plus que dans toute autre clinique, est recherchée l'autonomie du patient. La posture de soignant-savant, opposée à celle du patient-ignorant, n'est en ce sens évidemment pas souhaitable. Tous les objectifs de l'ensemble de l'équipe se rejoignent en cela, et c'est bien l'autonomie du patient qui est recherchée par le psychiatre lorsqu'il tente de relâcher la surveillance suicidaire. C'est aussi ce qui est recherché dans l'accompagnement à la relaxation. La stimulation des circuits neurobiologiques de la détente provoque un cercle vertueux : la relaxation est un entraînement au même titre qu'un sport. Et la pratique qui est proposée en séance vise en partie à permettre au patient de se détendre, de se prémunir des excitations préalablement trop fortes, sans avoir besoin de l'intervention des soignants.

Le fait de proposer à M. K de faire des choix est donc utile à plusieurs titres. Orienter le soin pour être au plus près de ses besoins et favoriser l'autonomie en ne provoquant pas une dépendance aux soins proposés.

Je prends donc bien soin d'insister, toujours avec tact, pour que M. K se prononce à propos des propositions que je lui fais. Je prends bien soin également de valoriser les rares demandes qu'il a pu faire. Ainsi, les deux éléments qu'il a pu amener, à savoir l'intensité des pressions exercées sur les membres et le massage de la main gauche, gardent une place importante dans les séances.

27 Évaluation du projet

L'état général de M. K s'améliore au fil des semaines. Il est de plus en plus animé, de plus en plus souriant, et si ses plaintes somatiques ne semblent pas fléchir, ses ruminations anxieuses et ses interprétations délirantes, elles, régressent au fil des séances. Quelques-unes des dernières séances se sont ainsi déroulées sans qu'il soit question de persécuteurs ou de perception délirante de menace.

Dans la dynamique, M. K présente un recrutement tonique axial efficace, visible dans sa posture redressée et son regard porté vers l'avant. Sa ceinture scapulaire est indiscutablement plus mobile, ses gestes sont souples et efficaces, mettant en évidence une importante progression dans la régulation tonique. L'aisance motrice et la précision des lancers qu'il nous laisse à voir sont corrélées à une encourageante amélioration de son équilibre.

Dans la détente, nous progressons également. Les dernières séances et les observations faites ont montré que la barrière de la langue ne sera en aucun cas une entrave dans la recherche d'un état modifié de conscience, d'une réelle détente, physique et psychique. Et si nous avons pu déterminer de nombreux facteurs qui peuvent expliquer l'amélioration de l'état général de M. K, on peut considérer que l'état de détente obtenu en séance en fait partie, notamment en ce qui concerne la régulation tonique axiale et scapulaire, ainsi que la régression de l'anxiété.

Le recul des interprétations délirantes est évidemment à mettre en lien avec les traitements chimiques proposés et le tâtonnement du psychiatre au sujet de la posologie. Mais il est possible également d'établir un lien de cause à effet avec la proposition de relaxation. Premièrement, il s'agit de porter l'attention du patient sur ses sensations corporelles, soit le premier élément de réalité perceptible par le sujet, une véritable

proposition d'ancrage dans la réalité matérielle et sensorielle. Deuxièmement, la relaxation a pour effet d'apaiser l'excitation du SN sympathique, abaissant celle de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et diminuant alors la production de corticoïdes. Ce qui provoque une régulation de la production de dopamine, dont l'emballement serait à l'origine des symptômes psychotiques (Baste, 2016; Thonney & Conus, 2010). La relaxation, si elle ne suffit probablement pas à endiguer toute une symptomatologie psychotique, contribue certainement à potentialiser l'ensemble des traitements et accompagnements psychosociaux proposés au patient.

Si la baisse de la symptomatologie contribue grandement à l'amélioration de la qualité de vie, elle ne signe évidemment pas la disparition de la maladie. Mais si l'on reprend le concept proposé par Grivois (2007), un sujet peut avoir une qualité de vie tout à fait satisfaisante tout en gardant le sentiment, voire l'intime conviction, d'être au centre de toutes les attentions. Un sujet peut vivre normalement, en centralité, dans la mesure où il a eu le soutien suffisant pour se débarrasser de ses interprétations délirantes.

CONCLUSION

Le respect du rythme propre du patient, l'enveloppe institutionnelle, le climat de confiance mutuelle et la prise en compte de ses demandes sont autant d'éléments qui ont permis à M. K de s'engager dans un processus de relaxation très progressif, certes, mais apparemment efficace pour lutter contre les conséquences des traumatismes subis.

Nous avons défini les bienfaits théoriques de la relaxation et avons pu les mettre en lien avec les améliorations présentées par le patient en séance et dans le service. Des bienfaits neurobiologiques, luttant contre les stress et les symptômes psychotiques consécutifs au traumatisme. Des bienfaits psychocorporels avec une restauration des enveloppes psychiques effractées. Des bienfaits observables dans son comportement, M. K se montrant moins anxieux et moins délirant au quotidien. Et surtout des bienfaits psychomoteurs : son axe corporel et ses mains sont mieux investis et sa ceinture scapulaire plus mobile, dans une meilleure régulation tonique globale et une meilleure coordination des gestes, contribuant ainsi à l'amélioration de son équilibre et favorisant un sentiment de sécurité dans le corps en mouvement.

À moyen terme, si l'état de M. K continue de s'améliorer et si le risque suicidaire est écarté, un retour en détention peut être envisagé en attendant le jugement définitif. Nous avons vu les effets délétères du milieu de la détention, notamment en ce qui concerne d'une part les carences sensorielles et d'autre part les agressions sensorielles à déplorer. Ainsi, la relaxation pourrait avoir été bénéfique en ce sens qu'elle propose d'une part un investissement de la sensorialité, une écoute attentive des sensations corporelles, mais aussi une restauration et un renforcement de la fonction pare-excitante, qui peut constituer un véritable rempart aux multiples agressions de l'environnement.

La persistance et l'importance des idées suicidaires laisse une importante marge de progression dans le suivi et nous laisse entrevoir d'autres axes de travail, ou même simplement un autre regard sur le travail en cours. Ainsi, dans cette idée d'aborder la question du suicide, notre attention se porte naturellement sur l'image du corps de M. K et sur son estime propre. Mais le travail engagé comporte déjà certainement des bénéfices en

ce sens, dans la valorisation et l'investissement du corps qui sont encouragés, dans la qualité relationnelle très soignée, et dans l'attention bienveillante portée à M. K et à son corps.

Nous avons vu ici le suivi d'un seul patient, dans un cadre très particulier, et tenant compte de sa situation unique. Les choix thérapeutiques ne sont ainsi pas généralisables à tout cas de psycho-traumatisme, et les résultats obtenus ne peuvent être les mêmes selon la situation rencontrée, compte tenu de la complexité d'un tel suivi bio-psycho-social.

La rédaction d'un mémoire implique de faire des choix. L'histoire de M. K et les multiples problématiques qu'elle soulève, tend à éclater la pensée. Il a donc été difficile de traiter de manière approfondie un sujet unique tout en reconnaissant l'existence d'autres problématiques et leurs intrications. On peut imaginer des dizaines de manières de traiter le sujet que j'ai choisi, des centaines de manières de rédiger un mémoire sur M. K.

Le devenir de M. K est incertain à ce jour. Les résultats d'expertises psychiatriques incitent l'appareil judiciaire à le libérer pour raison d'irresponsabilité pénale. Ce qui peut mener à différentes issues, après le jugement. M. K pourrait sortir de prison sous conditions, avec éventuellement plusieurs années d'injonction de soins psychiatriques en France. Mais il pourrait aussi être reconduit au Kosovo à sa sortie, avec la condamnation à mort que cela pourrait comporter, compte tenu de la menace liée au Kanun qui pèse sur lui et sa famille. Nous voyons là hélas une des limites de l'accompagnement qui lui est proposé à l'UHSA.

Dans une perspective plus sociale et médico-sociale, il est important de questionner la cohérence du parcours médico-judiciaire de M. K. Dans un contexte de passage à l'acte meurtrier conditionné par un trouble psychiatrique, M. K aura été privé de liberté dans un environnement néfaste qui n'a pu qu'aggraver son état, et dans lequel il saura tenté de mettre fin à ses jours à plusieurs reprises. Je ne remettrai pas en question ici le bien-fondé de l'usage de la répression face à la criminalité. En revanche, je tiens à noter que les institutions pénitentiaires et de santé publique gagneraient toutes deux en efficacité si les premières ne s'encombraient pas de sujets déjà malades, dont la dégradation exponentielle de l'état de santé vient alors compliquer a posteriori les soins psychiatriques qui étaient pourtant déjà nécessaires. Depuis la loi de 1994 relative à la santé des détenus, le droit à la santé est théoriquement le même en prison qu'ailleurs, mais un effort politique est encore nécessaire pour favoriser la prévention et l'accès aux soins psychiques pour les détenus, ainsi que les conditions de détention en général.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®). Washington D.C, US: American Psychiatric Association.
- Anzieu, D. (1995a). Fonctions du moi-peau. In *Le moi-peau* (p. 119-137). Paris, France: Dunod.
- Anzieu, D. (1995b). La seconde peau musculaire. In *Le moi-peau* (p. 219-225). Paris, France: Dunod.
- Baste, N. (2016). *Méthodes de relaxation*. Paris, France: Dunod.
- Bergès, J., & Bounes, M. (1974). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Paris, France: Masson.
- Bigex, R. (2014). Du traumatisme au passage à l'acte. *Recherches en psychanalyse*, 18(2), 142-149. <https://doi.org/10.3917/rep.018.0142>
- Chamond, J., Moreira, V., Decocq, F., & Leroy-Viémon, B. (2014). La dénaturation carcérale. Pour une psychologie et une phénoménologie du corps en prison. *L'information psychiatrique*, 90(8), 673-682. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1252>
- Clavairoly, É., & Bracq-Leca, H. (2010). La demande de soin psychique en maison d'arrêt. *Le Journal des psychologues*, 275(2), 65-68. <https://doi.org/10.3917/jdp.275.0065>
- Clervoy, P. (2016). Le stress et les états pathologiques induits. In *Traumatismes et blessures psychiques* (p. 14-20). Paris, France: Lavoisier.
- Contrast, C. (2015). La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? *Déviance et Société*, 39(4), 429-453.

- Contrôleur général des lieux de privation de liberté. (2010). *Rapport d'activité 2009*. Paris, France: Dalloz.
- Cottraux, J. (2016). Préface. In C. Cungi, *L'alliance thérapeutique* (p. 11-14). Paris, France: Retz.
- Couture, J., & Chaperot, C. (2006). Le cadre soignant dans la clinique du passage à l'acte. *L'information psychiatrique*, 82(2), 127-132.
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8202.0127>
- Cungi, C. (2016). L'observation du patient. In *L'alliance thérapeutique* (p. 93-114). Paris, France: Retz.
- Desplechin, F. (2015). L'identité dans l'exil : entre crainte de l'oubli et fantasme inconscient de trahison. Le travail clinique auprès de demandeurs d'asile. *L'information psychiatrique*, 91(1), 45-52.
- Dolto, F. (1992). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France: Seuil.
- Forgeard, L., Meunier, F., & Lamothe, P. (2006). Suicides à la Maison d'arrêt de Lyon. *Perspectives Psy*, 45(4), 389-397. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2006454389>
- Fovet, T., Thomas, P., & Amad, A. (2015). Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Annales Medico Psychologiques*, 173(8), 726-730.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.033>
- Grivois, H. (2007). *Parler avec les fous*. Paris, France: Les Empêcheurs de penser en rond.
- Hall, E. T., Petita, A., & Choay, F. (2014). *La dimension cachée*. Paris, France: Points.
- Hyst, J.-J., & Cabanel, G.-P. (2000). *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France* (N° 449). Consulté à l'adresse <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44921.html>

- Larroque, M. (2013). Les procédés de relaxation hier et aujourd'hui. *L'information psychiatrique*, 89(9), 751. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8909.0751>
- Mattern, R. (2004). La signification des traditions dans le Kosovo d'aujourd'hui. *Organisation suisse d'aide aux réfugiés*. Consulté 21 avril 2019, à l'adresse <https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/europa/kosovo/kosovo-les-traditions-dans-le-kosovo-daujourd'hui.pdf>
- Moreau, F. (2010). La santé dans les prisons françaises. *Pouvoirs*, 135(4), 69-86.
- Morin, C. (2013). Le schéma corporel. In *Psychanalyse. Schéma corporel, image du corps, image spéculaire* (p. 19-37). Toulouse, France: Érès.
- Nenez, L., & Ouedraogo, V.-H. (2014). *Psychose carcérale : état des lieux : un concept encore d'actualité* (Thèse de médecine). Consulté à l'adresse [https://search-ebscohost-com.docelec.univ-lyon1.fr/login.aspx?direct=true&db=cat06264a&AN=bul.361555&lang=fr&site=eds-live](https://search.ebscohost-com.docelec.univ-lyon1.fr/login.aspx?direct=true&db=cat06264a&AN=bul.361555&lang=fr&site=eds-live)
- Pes, J.-P. (2011). Le corps dans l'apprentissage. In *Développer la conscience corporelle chez l'enfant de 7 à 10 ans* (p. 57-108). Paris, France: Vernazobres-Gregio.
- Racamier, P.-C. (1979). Le moi privé des sens. In *De psychanalyse en psychiatrie* (p. 104-130). Paris, France: Payot.
- Robert-Ouvray, S. (2015). Les conséquences des abus sensoriels précoces. *Site de Suzanne Robert-Ouvray*. Consulté 14 mars 2019, à l'adresse <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/les-consequences-des-abus-sensoriels-precoces/>
- Sapir, M. (1995). Place de la relaxation à induction variable. In *Relaxation: Actualité et innovation* (p. 121-130). Le Bouscat, France: L'Esprit du temps.

Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Paris, France: Dunod.

Thonney, J., & Conus, P. (2010). Trauma et psychose : quelles pistes neurobiologiques ?

L'information psychiatrique, 86(6), 505-511.

<https://doi.org/10.3917/inpsy.8606.0505>

Zarifian, É. (2000). *Les jardiniers de la folie*. Paris, France: Odile Jacob.

Vu par le maître de mémoire, SEYDI Camille, psychomotricienne.

À Lyon, le 1/05/2019

Signature

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Seydi', with a long horizontal stroke extending to the right.

Auteur : Mathéo DEVERT

Titre : Relaxation et psycho-traumatisme : suivi psychomoteur d'un patient-détenu en UHSA

Mots - clés : relaxation – UHSA – psycho-traumatisme – stress – pare-excitation – psychiatrie adulte

Résumé : L'UHSA propose à des détenus en souffrance psychique une hospitalisation psychiatrique complète, dans des locaux éloignés de ceux de la prison. La privation de liberté et les conditions de vie carcérale sont une entrave à l'équilibre psychomoteur, et l'UHSA prodigue ainsi des soins à des sujets dont les troubles ont souvent été potentialisés par leur incarcération. Le corps, comme dans toute clinique psychiatrique, est le lieu d'expression privilégié des troubles psychiques, mais il est aussi une voie d'accès au soin du sujet dans sa globalité.

Est présenté ici le suivi en thérapie psychomotrice d'un patient non francophone ayant déclaré dans un passage à l'acte criminel un trouble délirant consécutif à un psycho-traumatisme. Après avoir abordé la complexité de sa situation bio-psycho-sociale, en y intriquant abords théoriques et lien théorico-cliniques, sera décrite l'adaptation d'une méthode de relaxation qui lui est proposée, pour ensuite analyser les enjeux neurophysiologiques et psychodynamiques de l'ensemble de la prise en charge. Nous terminerons par l'évaluation des résultats obtenus, à travers les signes corporels et l'attitude du patient au quotidien.