Institut de Formation en Psychomotricité
Université Pierre et Marie Curie
Site Pitié Salpêtrière
91, bd de l'hôpital
75013 PARIS

La Marionnette : une médiation possible en psychomotricité

-Le groupe « Corps en Jeux » auprès de sujets psychotiques-

Mémoire présenté par

Camille MEUNIER

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire :

Alexandre CONSTANT

Session juin 2014

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, merci à Madame Anne Gatecel, pour avoir augmenté mes chances d'entrer à l'IFP en m'accordant le statut d'auditeur libre il y a trois ans,

Merci à Alexandre Constant pour avoir supervisé ce travail,

Merci à Caroline Stewart, qui en plus d'avoir su partager sa pratique professionnelle auprès des enfants, s'est montrée disponible pour me soutenir et m'encourager dans l'élaboration de ce travail,

Merci à mon maître de stage pour sa confiance et sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour,

Merci à tous les patients, à qui je témoigne mon respect et mon admiration les plus profonds,

Merci à tous les professionnels rencontrés sur mon chemin, d'avoir su partager leurs connaissances et leurs passions,

Merci à tous mes proches, pour leur soutien sans failles, de près ou de loin,

Merci à mes grands-parents, pour leur amour depuis toujours,

Merci, merci, merci à ma mère, d'être comme elle est, tout simplement,

Et enfin, merci à tous les Ousses & Co, sans qui ces trois années n'auraient pas été si drôles, si intéressantes et si enrichissantes.

Merci à tous

« Pour représenter la vie humaine et tout le ridicule qu'elle contient, l'esprit a inventé le théâtre de marionnette, dont le principal acteur est un fou. »

J. SWIFT

SOMMAIRE

INTRODUCTION 7

CHAPITRE 1 : Contextualisation de mon stage en psychiatrie adulte 9

I- L'hospitalisation en psychiatrie adulte : bref historique 10

II- Présentation de mon lieu de stage : l'hôpital de jour 11

A) Présentation de l'hôpital de jour (HDJ) 11

B) Les missions de l'HDJ 11

C) Le projet de soins et réhabilitation psychosociale 12

D) Les indications 12

E) Le contrat de soin 13

F) La composition de l'équipe 13

G) La psychomotricité 13

H) L'évaluation psychomotrice 14

III- Présentation du groupe « corps en jeu » 14

A) Présentation du cadre 14

1- Condition, fréquence, durée, lieu 14

2- Présentation des patients du groupe et de leurs pathologies 15

B) Projet thérapeutique du groupe 18

1- Objectifs du groupe 18

2- Moyens mis en place 19

3- Déroulement du groupe « Corps en Jeux » 19

CHAPITRE 2 : Observations cliniques 20

PARTIE 1 : De la création de la marionnette … 21

I- Le dispositif de la partie création 21

A) Le cadre spatio-temporel 21

B) La technique de fabrication 22

C) Les consignes 22

II- Histoire de deux patients : Jeanne et Régis 22

A) Jeanne 22

1- Anamnèse 22

2- Compte rendu du bilan psychomoteur 23

3- Conclusion et projet thérapeutique en psychomotricité 24

4- Evolution au cours de la première partie de la session marionnette 25

B) Régis 27

1- Anamnèse 27
2- Compte rendu du bilan psychomoteur 28
3- Conclusion et projet thérapeutique en psychomotricité 29
4- Evolution au cours de la première partie de la session marionnette 29
III- Conclusion et perspective de discussion théorico-clinique 32
PARTIE 2 : ….à la mise en scène de la marionnette 34
I- Le dispositif du théâtre de la marionnette 34
A) Le cadre spatio-temporel 34
B) Les consignes 35
C) Une première séance particulière : la présentation des marionnettes 35
II- Quand Jeanne et Régis deviennent marionnettistes… 36
A) Jeanne 36
1- Présentation de sa marionnette : *Nina* 36
2- Les différences et les points communs 37
3- Evolution dans le jeu 37
B) Régis 39
1- Présentation de sa marionnette : *Daniel* 39
2- Les différences et les points communs 40
3- Evolution dans le jeu 40
III- Conclusion et perspective de discussion théorico-clinique 42
CHAPITRE 3 : Discussion théorico-clinique 43
PARTIE 1 : La mise en place d'un groupe et d'un médiateur…toute une histoire 44
I- Le cadre et le groupe thérapeutique en psychomotricité 44
A) Le Cadre 44
B) Le groupe 46
C) Du groupe « Corps en Jeux » imaginaire au groupe réel 47
II- Présentation de la marionnette 49
A) Petite histoire de la marionnette 49
B) Caractéristiques du théâtre de la marionnette 50
III- La marionnette comme médiation psychomotrice auprès de sujets psychotiques 51
A) La médiation psychomotrice 51
B) Marionnette et symbolisation 52
1- Symbolisation: définition 52
2- Origine de la symbolisation et de ses failles: données psycho-dynamiques 53
3- La marionnette : médium malléable 54

C) Marionnette et Jeu dramatique 55
PARTIE 2 : La marionnette et la (re)structuration psychocorporelle du sujet psychotique 57
I- De la créativité à l'individuation du sujet 57
A) La créativité 57
B) Rencontre avec la matière : la sensori-motricité au profit de la créativité 59
1- L'intelligence sensorimotrice de Piaget 59
2- Acte créateur comme geste renforçateur du Moi 60
C) Quand la marionnette prend forme : d'une fusion à une distanciation 61
1- Emergence d'une enveloppe spatio-temporelle intime autour du créateur et de sa marionnette 61
2- Quand la marionnette tourne le dos à son créateur 62
II- L'image de la marionnette à l'image du corps de son créateur 63
A) Autour du concept de l'image du corps 63
1- L'image inconsciente du corps de F. Dolto 63
2- L'image du corps du sujet psychotique, selon G. Pankow 64
3- La peau dans l'image du corps 65
B) La marionnette et l'enveloppe corporelle des patients : d'un corps morcelé à un corps unifié 66
C) D'une marionnette comme un autre soi à une marionnette comme un autre que soi 68
III- La marionnette : une médiation à corps-voix 71
A) L'expressivité du corps du sujet psychotique entravée 71
B) La marionnette et la mise en jeu du dialogue tonico-émotionnel 72
1- Le regard 73
2- Les postures et les attitudes 74
3- Le geste 76
4- La voix 77
C) La marionnette : un tremplin pour la médiation masque 79
CONCLUSION 80
BIBLIOGRAPHIE 82
ANNEXES 85
ANNEXE 1 : Les épreuves du bilan psychomoteur I
ANNEXE 2 : Les dessins du bonhomme réalisés lors de l'évaluation psychomotrice ... III
ANNEXE 3 : Les cartes d'identité des marionnettes de Jean, Louise, Léon et Acha V

INTRODUCTION

C'est au cours d'un stage, alors que j'étais étudiante en deuxième année d'étude des STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives), dans la filière APAS (Activité Physique Adaptée et Santé), que j'ai rencontré pour la première fois le monde de la psychiatrie adulte. Je me souviendrais toujours de cette première impression du temps qui soudain se fige, s'arrête. Les images des patients hospitalisés à l'hôpital psychiatrique italien San Clemente, immortalisées par le photographe Raymond Depardon, me sont revenues en pleine figure. C'était les mêmes regards, en même temps vide d'expression et plein de détresse ; les mêmes corps immobiles, rigides, et qui disaient malgré tout à quiconque s'approchait de s'éloigner.

Alors qu'un jour les patients s'attelaient à rendre leur carapace encore plus solide sur les machines de musculation, j'ai demandé à mon maître de stage, professeur de sport : « l'activité physique, même adaptée, est-elle vraiment la meilleure solution pour tous ses patients? Ne faudrait-il pas mieux, pour certains d'entre eux, les aider à se sentir exister et à s'exprimer à travers une activité qui lie encore davantage la tête et le corps?» Il m'a alors conseillé d'aller à la rencontre des psychomotriciennes du centre hospitalier. C'est là que j'ai découvert cette profession et la diversité de ses médiations, qui prennent en compte l'individu dans sa globalité: des arts plastiques au toucher thérapeutique, en passant par la musique et la danse… J'ai su à ce moment-là que je m'orienterais après ma licence en formation de psychomotricité, et que je retravaillerais un jour en psychiatrie adulte en tant que (future) psychomotricienne.

Lors du premier entretien, mon maître de stage m'a présenté son groupe « Corps en Jeux » et les médiations qu'il avait l'intention d'utiliser à la rentrée 2013, à savoir la marionnette, le masque et le jeu dramatique. Passionnée de danse, de cirque, de photographie, de théâtre et de musique, ce stage m'offrait la possibilité de lier mes passions pour l'art et mon intérêt pour la psychiatrie adulte. Malgré une certaine crainte, en effet je n'ai jamais été marionnettiste ni comédienne masquée et je m'y connaissais très peu dans ces domaines, j'avais grand espoir d'une réponse positive. L'attente a été longue, très longue. Et puis le psychomotricien m'a recontacté pour que l'on réfléchisse ensemble au déroulement de ce groupe.

Bien qu'ayant déjà travaillé auprès de personnes atteintes de maladie psychiatrique grave, l'effet n'a malgré tout pas été moindre lors des premières semaines. Dans le hall de l'hôpital de jour, tout est silencieux. Les patients ont le regard vide, sont isolés, seuls, immobiles ou alors font les cent pas. Ils sont ou dans des postures d'enroulement ou alors raides et figées : dans les deux cas, leurs corps paraissent fermés à toute relation à l'autre.

Comment le psychomotricien peut-il aider ces personnes à se sentir sujet? Comment peut-il les accompagner sur le chemin des interactions avec autrui jusqu'à une ouverture sur le monde et à la vie ?

La marionnette, en tant que médiation psychomotrice, de par sa création et son théâtre, peut être un moyen pour le sujet psychotique de (ré-) investir son unité psychocorporelle dans la relation à soi et à l'autre.

Dans un premier chapitre, je présente le contexte dans lequel s'est déroulé mon stage, en décrivant la structure et le groupe de psychomotricité « Corps en Jeux ». Dans le second, je relate l'histoire de deux patients, Jeanne et Régis, et leur évolution tout au long de la session marionnette. Enfin, dans le troisième chapitre théorico-clinique, je discute dans une première partie de la mise en place d'un groupe thérapeutique et d'une médiation. Dans une seconde partie, je discute de l'impact de la création et de la mise en scène d'une marionnette sur la structuration psychocorporelle du sujet psychotique, à travers le processus d'individuation, la sollicitation de l'image du corps et enfin l'expressivité mise en jeu.

CHAPITRE 1

Contextualisation de mon stage en psychiatrie adulte

I- L'hospitalisation en psychiatrie adulte : bref historique

La psychiatrie naît de l'abandon de la démonologie à la Renaissance. La maladie mentale, considérée tantôt comme manifestation divine, tantôt comme possession démoniaque, devient une maladie naturelle. Selon H. EY (1954), il y a là un passage de la notion d'« Esprit du mal » à celle de « Maladie de l'esprit ».

La fin du siècle des Lumières est marquée par un profond changement dans l'appréhension de l'aliénation, de son traitement et dans l'organisation des établissements destinés aux malades. En brisant « les chaînes des aliénés », le docteur Pinel bouleverse le regard sur les fous. Il préconise « le traitement moral » du malade.
Au XXème siècle, les asiles s'ouvrent progressivement, surtout à partir de la loi du 30 juin 1938 qui prévoyait des soins aux malades mentaux dans des établissements spécialement destinés à les recevoir. Il s'agissait à la fois d'une loi d'assistance, d'une loi d'autorité et de protection de la société et de la personne.

Cette loi a été modifiée le 27 juin 1990 puis le 5 juillet 2011. Elle concerne les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement et les modalités de prise en charge. Ainsi les appellations d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et d'hospitalisation d'office (HO) sont remplacées par « soins psychiatriques à la demande d'un tiers », « soins psychiatriques en cas de péril imminent » et « soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ».

La circulaire du 15 mars 1960 (confirmée par la loi du 31 décembre 1985) institue le principe de sectorisation. Il s'agit de la répartition des hôpitaux psychiatriques par zones géographiques d'environ 70 000 habitants. Le patient est pris en charge dans le secteur le plus proche de son lieu d'habitation, ce qui vise à maintenir ses habitudes et ses activités afin de ne pas isoler le patient de son réseau social et dans la volonté médicale de réduire sa chronicisation.

La psychiatrie a connu progressivement de nombreux changements dans le traitement moral et biochimique du patient et la prise en considération de la maladie mentale. En Europe, c'est à partir des années 50 que la psychiatrie a connu une véritable évolution.

II- Présentation de mon lieu de stage : l'hôpital de jour

Il m'a semblé indispensable d'être au clair sur le fonctionnement de la structure. En effet, face à l'éclatement et à la souffrance des patients, je crois en l'importance d'une enveloppe institutionnelle (constituée par l'équipe soignante) solide, cohérente, unifiée, afin d'offrir un espace le plus favorable possible à la (re)structuration des patients. V. Defiolles-Peltier dit que pour élaborer un projet de prise en charge, « c'est un travail sur le contenant qui doit s'effectuer à plusieurs niveaux. Ce contenant est d'abord et avant tout institutionnel » (2010, p. 191).

A) Présentation de l'hôpital de jour (HDJ)

L'hôpital de jour parisien dans lequel j'effectue mon stage appartient à un pôle de psychiatrie adulte qui résulte de la fusion de deux secteurs. Il existe différentes unités rattachées à ce pôle :

- Deux centres médicaux Psychologiques (CMP),
- Une unité intra hospitalière,
- Un hôpital de jour dit « Sub aigu » ou « Post cure »,
- Un hôpital de jour « Soin et Réhabilitation »,
- Un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

L'hôpital est ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 17h. Il accueille des adultes, trente au maximum par jour, souffrant de pathologies psychiatriques variées. Les patients ont souvent été auparavant hospitalisés en unité intra hospitalière. Une fois stabilisés, ils sont orientés en fonction de leurs besoins vers l'unité qui leur est adaptée.

B) Les missions de l'HDJ

L'HDJ participe à la continuité de la prise en charge, représentant une modalité de soins particulière au cours d'une phase de la maladie. Le travail de l'HDJ s'articule autour des concepts de soins et de réhabilitation psycho sociale.

L' HDJ est une structure intersectorielle de soins, intégrée dans le dispositif psychiatrique de secteur. Il fonctionne en articulation avec les autres unités des pôles, les Centres Médico Psychologiques restant les pivots de la prise en charge du patient.

L'HDJ dans lequel j'effectue mon stage s'oriente plus particulièrement vers la prise en charge des personnes souffrant de pathologies psychiatriques au long cours, dont la stabilisation symptomatologique permet un travail de réhabilitation. Il reçoit des patients, souffrant d' handicap psychique, pour lesquels un travail d'autonomisation et de resocialisation est nécessaire.

C) Le projet de soins et réhabilitation psychosociale

Il ne s'agit pas de prendre en compte uniquement les manifestations pathologiques présentées par le patient mais d'intervenir également au niveau des répercussions de la maladie mentale sur leur vie sociale, le projet de soins sous tendant le projet de vie.
Pour G. Vidon (1995), « la réhabilitation psychosociale sous-entend le maintien des malades psychiatriques dans la communauté et vise à construire pour eux des systèmes de soutien en dehors des hôpitaux. Elle réalise donc une ouverture sur tout le champ des alternatives à l'hospitalisation sur le mode de suivi extrahospitalier, dépasse le champ étroit de la réadaptation fonctionnelle et implique des interventions dans la communauté. La réhabilitation psychosociale se définit comme les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales. »

Le travail de réhabilitation doit se faire dans un espace de transition ouvert sur le monde extérieur, mais suffisamment protégé pour que la pression sociale s'y trouve réduite. L'HDJ, à partir duquel se travaille la généralisation de nouveaux acquis dans une ouverture sur l'extérieur, devient donc un lieu où les patients pourront vivre des relations significatives avec les autres, un lieu d'expériences nouvelles dans une ambiance protégée.

D) Les indications

Les indications sont posées par le médecin traitant à partir du CMP ou par le médecin hospitalier qui a en charge le patient en cas d'hospitalisation à temps complet. Il s'agit le plus souvent de patients suivis en ambulatoire ou définitivement sortis de l'hôpital, mais il peut s'agir également de patients hospitalisés en service libre ou bénéficiant d'un programme de soins dans le cadre de soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

Ce sont pour la plupart des patients psychotiques chez qui peuvent persister des éléments dissociatifs, ou une activité délirante à bas bruit susceptibles de perturber les

relations avec l'entourage et/ou la vie quotidienne. Les symptômes qui prédominent sont surtout des symptômes négatifs de la psychose : le repli, l'isolement, l'appauvrissement des relations sociales, la rupture ou la distorsion des liens familiaux, la perte des intérêts et des initiatives, la perte d'autonomie, la dépendance aux institutions intra et/ou extra hospitalières.

De même, à côté des symptômes positifs ou négatifs, des déficits cognitifs résiduels observables chez des patients schizophrènes même bien stabilisés (trouble de la mémoire, de l'attention ou des fonctions exécutives, troubles des cognitions sociales) peuvent avoir de graves répercussions sur l'insertion socioprofessionnelle.

E) Le contrat de soin

A l'admission, un contrat de soin (temporaire dans un premier temps, pendant une période dévolue aux évaluations) sera remis au patient précisant les jours de présence et les modalités de prise en charge. Ce contrat sera revu en fonction des évaluations, puis systématiquement chaque année, mais il pourra l'être aussi à tout moment selon l'évolution du patient.

F) La composition de l'équipe

L'équipe est composée d'un psychiatre à temps partiel (TP), un cadre de santé, une psychologue (TP), une orthophoniste (TP), quatre infirmières, trois éducatrices, un ergothérapeute (TP), un psychomotricien (TP), une secrétaire et un agent de service hôtelier.
Pour chaque patient, il existe un binôme infirmier/éducateur référent, « porteur » du projet.

G) La psychomotricité

La diversité des symptômes des pathologies psychiatriques que nous rencontrons à l'HDJ s'inscrit dans le corps. Ainsi, l'angoisse se manifeste de multiples manières à travers des troubles du tonus, de la respiration, de la posture, etc. Si cette angoisse est massive, elle peut avoir des répercussions sur la gestuelle, la temporalité ou l'investissement spatial, amenant par exemple le patient à restreindre ses déplacements, figer sa posture…jusqu'au repli social.

La psychomotricité a donc sa place dans une visée de réhabilitation. En tant que discipline psychocorporelle, notre pratique aide le patient à mieux percevoir son corps, à clarifier ses sensations et à en comprendre la structure et l'organisation. Pour s'ouvrir sur le dehors, il s'agit dans un premier temps de (re)construire et de (re)structurer le dedans.

H) L'évaluation psychomotrice

La démarche de soins en psychomotricité débute par une évaluation sur prescription du médecin de l'HDJ. Cette évaluation s'inscrit dans une observation clinique pluridisciplinaire. Elle permet d'appréhender les possibilités du patient en fonction des différents items psychomoteurs (schéma corporel/image du corps, tonus/émotion, organisation gestuelle et posturale, temporelle et spatiale, manifestations corporelles de la psychopathologie, capacité d'élaboration, de créativité, d'imaginaire, etc.). L'évaluation compte en général une à deux séances avec l'entretien, la passation de tests psychomoteurs (présentés en annexe 1, p. I) et l'observation de l'activité spontanée du patient.

A l'issu du bilan, le psychomotricien définit les objectifs de prise en charge du sujet et élabore un projet thérapeutique en psychomotricité, en lui proposant des séances individuelles ou en groupe.

III- Présentation du groupe « corps en jeu »

A) Présentation du cadre

1- Condition, fréquence, durée, lieu

L'année est divisée en trois sessions (j'y reviendrai plus tard). Les patients ont le choix de quitter le groupe à la fin d'une session. En effet, le cadre a été adapté aux patients pour qui il peut être difficile de s'engager à long terme. Je dirais alors que le groupe est « semi-fermé », car il est fermé tout le long d'une session. C'est à dire que ce sont toujours les mêmes patients qui y participent. Mais le groupe est susceptible de se transformer au cours de l'année si un des participants fait le choix de partir à la fin d'une session.

Le groupe se réunit une fois par semaine, en début d'après-midi. Il est composé de six patients, trois hommes et trois femmes, d'un psychomotricien, et de moi-même. Il se déroule dans la salle exclusivement réservée aux prises en charge en psychomotricité.

Celle-ci est rectangulaire et spacieuse. Cette configuration spatiale permet une multitude de proposition d'expression corporelle, de mouvements, de déplacements. Au fond, une porte donne accès à une salle de consultation médicale qui est inutilisée. Celle-ci deviendra les coulisses des marionnettistes.

2- Présentation des patients du groupe et de leurs pathologies

a- Histoire des patients

Je relate ici brièvement les histoires de vie des patients du groupe. Il m'a été important de les connaître pour mieux cerner leur problématique singulière et adapter leur prise en charge. Elles m'ont été aussi utiles plus tard, pour comparer les différences et les points communs à l'histoire inventée à leur marionnette. Je détaille davantage les histoires de Jeanne et de Régis dans le chapitre 2.

Tous vivent seuls, sont sans profession et viennent à l'HDJ par leur propre moyen.

- Acha est âgée de 21 ans et est née au Cameroun. Sa première hospitalisation date de 2009. Elle est suivie à l' HDJ depuis juillet 2013 et y est présente 4 jours par semaine. Elle est hébergée par une association qui vient en aide aux femmes ayant souffert de maltraitance. En effet, alors qu'elle était âgée de 16 ans et scolarisée en seconde, sa mère l'a confiée à un marabout au Bénin où elle a subi de nombreuses violences corporelles. Des mouvements dissociatifs, des troubles de la mémoire et une dépersonnalisation sont apparus dès son retour en France.

Acha est une femme métisse, grande et de forte corpulence. Elle se maquille beaucoup, en s'appliquant sur le visage beaucoup de fond de teint. Elle change très régulièrement de coiffure : elle se présente avec de longues perruques aux cheveux raides, bouclés, blonds, châtains ou noirs. Elle porte souvent des jupes qui arrivent au-dessus des genoux, et superpose de nombreux pulls, vestes et manteaux, bien qu'il fasse chaud dans les locaux. Elle a très souvent les écouteurs de son walkman dans les oreilles. A l'HDJ, en dehors des activités, elle est toujours seule. Elle ne répond pas, ni ne nous regarde lorsque nous la saluons.

- Louise est âgée de 49 ans et est née à Paris. Elle est placée à la DDASS à l'âge de 8 ans lorsque sa mère décède. Elle est suivie sur le secteur depuis 1985 pour une psychose d'évolution déficitaire. Elle a été admise à l'HDJ en mai 2013, adressée par le médecin suite à une décompensation en 2012 liée à un arrêt de traitement. Elle y est présente cinq jours par semaine. Elle participe au groupe de psychomotricité « Corps et eau ». Elle souffre d'une surdité profonde. Elle est donc appareillée. Elle vit seule dans un appartement.

Louise est une femme de petite taille, légèrement en surpoids. Elle est très joviale et elle sourit souvent. Elle m'accueille lorsque j'arrive à l'HDJ, en me serrant la main et en engageant la conversation.

Elle se présente de façon soignée : elle montre ses chaussures récemment achetées, hésite à enlever son pull parce que son tee-shirt dessous n'est pas très joli à son goût et elle se maquille légèrement. A l'hôpital, en dehors des groupes thérapeutiques, Louise consacre beaucoup de temps à dessiner.

- Jean est âgé de 44 ans et est né à Valence. Il a fait un premier épisode délirant il y a 10 ans alors qu'il vivait en Angleterre. Il a marché pendant 8 mois sur commande d'une voix qui lui imposait de marcher, sans jamais s'arrêter. On parle de voyage pathologique. Il a été plusieurs fois hospitalisé en Angleterre et est admis à l'HDJ à son retour en France en 2011. Il est diagnostiqué schizophrène paranoïde par le médecin. Il y est présent 4 jours par semaine.

Jean est un homme de taille moyenne et légèrement en surpoids. Il a la tête rentrée dans les épaules, le dos concave, donnant à son corps une forme globale parabolique. Il se plaint de douleurs au dos, qu'il explique de par sa posture. Jean paraît être très angoissé : il montre des photos prises sur son téléphone portable de sa porte d'appartement pour vérifier qu'il n'a pas oublié de la fermer, il dit souvent être fatigué car il a des troubles du sommeil et il explique sa posture par son regard toujours dirigé au sol par crainte de croiser les regards des gens. Il vient me serrer la main en soupirant, mais il engage finalement rapidement la conversation avec tous les membres du groupe en souriant.

- Léon est âgé de 60 ans et est né à Paris. Depuis 20 ans, il a été de nombreuses fois hospitalisé. Il souffre de psychose chronique et de dépression. Son dossier est très pauvre en informations. Léon est un homme de petite taille. Il porte des vêtements trop grands pour lui. Alors qu'il a toujours l'air renfrogné en début de session: il parle souvent dans sa barbe, il a les mains dans les poches ou croise les bras, il baisse la tête, il râle parce qu'il ne

veut pas aller au groupe « Corps en Jeux » ni voir sa marionnette, il se montrera finalement bien plus enthousiaste lors de la seconde partie de la session. Il est le premier à se lever lorsqu'il nous voit venir les chercher et à nous serrer la main. Il dira même le dernier jour de la session marionnette, en faisant semblant de s'essuyer les yeux avec un mouchoir: « *Pantalou* (sa marionnette) est triste, c'est bientôt fini ». Léon est prompt à faire de nombreux jeux de mots, notamment en se référant à de grands poètes, faisant preuve d'une culture générale importante.

- Jeanne est âgée de 54 ans et est née à Paris. Elle est régulièrement hospitalisée depuis 20 ans. Elle souffre de psychose chronique. Elle n'a plus aucun contact avec sa famille. Elle intègre l'hôpital de jour en 2011 et y est actuellement présente 4 jours par semaine.

- Régis est âgé de 55 ans et est né à Paris. Il a été hospitalisé d'office en 2008 après avoir programmé son suicide. Il est alors diagnostiqué schizophrène. Il intègre l'hôpital de jour en 2012 et y est présent 5 jours par semaine.

b- Les pathologies

Ils souffrent tous les six de psychose. « Les psychoses sont les maladies psychiatriques les plus graves. Elles se caractérisent par un fait majeur : la perte du contact avec la réalité » (P. ANDRE, 2006, p.75), dont le sujet ne se rend pas compte.

La schizophrénie est une psychose chronique qui conduit à une modification durable et profonde de la personnalité. L'étymologie du mot illustre bien cette dissociation de la personnalité, « schizen » signifiant fendre ou séparer, « phren » signifiant la pensée, l'esprit. La sémiologie schizophrénique comporte deux versants:

- un versant négatif, qui prédomine chez les patients hospitalisés à l'HDJ où je réalise mon stage, correspondant aux troubles de la personnalité parmi lesquels dominent la discordance et la dissociation.

La discordance regroupe l'ambivalence, qui correspond à considérer dans le même temps sous plusieurs aspects divers sentiments, émotions ou pensées, la bizarrerie et l'impénétrabilité qui rendent difficile voire impossible la communication, et le détachement du malade à la réalité qui amène le sujet à se replier sur lui-même. C'est cela qu'on appelle l'autisme.

La dissociation correspond à la désagrégation de la personnalité et de la vie psychique, révélée dans le discours, la sphère intellectuelle, les relations affectives avec autrui et dans le comportement.

- un versant positif qui correspond à la reconstruction délirante du monde extérieur et de soi du schizophrène par le délire paranoïde. Le délire est un ensemble d'idées fausses qui envahit le psychisme et bouleverse profondément et durablement la personnalité. L'adhésion et la conviction du sujet à ses idées est totale. En préférant sa réalité intérieure, ses relations avec le monde extérieur deviennent extrêmement perturbées. Ici, le délire doit être compris comme une tentative de restructuration de l'unité psychocorporelle menacée par l'impression d'éclatement de la conscience de soi. On classe les épisodes délirants selon leur étiologie, leur thème, leur mécanisme et leur mode d'organisation.

B) Projet thérapeutique du groupe

1- Objectifs du groupe

Le groupe « Corps en Jeux » a été créé il y a trois ans par le psychomotricien. Les objectifs de ce groupe sont à la croisée de l'approche psycho-dynamique de la psychomotricité et le projet de réhabilitation de l'HDJ. Ils sont principalement :

- l'investissement ou le réinvestissement d'un corps, parfois vécu comme défaillant, morcelé, douloureux ou encore délaissé au profit de la pensée ou des angoisses. Ceci dans le but de retrouver une cohérence entre corps et psyché, de s'éprouver comme une unité, une globalité psychocorporelle.

- la maîtrise de soi : un travail tonique et sur les émotions peut permettre d'avoir une meilleure conscience de son état émotionnel et de mieux contrôler ses affects.

- la socialisation : travailler sur l'adaptation relationnelle et sociale pour améliorer le rapport du sujet au monde, au travers d'un travail d'expressivité vocale et corporelle.

- l'accès au registre symbolique, c'est-à-dire à la fantaisie, à l'imaginaire, sans s'y perdre, au sein d'un travail de différenciation entre jeu et réalité. Ce travail peut aussi permettre de mettre en jeu des conflits internes, sources de profonde angoisse pour le sujet.

- la renarcissisation : de par un travail sur la confiance en soi, la découverte de potentialités insoupçonnées et l'accès à une cohérence psychocorporelle.

2- Moyens mis en place

La médiation choisie au départ était le jeu de rôle. Mais au vue des difficultés des patients dans la mise en jeu du corps, le psychomotricien a décidé de modifier les modalités du groupe. Ainsi, cette année est divisée en trois sessions, chaque session étant marquée par un changement de support de jeu : dans un premier temps la marionnette, puis le masque et enfin le jeu de rôle sans accessoire. C'est sur la médiation marionnette que porte ma réflexion tout au long de ce mémoire.

Les mêmes thèmes d'improvisation seront abordés dans les trois sessions : la rencontre, la dispute, la séparation, l'entraide, les retrouvailles et la séduction. Si le thème de la rencontre a été imposé au départ par les thérapeutes, les autres thèmes ont été choisis en concertation avec les patients, d'une séance à l'autre. Ces thèmes permettent d'une part l'expression de plusieurs émotions. D'autre part, ils correspondent à des situations de la vie quotidienne, dans la relation à l'autre, qui peuvent être anxiogènes pour les patients. Les mettre en scène dans un espace transitionnel, à travers le jeu, peut les dédramatiser et ainsi diminuer les angoisses qu'elles engendrent.

3- Déroulement du groupe « Corps en Jeux »

La session marionnette se déroule du mois de novembre au mois de février et est elle-même divisée en deux: la première partie (4 séances) consiste à la création, tandis que l'autre (5 séances) est consacrée à la mise en scène de la marionnette à travers le jeu d'improvisation. La session se clôture par le visionnage des vidéos et un long temps de verbalisation.

Une séance est divisée en plusieurs temps, structurés toujours de la même manière. Le psychomotricien et moi allons chercher les patients dans la salle commune. Nous enlevons les chaussures dans le sas avant d'entrer dans la salle de psychomotricité. Nous nous installons ensuite sur les poufs prédisposés en cercle. La séance débute toujours par un temps de parole, où les patients peuvent parler d'un événement particulier de la semaine ou alors reprendre des éléments de la séance précédente, poser des questions, etc. Le psychomotricien précise à chaque fois où nous en sommes dans l'avancée du travail, combien de séances il reste, présente le travail du jour, etc. Puis chacun range son pouf pour libérer l'espace : environ quarante minutes sont consacrées à une pratique corporelle en lien avec les objectifs de la séance et de la session. Trente autres minutes le sont au départ à la création puis au jeu des marionnettes. Un temps de parole conclue la séance.

CHAPITRE 2

Observations cliniques

PARTIE 1 : De la création de la marionnette …

I- Le dispositif de la partie création

A) Le cadre spatio-temporel

La structuration du cadre thérapeutique est déterminante pour établir une relation de confiance entre le patient et le thérapeute, nécessaire à l'expression de soi.
Ce sont les psychomotriciens qui aménagent le cadre et qui sont les garants de sa permanence et de son confort au fil des séances.

La première partie de séance est consacrée à une pratique corporelle dynamique visant une prise de conscience corporelle globale puis centrée sur une partie du corps correspondant à celle de la marionnette à créer. Nous offrons aux patients, à travers de multiples propositions, la possibilité de faire des aller-retour entre conscience de soi et conscience du groupe permettant à chaque individu de se sentir exister, d'être à sa place, et de faire de son corps un lieu habité, dans ce Tout qu'est le groupe. De plus, nous supposons que partir du corps vécu et perçu facilitera la représentation de son propre corps et de celui de la future marionnette.

Après cette première partie, nous installons une grande table avec les matériaux nécessaires à la création du jour. Les matériaux sont proposés par le psychomotricien et moi-même. Ils impliquent un modelage favorisant un contact intime des mains, des doigts avec la matière et la surface de la forme modelée qui est en train de se matérialiser. J'ai aussi construit une marionnette, en commençant légèrement après eux afin de ne pas influencer les patients sujets au mimétisme. Dans le futur, je pourrai ainsi, si besoin, dynamiser le jeu d'improvisation, soutenir des patients en difficulté ou me proposer de jouer s'il n'y a pas de volontaire. Le psychomotricien ne créé pas de personnage car il représente le cadre. De plus, il est ainsi disponible pour filmer l'avancée des créations et le jeu des marionnettes. En effet, j'ai suggéré à mon maître de stage l'idée de filmer la création de la marionnette et les futures scènes. D'une part pour moi, pour pouvoir aiguiser mon regard et par crainte de passer à côté d'éléments importants, mais aussi pour que les patients puissent se voir, se reconnaître et ressentir éventuellement des émotions lors du visionnage des vidéos et les exprimer. Nous leur avons bien expliqué les raisons de la présence de la caméra et ils n'y ont très rapidement plus fait attention.

Les patients rangent ensuite leur travaux, reprennent chacun un pouf qu'ils disposent en cercle, et la séance se conclue sur un temps de verbalisation.

B) La technique de fabrication

La tête de la marionnette est constituée d'une boule de journal scotchée et enveloppée de bandes de plâtre, fixée à un rouleau de papier toilette qui constitue le cou. Une forme ovale, rectangle ou autre, d'environ la taille de la main, coupée dans du carton épais et fixée au cou représente le corps. Les bras sont faits avec du fil de fer, enveloppé de plâtre ou autre. Beaucoup de matières (tissus, plumes, boutons, fil, pâte durcissante, etc.) et de matériel (feutres, peinture, papier, paillettes, gommettes…) sont à la disposition du patient pour créer le visage ainsi que pour habiller et colorer son personnage à sa guise. La marionnette sera manipulée par en dessous soit avec les doigts (index et majeur), soit à l'aide d'un bâton glissé dans le cou, selon la fatigabilité du marionnettiste.

C) Les consignes

Le personnage à créer ne doit être ni soi-même, ni une personne connue (une célébrité ou un membre de sa famille par exemple). Les patients doivent utiliser les matériaux proposés par les psychomotriciens.

II- Histoire de deux patients : Jeanne et Régis

A) Jeanne

1- Anamnèse

Jeanne est âgée de 54 ans et est née à Paris. Elle est la dernière enfant d'une fratrie de dix frères et sœurs, avec qui elle n'a plus aucun contact depuis le décès de sa mère en 1985. Cette dernière était atteinte de cécité et elle était alcoolique. Jeanne n'a jamais connu son père. C'est à l'âge de 16 ans qu'elle va voir pour la première fois une psychologue. En 1995, elle est diagnostiquée psychotique et souffre de façon ponctuelle d'addiction à l'alcool. Elle est depuis très régulièrement hospitalisée.

Jeanne vit seule, dans son appartement, avec son chien. Elle craint de manquer d'argent et que son « animal de compagnie n'en meure de faim », ce qui l'angoisse profondément verbalise-t-elle.

Jeanne est décrite comme une femme très seule, sans aucune activité sociale, souffrant de très fortes angoisses, caractérisées notamment par un hoquet permanent, pouvant parfois l'amener jusqu'au vomissement.

Elle est présente à l'hôpital de jour quatre jours par semaines et participe à des activités (groupe « cuisine », groupe « culture » et ponctuellement au groupe ouvert de psychomotricité « Corps et Eau » et « relaxation »). Les symptômes positifs maintenant stabilisés, ce suivi à l'HDJ a pour objectif de structurer son emploi du temps et d'améliorer sa qualité de vie sociale.

2- Compte rendu du bilan psychomoteur

Jeanne décrit la psychomotricité comme « une thérapie pour mieux être dans sa tête et dans son corps ». Elle n'a pas su nous dire si elle avait déjà participé ou non à des séances de psychomotricité dans ses différents lieux d'hospitalisation précédents. Jeanne paraît angoissée: sa voix tremble et elle a le regard fuyant. Elle dit ressentir des « peurs, surtout quand il faut passer des examens ».

Les épreuves de représentation du corps révèlent une mauvaise intégration du schéma corporel. Ses dessins du bonhomme sont extrêmement pauvres en détails. Dans celui qui la représente, le visage est vide d'éléments et ni les mains ni les pieds ne sont représentés. En revanche elle a dessiné trois jambes. Celui qui représente *une personne qui fait quelque chose*, est de la même façon très pauvre, mais elle a cette fois ci dessiné deux doigts et une tasse à café, qui ne se touchent pas. Elle explique que c'est un ouvrier qui boit un café : « je ne sais pas s'il est heureux, ça ne se voit pas tellement ». Jeanne fait preuve d'un imaginaire très pauvre. A l'épreuve des somatognosies, elle confond quasiment toutes les parties du corps, sur elle et sur autrui. A l'énumération des parties du corps qui touchent le sol en position allongée, elle cite « la tête, les fesses, les pieds, peut-être les épaules…et les mollets ». Il manque les bras et avant-bras, et elle énonce les parties perçues dans le désordre. Au test du Piaget et Head, elle réalise les positions en pièce à pièce, mais échoue à chaque fois. Elle ne connaît pas sa droite et sa gauche. Elle n'a pas accès à la réversibilité et ne la comprend pas malgré les explications et l'accompagnement du psychomotricien.
Elle ne parvient pas à reproduire les structures rythmiques du test du Stamback, malgré la stratégie de comptage qu'elle met en place. L'accès au symbolisme est partiellement

atteint: elle dessine des cercles pour les frappes et laisse un espace pour représenter les silences. En revanche, elle n'est pas capable de symboliser la différence du volume des frappes.

La reproduction de la figure de Rey est complétement ratée. Elle explique que c'est parce qu'elle a besoin d'une règle pour tracer les traits.

En ce qui concerne l'épreuve du partage de l'espace, Jeanne procède au hasard et ne met aucune stratégie en place. Elle ne comprend pas la solution expliquée par le psychomotricien.

Jeanne est incapable de représenter la salle sur papier, ni même la porte sur un plan déjà fait. L'épreuve s'arrête donc là.

Jeanne n'arrive pas à imiter les expressions des émotions avec le visage, mais les reconnaît chez autrui.

L'examen du tonus révèle une hypertonie avec d'importantes paratonies ainsi que des raideurs.

Jeanne précise qu'elle est très seule et n'a pas d'amis, à l'exception de son chien.

3- Conclusion et projet thérapeutique en psychomotricité

Le bilan psychomoteur a mis en avant de très grandes difficultés chez Jeanne, qui se dévalorise beaucoup mais ne se décourage pas pour autant et fait au mieux.

Des troubles cognitifs sont révélés par l'incompréhension de quelques consignes. La représentation du corps est fortement perturbée de par une mauvaise intégration du schéma corporel. Les épreuves révèlent des troubles de l'orientation et de la structuration spatiale. L'imaginaire est pauvre et la symbolisation est délicate. De plus, des difficultés d'expression des émotions sont repérées, ainsi que des difficultés au niveau interactionnel entraînant un repli sur soi. Jeanne semble être angoissée, ce qui se manifeste par un niveau tonique élevé et qu'elle verbalise en expliquant avoir des « peurs ».

L'unité psychocorporelle paraît être mise à mal, de par une mauvaise représentation de soi, visible à travers des troubles du schéma corporel et donc, par hypothèse, de l'image du corps, mais aussi du fait de son incurie.

Le groupe « Corps en Jeux » semble être une bonne indication afin d'améliorer ses relations intra-personnelles, à travers une prise de conscience corporelle, une revalorisation de soi, et ses relations inter-personnelles à travers, entre autres, le jeu et l'expressivité.

4- Evolution au cours de la première partie de la session marionnette

a- Présentation générale

Jeanne est présente à toutes les séances. Alors que quasiment tous les patients se réunissent à l'approche de l'heure du début du groupe, Jeanne reste seule dans la salle télé jusqu'à ce qu'on vienne la chercher. Elle nous dit alors bonjour d'une voix fluette et nous serre la main seulement si on la lui tend, de façon brève et fuyante. Elle nous suit, en restant derrière et en marchant lentement.

Elle est de taille moyenne, d'allure fine, a des cheveux bouclés, pas coiffés et porte souvent des jupes. Ses collants ne sont pas mis avec soin : ils sont troués et plissés. Ses pulls sont souvent bien trop grands pour elle et sont tâchés. Elle dégage une forte odeur, qui peut être parfois très dérangeante. On parle d'incurie. En dehors des prises en charge, Jeanne ne fait rien, reste assise dans la salle télé ou déambule en longeant les murs. Les autres soignants la décrivent comme « une femme transparente »

Dans le vestibule, elle enlève ses ballerines et les range là où il y a de la place. Elle entre alors dans la salle, va poser son manteau et son sac à main dans un coin et attend que les autres se soient assis pour prendre place sur le pouf resté libre. Une fois assise, elle regarde vers le sol et prend très rarement la parole. Il lui arrive de répondre à la question « Qu'avons-nous fait la semaine dernière ? » de façon très juste, mais seulement lorsque aucun autre patient ne peut y répondre. Elle utilise des phrases courtes, entrecoupées de hoquets, sa voix tremble et elle ne regarde pas ses interlocuteurs. En revanche elle regarde les personnes lorsqu'elles s'expriment.

b- Evolution de la création de la marionnette

Jeanne était toujours la dernière à commencer le travail de création du jour et la première à le terminer. Bien qu'elle fût attentive lors des consignes, elle restait souvent immobile lors de la mise en œuvre. Il me fallait l'encourager et la solliciter, et ceci de ma propre initiative car elle n'était pas dans la demande. Elle réalisait les différentes tâches hâtivement et sans soin. Ses mains tremblaient. Dès qu'elle avait terminé, elle regardait l'avancée du travail des autres patients et sa marionnette.

Marionnette de Jeanne : Nina



La boule de papier journal représentant la tête a une forme allongée. Il a fallu lui dire de la scotcher davantage pour qu'elle tienne bien. Les quelques bandes de plâtres qui la recouvrent sont seulement posées. Elle se frotte frénétiquement les mains après chaque contact avec cette matière.

Pour les bras, elle a réussi à percer le rouleau de papier toilette avec le fil de fer, qu'elle a ensuite enveloppé de bandes de plâtre, de façon peu soignée. Aux extrémités, des bouts de fil de fer restent visibles et elle n'a pas pris l'initiative de les couper avec la pince mise à la disposition des patients.

Pour ce qui est du corps, elle a pris du carton sans faire attention au choix de la couleur, mais elle a en revanche pris soin de poser sa main dessus et de dessiner au crayon un rectangle suffisamment grand pour l'encadrer.

Les éléments du visage sont fabriqués, de façon un peu grossière, avec de la pâte durcissante. Les yeux, le nez, la bouche et les oreilles sont présents. Au début de la séance suivante, Jeanne se dirige vers moi, plus tremblante que jamais, tenant dans une de ses mains sa marionnette et dans l'autre, l'œil qui est tombé. Elle me demande : « Comment fait-on ? Est-ce que c'est réparable ? ». Je la rassure et nous le recollons ensemble. Pour les cheveux, elle a seulement pris un tas de fils de couleur marron clair et est venue me voir pour les fixer avec le pistolet à colle.

Le jour de l'habillage, du coloriage et du maquillage de la marionnette, Jeanne s'est montrée particulièrement passive et ce malgré mes encouragements. Elle a seulement pris à la va vite un bout de tissu dans les tons de couleur identiques à son pull du jour et transparent, qu'elle a collé au carton, en faisant attention à son positionnement (base du cou, en dessous des bras). Aucune autre couleur ni aucun accessoire n'ont été rajoutés. Le visage est ainsi tout blanc et ses éléments sont seulement visibles du fait du relief de la pâte durcissante.

Aux temps de parole des fins de séances, Jeanne fait peu de commentaire. Un jour elle dit que c'est difficile pour elle mais sans en dire davantage. Le jour de la fin de création de sa marionnette, à la question « votre marionnette vous plaît elle ? », elle répond « oui, même si elle n'est pas très jolie. Il va falloir que je la rende jolie à l'intérieur ».

B) Régis

1- Anamnèse

Régis est âgé de 55 ans et a toujours vécu à Paris. A l'âge de 5 ans, sa mère décède. Né de père inconnu, c'est sa grand-mère qui le recueille. Alors qu'il a toujours travaillé depuis l'âge de 16 ans, il perd son dernier emploi comme adjoint administratif en 2006. Il postule à de nombreux postes mais il n'obtient que des réponses négatives. Il dira plus tard que c'était « intolérable » et très « humiliant » pour lui.

Sa grand-mère décède en 2005, lui laissant la charge de son chien Whisky. Celui-ci meurt un jour de novembre 2008. Régis programme ce même jour son suicide. Il se procure illégalement une arme à feu, détruit tout chez lui (lacère ses vêtements, brise la vaisselle, détruit ses meubles), donne l'intégralité de ses économies à une association caritative pour les animaux et brûle ses papiers d'identité. Il expliquera qu'il voulait ainsi « effacer toutes traces de son existence ». C'est la concierge de son immeuble qui l'a aperçu en possession d'une arme et qui a alerté la police. Celle-ci est intervenue alors que Régis avait son arme posée sur sa tempe, empêchant ainsi le passage à l'acte. Il est hospitalisé d'office en unité intra hospitalière et il est diagnostiqué schizophrène. Une fois les symptômes positifs stabilisés, un suivi en hôpital de jour, différent de l'actuel, est mis en place.

Il intègre l'hôpital de jour où je réalise mon stage, en 2012. Ce changement de structure s'est fait très progressivement. En effet, Régis est décrit comme une personnalité très obsessionnelle et il est très ritualisé. Tout changement est source d'une profonde angoisse.

Il est présent à l'hôpital de jour 5 jours par semaine et s'y investit beaucoup. Il participe à de nombreuses activités (écoute musicale, atelier écriture, médiathèque, atelier culture, atelier porteur de livres, randonnée). Il vient à l'hôpital de jour par ses propres moyens et vit seul dans son appartement. Le week-end, il y reste enfermé de peur que quelqu'un s'y introduise. L'ergothérapeute de l'hôpital a pu enfin récemment s'y rendre pour aider Régis à le réaménager puisque tout avait été détruit.

2- Compte rendu du bilan psychomoteur

Régis connait et a déjà pratiqué la psychomotricité en unité intra hospitalière et à l'hôpital de jour précédent. Il décrit ce soin comme étant un moyen de se sentir « moins coincé intérieurement ». Lors des épreuves, Régis est attentif, concentré, agit avec méticulosité et prend son temps.

Une grande rigidité corporelle est visible. Son tonus est très élevé (révélé par l'examen du tonus, la présence de syncinésie et de mouvements saccadés). Cet état ne lui est pas inconnu et il l'explique par de l'angoisse, qui perturbe notamment son sommeil. Sa voix est très monotone.

Régis éprouve des difficultés à parler de lui. A l'épreuve de la flèche, il est incapable de resituer des événements de sa vie dans lesquels il a connu une modification corporelle.

Les épreuves de représentation du corps sont réussies ; il en connaît les différentes parties. Cependant, les contours du dessin du bonhomme sont discontinus, et les yeux ne sont représentés que par deux cercles vides. L'histoire de la personne qu'il a dessinée est très pauvre en détails, (« il fait les courses »), montrant une faible capacité d'imagination. Lorsqu'on lui demande ensuite de se dessiner, il répond que c'est en fait déjà lui qu'il a représenté en train de faire les courses. A l'épreuve de l'énumération des parties du corps en appui avec le sol, alors que Régis s'apprête à s'allonger, il s'arrête à la position accroupie et explique qu'il est « incapable d'aller plus bas ». L'épreuve se déroule donc en position assise sur une chaise. Il cite que le « dos », « les omoplates » et la « colonne vertébrale » touchent le dossier de la chaise.

Régis se dévalorise : il pense avoir échoué au test précédent et perd ses moyens. L'exercice suivant ne révèle pas alors ses réelles capacités. Ainsi, la représentation de l'espace est très perturbée, mais le manque de confiance en lui est à prendre en compte.

A l'épreuve de mémoire de la figure de Rey, Régis dessine parfaitement le contour de la forme, mais est incapable de la remplir.

Les tests de l'étoile et la dernière partie du test du Stamback ne sont pas réussis. Il n'a pas accès au symbolisme.

Régis repère les émotions chez autrui. En revanche, les exprimer en faisant semblant est compliqué pour lui. Le visage reste figé, particulièrement au niveau des yeux.

Il explique « être fermé sur le plan relationnel » et que « même s'il a une certaine facilité à parler », il se sent « bien seul », avec ses « habitudes quotidiennes ». Mais parallèlement, il dit être intéressé par une prise en charge en psychomotricité, car il a « besoin de se

rattacher à quelque chose pour ne pas tomber ». Il ne dira pas un mot sur sa tentative de suicide, ni à nous, ni à aucun autre professionnel.

3- Conclusion et projet thérapeutique en psychomotricité

En réalisant les différents exercices et en étant concentré tout au long du bilan, Régis fait preuve d'adaptation et de volonté de faire au mieux.

Une rigidité corporelle mise en avant d'une part par sa posture et ses déplacements et d'autre part par un très haut niveau tonique, peut s'expliquer par les effets secondaires de son traitement chimio-thérapeutique (antipsychotique), mais associée à son incapacité à s'allonger au sol, elle peut alors révéler une importante angoisse interne, qu'il verbalise par ailleurs. Il s'agit peut-être d'angoisse de morcellement ou d'effondrement, hypothèse appuyée par les différentes parties du corps citées à l'épreuve d'énumération des parties en contact avec le sol.

De plus, le bilan met en avant des difficultés sur le plan de l'expression des émotions, de ses ressentis traduisant une impénétrabilité, et également sur le plan relationnel avec une tendance à se replier sur soi. La figure de Rey, les yeux figurés par deux cercles, l'incapacité à citer des événements corporels sur la flèche de vie, donnent l'impression d'un non vécu psychocorporel, d'un corps non habité et vide. L'unité psychocorporelle semble être mise à mal.

Le groupe « Corps en Jeux » semble être une bonne indication pour Régis. En effet, de par ces objectifs de créer des interactions à plusieurs niveaux et en lui offrant un espace d'expression, il peut lui permettre de se (re)structurer, de renforcer son narcissisme, d'accéder à diverses émotions et de verbaliser ses ressentis, de diminuer ses angoisses, de vivre des expériences psychocorporelles positives avec autrui et ainsi de s'ouvrir aux autres en toute sécurité.

4- Evolution au cours de la première partie de la session marionnette

a- Présentation générale

Régis est présent à toutes les séances. Il est très ponctuel : il nous attend à 14h15, en bas des escaliers qui mènent à la salle de psychomotricité. Il nous dit toujours sur le même ton au psychomotricien et à moi : « Bonjour F., bonjour Camille, ça va merci», avec

un sourire comme figé, en nous serrant fermement la main. Il paraît enthousiaste de venir en séance, mais ces mots et ces gestes paraissent tellement « plaqués » qu'ils pourraient faire douter de leur authenticité. Je remarque une grande impénétrabilité.
Régis est grand, fin, soigné et toujours habillé de la même façon. J'apprendrai plus tard qu'il achète en fait toujours les mêmes vêtements et les porte en toutes circonstances, quelles que soient les conditions météorologiques et aussi bien dans la vie quotidienne que pour faire de la randonnée.

Régis se déchausse dans le vestibule, prend soin de poser ses chaussures l'une à côté de l'autre, toujours au même endroit. Il entre ensuite dans la salle, s'assoit sur un pouf, peu importe lequel, et attend, le regard fixé droit devant lui, dans le vide. Dans le temps de parole qui débute la séance, il ne dit rien d'autre que « ça va », sans commentaire supplémentaire, et ceci lorsqu'on lui pose la question mais aussi spontanément, brisant ainsi le silence qui s'installe parfois.

b- Evolution de la création de la marionnette

Tout au long du travail de création, Régis est très concentré et très méticuleux. Il est tellement happé par la tâche qu'il est imperméable aux autres. Par exemple, il n'entend pas que quelqu'un lui demande, même avec insistance, de lui faire passer les ciseaux ; il ne réagit pas non plus lorsque Jean commente son travail. Ses gestes sont précis, ils s'inscrivent dans une rythmicité régulière. Il ne paraît pas être touché par les sensations induites par les différentes matières. Il semble imperturbable. Lorsqu'il a terminé le travail du jour, souvent avant les autres, il pose ses mains sur ses cuisses et contemple son travail, immobile, le visage figé, dans le silence.

Régis est le seul patient à avoir apporté du papier journal sur notre demande le jour de la création de la tête de la marionnette. Cela montre son attention et son investissement. Me regardant attentivement lorsque je montre comment procéder pour fabriquer la tête et l'imbriquer au cou, Régis s'exécute ensuite sans avoir besoin de me solliciter. Il a formé une boule de papier journal, qu'il a une première fois enroulé de beaucoup de scotch, à laquelle il a rajouté encore une couche pour bien la fixer au cou. Il a ensuite collé de nombreuses bandes de plâtre, en les superposant, et en prenant le temps de chacune bien les étaler en utilisant tout l'intérieur de la main. La tête a donc pris un volume important.

A la séance suivante, la première chose que fait Régis, c'est secouer la tête de sa marionnette, comme pour s'assurer de sa solidité. Elle parait incassable. On a proposé aux patients de découper dans du carton épais une forme d'environ la taille de la main pour

Marionnette de Régis : Daniel



faire le corps : Régis a fabriqué un rectangle, aux angles parfaitement droits. Il a choisi parmi les différentes couleurs le carton jaune. Il a ensuite percé le rouleau de papier toilette pour y introduire un long fil de fer représentant les bras. Il a passé de nombreuses minutes à s'assurer que les deux bouts de fer visibles soient exactement de la même longueur. Puis il a ensuite matérialisé les épaules, les bras, les avants bras, et les mains à l'aide de bandes de plâtre. Entre chaque partie, le fil de fer est visible. Lorsqu'il a fini et que je me suis approchée de lui, il a relevé la tête et a cité avec un grand sourire ces quatre parties du corps.

Lors de la séance sur le visage, Régis a d'abord fait les yeux, en modelant deux boules en pâte durcissante. Il a ensuite fait les sourcils, la bouche, le nez et les oreilles avec la même matière, donnant ainsi du relief au visage de sa marionnette. Puis il a demandé à avoir de la peinture jaune et a peint l'intégralité de sa marionnette de cette couleur. Il a ensuite collé deux boutons (un rose et un bleu) pour représenter les pupilles et des strass de couleur sur la bouche, qui sourit. Pour coiffer sa marionnette, il a pris plusieurs fils marron qu'il a noués et collés au sommet du crâne de sa marionnette.

Pour ce qui est de l'habillement, Régis a longuement fouillé dans le tas de tissus, d'un air perplexe, les sourcils légèrement froncés, jusqu'à ce qu'il ait trouvé un bavoir pour enfant. Son visage s'est alors éclairé d'un grand sourire et il est allé tout simplement nouer le bavoir au niveau de la jonction rouleau de papier toilette/rectangle en carton, laissant ainsi le haut du corps découvert.

Une fois la marionnette terminée, Régis a glissé ses doigts dans le cou, s'est redressé sur sa chaise et a mis la marionnette face à lui, leur visage face à face. Il est resté dans cette position un long moment, à la fixer, sans rien dire.

Aux temps de verbalisation de fin de séance, Régis dit toujours qu'il est content de son travail, qu'il avait peur de ne pas être dans les temps mais que finalement tout va bien. A la fin de chacune de ces séances, Régis est toujours parti en oubliant sa polaire. C'est seulement une fois à l'extérieur de l'hôpital de jour, en ayant froid, qu'il s'en apercevait et revenait la chercher. Ceci ne s'est pas produit à la fin de la séance qui marquait la fin de la création de la marionnette, ni à aucune autre suivante. Ce phénomène s'est produit chez trois autres patients.

III- Conclusion et perspective de discussion théorico-clinique

Jeanne et Régis ont montré un rapport très différent et singulier, comme chaque patient, au processus de création de leur marionnette. Tandis que Jeanne semble un peu perdue, angoissée, qu'elle montre de la distance à l'égard de son personnage de par son regard fuyant, du peu de soin apporté aux détails et du peu de temps consacré à la création, Régis lui, agit avec beaucoup de soin, de minutie, de précision et passe de nombreuses minutes à contempler sa marionnette de façon imperturbable.

Leur création leur plaît à tous, à l'exception de Léon qui dit haïr sa marionnette autant qu'il se hait lui-même. Une fois la marionnette terminée, Louise la brandit fièrement face à elle en disant « voilà mon bébé ! C'est Caroline ! », Acha va la montrer à la caméra, Léon rumine dans sa barbe, puis dit lors du temps de parole qu'il la « déteste », veut « revenir la nuit pour la détruire et lui couper la tête avant qu'elle ne le détruise » et Jean la contemple tout comme Régis, en disant doucement qu'elle est vraiment bien faite.

Toutes les séances de création se sont déroulées dans le silence. Même Jean, qui au début ne pouvait s'empêcher de commenter le travail des autres, a fini par fixer son attention sur sa marionnette. Ces moments où ils étaient tous assis à table, les visages baissés sur leur marionnette en train de se matérialiser, étaient très intenses. Ce n'est pas quantifiable et difficilement exprimable. J'avais l'intuition qu'il ne fallait pas les interrompre pour surtout ne pas briser ce qui était en train de se dérouler, qui était de l'ordre de l'intime. J'étais là, bien présente dans l'ici et le maintenant, disponible pour éventuellement répondre à une sollicitation, soutenir un regard ou hocher la tête pour encourager. Même en ce qui concerne Jeanne, j'ai rapidement cessé de la pousser à plus de créativité. Sujette au mimétisme, elle avait de quoi s'inspirer en observant les autres patients. Je pense qu'elle était très en difficulté.

Je note qu'il existe une ressemblance d'une part entre leur marionnette et leur dessin du bonhomme (cf. annexe 2, p. III) réalisé lors du bilan où la consigne était « dessinez-vous en train de faire quelque chose », mais aussi avec leur apparence physique. En effet, celle de Régis paraît aussi rigide que lui de par sa forme carrée au niveau des épaules et l'épaisseur des membres supérieurs qu'il a segmenté, et celle de Jeanne est aussi peu soignée qu'elle et très pauvre en couleur. Ils ont tous littéralement tiré du néant une création, une créature, un peu à leur image.

J’observe donc que la création de la marionnette ne laisse aucun patient indifférent, que ce soit de manière positive ou négative. Je me questionne : Qu’est-ce que la créativité ? Comment cet espace de l’intime se met-il en place? Quels sont les processus psychocorporels susceptibles d’être mis en jeu ? En quoi le cadre thérapeutique a-t-il un rôle majeur?

PARTIE 2 : ….à la mise en scène de la marionnette

I- Le dispositif du théâtre de la marionnette

A) Le cadre spatio-temporel

Désormais, le travail corporel réalisé en amont de celui du jeu de la marionnette est axé sur le travail d'expression des émotions, abordé principalement par un travail sur la voix. En effet, dans le jeu avec la marionnette, la voix est le principal vecteur des émotions. Les différents exercices proposés s'inscrivent davantage dans un champ relationnel interpersonnel et transpersonnel.

Un paravent que l'on déplie au fond de la salle, à côté de la porte donnant accès aux coulisses, délimite l'espace scénique, qu'on appelle le Castelet. Les corps des patients seront donc cachés et seules les marionnettes seront visibles aux yeux des spectateurs. Léon dit même : « C'est le quatrième mur ! ». Au théâtre, le quatrième mur correspond à un mur que les comédiens doivent imaginer entre le plateau et la salle, au niveau de la rampe, afin de ne pas sentir le regard du public et ainsi essayer de se rapprocher au maximum de la vraisemblance dans le jeu.
Les spectateurs, assis sur des chaises placées en arc de cercle face au paravent, ne peuvent pas intervenir.
Lorsque le binôme qui va jouer est constitué, les futurs marionnettistes décident ensemble du contexte de la scène en fonction du thème. Une fois validé par le psychomotricien, ils se dirigent vers les coulisses. Lorsqu'ils disent « Nous sommes prêts ! », le son du triangle résonne : place aux marionnettes… Un autre coup de l'instrument indique la fin de la scène. Les marionnettistes doivent alors improviser une fin à leur scénario et retourner en coulisse.

Immédiatement après leur prestation, les patients qui viennent de jouer disent comment ça s'est passé pour eux et verbalisent leur ressenti. Les spectateurs ont ensuite aussi leur mot à dire pour exprimer ce qu'ils ont perçu de la petite scène qui vient de se dérouler sous leurs yeux et partager leur vécu. Le psychomotricien et moi-même accueillons les verbalisations et nous prenons ensuite la parole, pour commenter ce qui s'est passé, mettre des mots sur ce qu'ils ont du mal à dire ou faire des liens avec leurs problématiques communes et singulière.

B) Les consignes

Les marionnettistes doivent respecter le cadre décrit ci-dessus. Il ne faut pas abîmer ni utiliser les marionnettes des autres. Il ne doit pas y avoir de contact entre les manipulateurs derrière le castelet. Pendant le jeu, au niveau du langage, tout est permis : on peut crier, dire des gros mots, etc. On ne doit pas juger, ni se moquer de la prestation des marionnettistes.

C) Une première séance particulière : la présentation des marionnettes

Mais avant tout ça, une séance est consacrée à la présentation des marionnettes. En effet, aucune marionnette ne peut réellement exister si elle n'a pas été nommée. La carte d'identité de la marionnette fait entrer cet objet dans un cadre symbolique. En donnant un nom différent du sien, le sujet crée de l'altérité. Le nom est une véritable accroche qui fixe la création.

Chaque patient passe seul derrière le castelet, dans les mêmes conditions spatiales décrites ci-dessus. Alors que la marionnette commence à prendre la parole pour se présenter, les spectateurs ont le droit d'intervenir, en s'adressant directement à elle, pour poser des questions s'ils veulent en savoir plus sur son identité. Après cet exercice, on demande à chaque patient de nous citer les points communs et les différences entre leur identité et celle de leur personnage. S'il y a eu projections ou identifications au cours du travail de création, et que le patient reconnaît ces phénomènes et le verbalise, alors il accède à la symbolisation et donc à la pensée.

Les cartes d'identité des marionnettes de Louise, Acha, Jean et Léon sont présentées en annexe 3 (cf. page V).

II- Quand Jeanne et Régis deviennent marionnettistes…

A) Jeanne

1- Présentation de sa marionnette : *Nina*

Jeanne est la dernière à présenter sa marionnette. Alors que les autres présentent leur personnage, elle paraît très angoissée : son hoquet redouble de fréquence, les syncinésies buccales sont encore plus visibles, elle agite ses jambes et balance son haut du corps. Elle regarde les marionnettes mais ne leur pose aucune question. Lorsque tous sont passés, Jeanne se lève et se dirige lentement vers les coulisses. Elle met un temps important avant de nous signaler qu'elle est prête à mettre en scène sa marionnette. Au son du triangle, on voit seulement la tête de la marionnette positionner au centre du castelet, orientée vers les spectateurs. D'une voix tremblante et faiblement audible, la marionnette se présente et répond aux questions des patients :

« - Bonjour à tous et bonne année. Je m'appelle *Nina*, j'ai 22 ans. Je vis à Paris et j'ai grandi ici. Je travaille comme aide à domicile chez des personnes âgées. J'aime la danse, le cinéma et peindre.

- Ha oui ? Et qu'est-ce que tu aimes peindre?

- Les fleurs, les paysages, les natures mortes…

- Ha c'est bien ! Et comme danse ?

- La danse classique. Bon voilà, je ne sais plus quoi dire… »

Et soudainement, la marionnette disparaît. Acha cri « Mais ne fuis pas *Nina* ! ». *Nina* réapparaît en vacillant et dit à nouveau d'une voix encore plus tremblante « Mais je ne sais plus quoi dire ».

En entendant Jeanne en difficulté, le psychomotricien fait sonner le triangle. Je remercie alors *Nina* de s'être présentée et d'avoir répondu à nos questions. Tous les spectateurs lui disent au revoir.

Jeanne exprime en suivant que ça a été « angoissant » pour elle, qu'elle ne « trouvait rien à dire » et qu'elle « tremblait beaucoup ». Le psychomotricien et moi la rassurons en lui disant qu'il s'agit d'un exercice difficile et qu'elle a su respecter la consigne et a très bien réussi à présenter son personnage. Elle pousse un long soupir et semble soulagée.

2- Les différences et les points communs

Lorsqu'on demande à Jeanne de nous dire les points communs et/ou les différences entre elle et sa marionnette, elle a répondu spontanément qu'elle n'avait ni le même prénom, ni le même âge, ni le même métier mais qu'elle habitait à Paris et était une fille, comme elle. Je lui demande ce qu'il en est des activités qu'elle a citées et elle nous affirme que c'est ce qu'elle « aime ou aimerait faire dans la vraie vie ». Elle n'est pas capable de donner de précisions sur les caractéristiques physiques, que ce soit dans la ressemblance ou la différence et répond « je ne sais pas ».

3- Evolution dans le jeu

Pour sa première scène, la rencontre, Jeanne a choisi de jouer avec moi. C'est elle qui a imaginé le contexte de la rencontre : nous ne nous connaissons pas et nous nous croisons au marché.

Nous nous dirigeons toutes les deux dans les coulisses. Dans le silence, Jeanne prend avec soin sa marionnette, glisse ses doigts de la main droite dans le cou, la recoiffe un peu et dit haut et fort qu'elle est prête. Le triangle raisonne. Nos marionnettes entrent sur scène, se placent côte à côte, les visages orientées vers les spectateurs. C'est mon personnage qui commence à parler ; Jeanne oriente alors le regard de sa marionnette vers la mienne :

« Bonjour Madame, vous avez acheté ces tomates ?

- Non, je les regarde seulement et je les trouve très belles ! Il y a beaucoup de couleurs ici. C'est pour ça que j'aime venir. Et vous, qu'allez-vous acheter ?

[...]

- J'aime beaucoup ce pantalon ! Je vais l'essayer, dit Nina.

- Vous voulez que je vous accompagne ?

- Oh oui merci, c'est très gentil ! »

Derrière le Castelet, nous nous échangeons un regard et nous baissons lentement nos marionnettes, simultanément, jusqu'à ce qu'elles disparaissent de la vue des spectateurs. Nous retournons dans les coulisses. Jeanne repose sa marionnette et me regarde en souriant.

Pendant tout ce temps de jeu, son hoquet et ses tremblements ont disparu. La voix est faible au niveau du volume mais elle est posée. Jeanne module correctement son intonation en fonction des phrases exclamatives, affirmatives ou interrogatives qu'elle prononce.

Alors que je commence le dialogue par une question fermée pour ne pas la mettre en difficulté, elle enrichit la conversation en donnant des détails tout à fait adaptés et en me questionnant. Elle prend des initiatives pour relancer et diversifier la situation.
Alors que derrière le castelet elle fixe tout le long de la scène sa marionnette et jette de temps en temps un regard sur la mienne, au moment où la fin approche, elle me regarde afin que nous nous ajustions ensemble pour faire disparaître les marionnettes.
Elle dira après ce premier passage que c'était un peu difficile pour elle au début, qu'elle avait « le trac » mais qu'elle s'est ensuite très rapidement sentie à l'aise et prise au jeu.

Au thème de la dispute, Jeanne a choisi de jouer avec Louise et elles ont construit ensemble le scénario : alors que les deux personnages sont au supermarché, *Caroline* accuse *Nina* d'avoir volé des pommes, ce qui déclenche une dispute. Les deux personnages se défendent beaucoup, *Nina* parle très fort, nie et insulte l'accusatrice de « petite garce » et de « menteuse ». Les deux personnages restent sur leur position jusqu'à ce que le triangle sonne. On entend rire Louise et Jeanne dans les coulisses.

Au thème des retrouvailles, que les patients avaient décidé de jouer à trois, Jeanne a été en difficulté: son personnage *Nina* s'est fait bien plus discret. Nous n'avons quasiment pas entendu le son de sa voix. Elle a expliqué ensuite très justement que ça avait été « impossible de trouver sa place », d'autant plus que les autres personnages étaient « excentriques ».

Pour le thème de la séduction, Jeanne a joué avec Jean. Comme il avait déjà été séducteur, il devait maintenant jouer le séduit. Jeanne, un petit sourire aux lèvres, semble amusée de la situation mais quand même un peu sceptique. Jeanne a proposé le scénario que Jean a confirmé : alors que *Nina* se promène, elle croise *Gustave* à côté de son taxi qui attend des clients. Elle l'accoste…Bien que Gustave dise qu'il n'est pas intéressé, travaille et ne veut pas mélanger vie privée et vie professionnelle, Jeanne persévère, de façon très amusante. Ils ont tous les deux très bien joué leur rôle respectif.

Dès la deuxième séance de jeu, Jeanne rejoignait l'ensemble du groupe à l'approche de l'heure du début de séance. Nous n'avions plus besoin d'aller la chercher. C'est elle qui me tendait la main pour me dire bonjour et serrait la mienne bien plus fermement.
Jeanne a su bien s'adapter à quasiment chaque thème, à chaque situation et à tous ses partenaires de jeu (elle n'a joué qu'une seule fois avec moi). Elle a su transmettre par la voix de nombreuses émotions : la tristesse, la colère, l'incompréhension ou encore l'encouragement.

En tant que spectatrice, elle a su reconnaître les émotions chez autrui en les citant et en expliquant comment elle les avait perçues, de façon très juste et très précise : « Il avait l'air désespéré, sa voix tremblait, il s'est mis à genoux pour la supplier de ne pas partir. Ça m'a rendu triste », « il avait peur, il parlait vite et sa voix était plus aiguë que d'habitude ! ».

Lorsqu'on lui a fait remarquer que souvent on ne voyait presque pas sa marionnette, elle a répondu « c'est parce que j'oublie la présence des spectateurs, il y a trop de choses à penser ».

Jeanne n'a jamais été volontaire pour jouer et a toujours montré de l'angoisse en attendant son tour, angoisse qui disparaissait dès qu'elle jouait *Nina*.

Le jour du visionnage des vidéos, elle dit être « contente » de savoir qu'elle va voir les scènes et réagit et commente lorsqu'elle se reconnaît : « C'est moi ! », « On ne voit pas *Nina*, mais on l'entend ! ». Elle ne détourne pas le regard de l'écran.

B) Régis

1- Présentation de sa marionnette : *Daniel*

Régis s'est tout de suite porté volontaire pour présenter sa marionnette. Ils étaient plusieurs dans ce cas-là et il a finalement accepté de passer second.

Il se dirige de façon déterminée vers les coulisses. Rapidement il nous signale qu'il est prêt. Lorsque le triangle raisonne, on voit apparaître la marionnette jaune de profil, qui se déplace droite comme un « i ». Une fois au centre du castelet, elle se tourne brusquement face au public et dit d'une voix forte et différente de celle de Régis:

« Bonjour à tous ! Je suis *Daniel*. Comment allez-vous ?

- Très bien et toi ?

- Bien merci. Alors que faites-vous ?

- C'est nous qui devons te poser des questions ! dit Louise. Quel âge a ta marionnette ? Euh, quel âge as-tu ? Tu fais quoi dans la vie ?

- J'ai 20 ans. J'ai été longtemps au chômage, ça n'a pas été facile et heureusement j'ai trouvé du travail en tant qu'agent administratif dans les assurances. Il faut avoir la forme ! S'occuper des dossiers des patients, c'est un sacré travail !

- Et d'où tu viens ?

- De Paris, comme mes parents et mes grands-parents. Parisien pur souche ! J'habite dans le 10eme arrondissement.
- Moi aussi ! s'exclame Louise. Et où exactement ?
[…]
- Et qu'est-ce que tu aimes dans la vie ?
- Les films avec Schwarzenegger, la musique rock et le hard rock et les chips !
- C'est pour ça que tu as la jaunisse ?, demande Jean,
- Non », répond-t-il froidement. La voix est celle de Régis.

Lorsque le public ne pose plus de questions, *Daniel* nous dit au revoir et disparait.
Après sa prestation, Régis dit que tout s'est très bien passé mais que finalement il aurait préféré que sa marionnette soit plus réaliste.

2- Les différences et les points communs

Régis dit spontanément que son personnage n'a pas le même prénom et est plus jeune que lui, mais qu'ils aiment la même chose : « Moi aussi j'adore Schwarzenegger, le rock et les chips ! ».
En allant consulter à nouveau son dossier, je lis que Daniel est le deuxième prénom de Régis et l'adresse d'habitation qu'il a citée est réellement la sienne. De plus, comme expliqué dans son anamnèse, il a été lui aussi au chômage après avoir été adjoint administratif. Tout comme Jeanne, il n'a pas non plus été capable de citer de différence ou de ressemblance quant aux caractéristiques physiques.

3- Evolution dans le jeu

Régis se porte toujours volontaire pour jouer le premier, quel que soit le partenaire. Il expliquera plus tard que « c'est parce qu'il a peur d'imiter les autres ». Il ne jouera qu'une seule fois par séance.

Régis a rarement décidé des contextes du jeu, mais s'est par contre souvent opposé à ceux proposés par ses partenaires, lorsque ceux-ci s'éloignaient trop de sa vie quotidienne. Par exemple, pour le thème de la dispute, Léon proposait que son personnage, *Pantalou*, s'aperçoive que son ami *Daniel* était en fait l'amant de sa femme. Régis, outré, s'y est fermement opposé en expliquant que « jamais une situation pareille ne s'était produite dans sa vie et jamais ne se produirait ». Finalement, Léon propose un autre

scénario : *Pantalou* a prêté son appartement à *Daniel* pendant que lui est en voyage. A son retour, il est en désordre et n'est vraiment pas content. Au cours de la scène, *Daniel*, au lieu de se défendre face aux insultes de *Pantalou*, s'excuse platement, honteux. Il ne s'agit donc pas d'une dispute. Régis explique en suivant qu'il n'avait « pas réussi » car il « ne se dispute jamais dans la vraie vie ».

Pour le thème de l'entraide, *Daniel* part en ballade avec *Pantalou* jusqu'au moment où il faut escalader un haut rocher qui est sur leur passage et impossible à contourner. *Pantalou* ayant le vertige, *Daniel* doit l'aider à traverser cette épreuve. Régis a accepté sans souci ce scénario, en disant « c'est comme au groupe randonnée ! » et a très bien joué ce rôle. En entrant en empathie et en accédant à l'humour, il a permis de dédramatiser la situation et de rassurer son partenaire. Lorsque dans l'histoire ils avaient réussi à monter en haut du rocher, alors que le psychomotricien s'apprêtait à faire sonner le triangle, *Daniel* a dit : « il faut descendre maintenant ! », prolongeant ainsi de plusieurs minutes le jeu.

Aux retrouvailles, Régis, Léon et Jean ont joué ensemble. *Gustave,* « taxiste », s'arrête pour prendre *Daniel* et *Pantalou* qui veulent aller au restaurant. Ils se reconnaissent alors qu'ils ne s'étaient pas vu depuis de nombreuses années et vont manger ensemble. A la fin de la scène, *Pantalou* dit « après, on va voir les filles à Pigalle ! ». *Daniel* répond, de façon enthousiaste « Oh oui ! Ça va être sympa ! ».

Régis a toujours fait attention à l'orientation de sa marionnette : soit elle regardait le public, soit son interlocuteur dans le jeu, ou encore dans une direction adaptée à la situation de jeu. Alors qu'au début Régis bougeait très peu sa marionnette, il s'amusait ensuite à faire varier les niveaux selon l'histoire et la mettait en mouvement selon les émotions : il la secoue un peu pour montrer l'enthousiasme ou la penche en avant lorsqu'elle est triste. Depuis notre place de spectateur, nous l'entendons dans les coulisses développer le scénario avec son partenaire (le psychomotricien intervient alors pour leur dire de laisser de la place à l'improvisation), ou discuter à la fin de ce qui s'est passé sur scène.

En tant que spectateur, Régis est très expressif et cela de manière adaptée. Il pose de nombreuses questions le jour des présentations des marionnettes, sourit lorsqu'il voit *Pantalou,* la marionnette de Léon (avec qui il communique de plus en plus au fil des séances), arriver sur le castelet ou encore paraît triste lorsque sur scène les personnages se disputent ou se séparent. Il a même une fois versé une larme en disant après coup que « c'était très triste »…

Le jour du visionnage des vidéos, alors que Régis se dit être « indifférent » avant de les regarder, il s'exclamera en souriant « C'est moi ! » lorsqu'il reconnaît ses mains, ou regarde son partenaire de la scène qui se déroule à l'écran, en lui faisant même des clins d'œil. Une véritable complicité transparaît entre les patients du groupe.

III- Conclusion et perspective de discussion théorico-clinique

En plus de certaines caractéristiques physiques communes entre la création et son créateur, leurs identités et leurs manières de se présenter sont aussi très ressemblantes : Régis a choisi de nommer sa marionnette avec son second prénom et les activités, la profession, l'adresse, l'histoire de vie sont identiques. Quant à Jeanne, elle a certes davantage inventé des éléments de vie à son personnage, mais qui livrent ce qu'elle aurait aimé être dans la vie : « J'aimerais peindre et danser dans la vraie vie, comme Nina » dit-elle après sa présentation. De plus, le prénom donné à sa marionnette est proche du sien.

Alors que Jeanne est souvent très en difficulté dans les exercices corporels de début de séance, elle se montre détendue, à l'aise et créative lorsqu'elle joue derrière le castelet. Régis a quant à lui, au début de la session, des difficultés à faire semblant, à faire « comme si », lorsque les scénarios de jeu s'éloignent trop de sa vie quotidienne. Bien qu'il oriente correctement sa marionnette dès le début, il a aussi des difficultés à rendre sa marionnette expressive en ne variant pas les mouvements ni les déplacements. Mais on remarque qu'au fur et à mesure des séances, il est davantage à l'aise, se laisse aller dans l'imaginaire créé par son ou ses partenaires de jeu et que sa marionnette est de plus en plus expressive.

Dès que la session jeu a commencé, la dynamique de groupe a changé. Les patients discutent avant le début du groupe, les partenaires de jeu échangent entre eux dans les coulisses, les spectateurs verbalisent leur ressenti, il y a des rires, les patients s'encouragent entre eux, une complicité s'instaure…

Comment le dispositif et la médiation marionnette ont-ils permis de telles évolutions au niveau des relations intra, inter et trans-personnelles ?

CHAPITRE 3

Discussion théorico-clinique

PARTIE 1 : La mise en place d'un groupe et d'un médiateur…toute une histoire

Comme indiqué dans l'introduction de ce mémoire, le psychomotricien m'a proposé de réfléchir avec lui au projet thérapeutique du groupe « Corps en Jeux ». Mon stage a débuté avant tout par une réflexion autour de la mise en place d'un groupe thérapeutique auprès de sujets psychotiques. En effet, rien n'est mis en place par hasard, beaucoup de choses doivent être pensées au préalable pour être cohérentes et adaptées. Ceci m'a donné la possibilité de réfléchir à l'importance du cadre et du groupe et de leurs impacts dans une prise en charge psychomotrice, mais aussi de m'intéresser à la marionnette, en premier lieu dans son approche historique, puis comme médiation psychomotrice, en lien principalement avec la symbolisation et le jeu dramatique.

I- Le cadre et le groupe thérapeutique en psychomotricité

A) Le Cadre

Le cadre thérapeutique est « ce qui entoure, délimite un espace, une scène, une action : l'enveloppe d'une organisation. Ceci suppose d'une part la distinction entre un dedans et un dehors, d'autre part un invariant au sein d'un processus de changement » (F. PELLETIER, 1985, P.1)

Pour le psychomotricien Pascal Bourger (2008, p. 71), le cadre thérapeutique est d'abord matériel. Le cadre physique est représenté par des éléments concrets tels que les horaires, la fréquence, la durée, l'organisation, le lieu, le matériel, soit l'espace et le temps. Il précise que ce cadre physique va servir de support pour le cadre psychique et que celui-ci dépend pour beaucoup de la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien. Celui-ci doit établir un dosage subtil entre écoute, attention et intervention. Il doit aménager sa voix, la distance relationnelle, ses gestes, son attitude afin de favoriser les fonctions pare-excitatrice, contenante et structurante du cadre. Ainsi, le psychomotricien est garant du cadre. Celui-ci est posé au début du travail thérapeutique et le soignant doit le maintenir tout au long de la prise en charge, ce qui permet au patient de ressentir une certaine continuité spatio-temporelle. Ainsi, les fonctions du cadre vont être assimilées et intégrées par le patient, permettant de favoriser ensuite ses capacités de symbolisation et le

développement de la pensée. Le cadre est la condition de la symbolisation : « c'est autour de lui que se joue la question de la symbolisation de la symbolisation » (R. ROUSSILLON, 1995, p.161).

En plus du matériel et de la présence « suffisamment bonne » du psychomotricien, un certain nombre de règles vont contenir et maintenir un climat de sécurité : ne pas se faire mal, ne pas faire mal aux autres ou encore ne pas casser le matériel.

Selon la médiation proposée, un cadre spécifique va se créer. Par exemple, pour la partie jeu de la session marionnette, plusieurs espaces sont matérialisés distinguant les espaces où l'on joue et les espaces où l'on ne joue pas. Cela correspond « à la matérialisation de l' « aire transitionnelle » de D. W. Winnicott » (D. OBERLE, 1989a) :

- le lieu des spectateurs est matérialisé par des chaises en arc de cercle ;
- le lieu de représentation, le castelet, matérialisé par un paravent ;
- le lieu de transformation, les coulisses, où les patients saisissent leur marionnette et prennent le temps de se mettre dans la peau de leur personnage.

En ce qui concerne le cadre thérapeutique des groupes d'inspiration analytique, D. Anzieu (1999) mentionne des règles. Celles-ci s'étendent à la pratique des autres groupes :

- la règle d'abstinence qui désigne la non-participation du thérapeute aux échanges verbaux qui ont lieu dans le groupe si ceux-ci se rapportent à autre chose qu'à l'expérience vécue actuellement ensemble. Par exemple, lorsque Jean commence à mentionner le match de football de la veille, le psychomotricien ou moi-même lui indiquons que ce n'est ni le lieu, ni le moment de discuter de cela. De plus, le soignant ne doit pas parler de cette expérience de groupe avec des participants pris à part en dehors de la séance.
- la règle des trois unités :

1/ Unité de lieu : la séance se déroule dans une salle lui étant affectée, ici la salle de psychomotricité,

2/ Unité d'action : une tâche précise est assignée aux participants pour chaque type de groupe. Dans chaque exercice, dans chaque situation, tous les patients ont un rôle ou une tâche à réaliser.

3/ Unité de temps : les séances commencent et finissent à l'heure fixée, elles sont d'une durée régulière, elles requièrent l'assiduité et leur nombre est arrêté à l'avance.

« Si faute de percevoir clairement cette organisation symbolique ou faute de la respecter lui-même, le moniteur encourage le déclenchement d'effets inconscients en

dehors des conditions permettant de les comprendre et de les traiter, alors les participants s'affolent, au sens strict du terme qui évoque la possibilité de la folie » (D. ANZIEU, 1999, p. 18).

Le cadre ainsi établi et respecté va pouvoir permettre et supporter les processus de changement du patient, rendu possible aussi par le travail en groupe.

B) Le groupe

Le concept de groupe est un concept datant du début du 17ème siècle. Le mot « groupe » vient de l'italien « gruppo » qui signifie « nœud », avant de désigner le rassemblement d'un ensemble de sujet. Le groupe constitue « un ensemble distinct de choses ou d'êtres de même nature réunis dans un même endroit. » (LE PETIT LAROUSSE, 2009)

Le groupe est une mise en relation d'individualités, de plusieurs sujets ayant chacun un fonctionnement psychique particulier.

Selon J.B Guillemin (1996), « Un groupe n'est pas seulement la somme des individus qui le compose, il est une création spécifique qui contient une partie commune inconsciente qui relie chacun de ces individus. Le groupe devient une partie Moi/non Moi, une révélation de soi qui va être actualisée à son insu par un autre ou au contact d'un autre. ». Dans un groupe, il y a diffraction des objets de projection et d'identification. « Chaque membre dépose en chaque autre une facette de lui-même à son insu, de même que chacun des participants est potentiellement dépositaire d'une partie de l'autre, également déposée en lui, à son insu. » (VACHERET, 2002, p. 184)

Deux fonctions essentielles du groupe se dégagent : « la capacité à contenir la vie émotionnelle et pulsionnelle des sujets regroupés mais aussi sa capacité à favoriser les processus de changements et de transformations des représentations ».

D. Anzieu (1999) décrit trois grandes périodes dans l'évolution interne des groupes :

1/ La période initiale, dans laquelle il y a une menace de la perte d'identité pour le sujet,

2/ L'illusion groupale, qui correspond à un état psychique collectif où les membres du groupe se sentent bien ensemble,

3/ La période de redifférenciation, amenant à une ré-individualisation du sujet. En même temps que les membres du groupe sont reconnus dans leur différence, l'identité groupale est conservée.

Ce sont exactement ces trois étapes que j'ai pu percevoir dans l'évolution de la dynamique du groupe et auxquelles j'ai adapté mes propositions. En effet, au début de la session, j'incitais les sujets à se centrer sur eux-mêmes, à travers des exercices de conscience corporelle par exemple, afin de se sentir exister parmi d'autres personnes et de trouver sa place dans le groupe. Cela a pu limiter la menace de la perte d'identité caractéristique de la période initiale. Ensuite je proposais des exercices où les sujets travaillaient ensemble, comme par exemple à travers l'exercice des tribus, où le groupe était séparé en deux et les chefs de chaque tribu devaient aller au centre s'affronter en créant un enchainement vocal et gestuel que leur tribu répétait en écho pour les encourager. L'expressivité primitive présente dans cette situation a permis l'émergence d'un sentiment de cohésion au sein du groupe. Une grande énergie émanait, que je pouvais ressentir aussi. En partant, Louise a dit « On est bien dans cette salle ! Je resterais bien plus longtemps». Cela peut traduire l'étape d'illusion groupale. Enfin, un fait illustre très bien la période de redifférenciation. Alors que les patients avaient réalisé un exercice qui débutait par l'invention d'une signature gestuelle et vocale propre à chacun, lorsque je suis arrivée à l'hôpital de jour la semaine suivante, je les ai vus se dire bonjour dans le hall en réalisant la signature de la personne à qui elle s'adressait. Ainsi, chaque membre du groupe se reconnaissait en tant que tel.

C) Du groupe « Corps en Jeux » imaginaire au groupe réel

D. Larrochette nous explique que, pour construire un groupe thérapeutique, le soignant devra confronter sa culture, son héritage de savoir et d'expérience à un certain nombre d'éléments qui organisent l'institution, c'est à dire son histoire (portée par des symboles, mythes, rites...) et le fait qu'avant lui, plusieurs groupes et activités ont déjà été créés.

Au départ, le soignant est animé par son désir de proposer le groupe : il le pense, se le représente, fait des projets, anticipe, s'en raconte le déroulement. Ce groupe est l'objet de son imagination. « On peut imaginer le parcours de chacun dans le groupe, rêver l'évolution du patient et par là-même la narcissisation du soignant. » (D. LARROCHETTE, 2005, p. 173).

Ensuite, le groupe réel est confronté au groupe imaginaire avec d'importants remaniements et des renoncements de la part du psychomotricien. La confrontation à la pratique lui fait perdre des illusions, découvrir des imprévus. Le psychomotricien réajuste alors son approche clinique au plus près de ses patients. D. Larrochette souligne également

l'importance de parler de la "mort" du groupe dès sa naissance. Cela renvoie au cadre temporel avec le nombre de séances.

Selon l'analyse du travail en équipe de P. Fustier (2004), la création d'un atelier relève de plusieurs dynamiques. Elle vient tout d'abord d'un désir et d'une initiative personnelle: chaque intervenant construit son action autour de ses centres d'intérêt, d'un domaine dans lequel il est à l'aise et qu'il peut faire partager. Mais ce désir ne vient prendre forme comme acte professionnel qu'à partir du moment où il est soumis à une dialectique d'équipe et répond aux besoins des personnes accueillies, identifiés et reconnus en équipe. En effet, un diagnostic pluridisciplinaire permet de décider de moyens pour y répondre et fixe des cadres spatiaux, temporels à l'action en référence au projet institutionnel. Le désir personnel s'efface et se met au service des patients. Enfin, c'est également le lieu d'interactions, d'échanges hiérarchiques, de positionnements (formels et informels) qui sous-tendent et nourrissent les rapports des professionnels entre eux mais aussi leur engagement dans leur travail et leur pratique auprès des personnes dont ils s'occupent.

En octobre 2013, mon maître de stage a présenté au médecin de l'hôpital de jour son nouveau projet thérapeutique du groupe « Corps en Jeux » et ses médiations, qu'il pratique maintenant depuis deux ans. Ils ont longuement discuté et réfléchi à quels patients il était judicieux de prescrire un tel groupe, en prenant en compte l'avis des autres soignants. Lorsque le choix des patients a été établi, il a fallu ensuite proposer ce travail aux patients. Pour cela, un rendez-vous individuel a été prévu pour chacun d'entre eux, avec le psychomotricien et moi-même. C'est donc à ce moment-là que j'ai rencontré trois patients alors que j'avais déjà rencontré les trois autres au moment de la passation de bilan au mois de septembre. Lors de ces entretiens, le psychomotricien leur explique le projet thérapeutique du groupe « Corps en Jeux » et qu'avec leur médecin et le reste de l'équipe, ils ont pensé qu'il pouvait leur être bénéfique. Le cadre, les objectifs, les apports de l'atelier sont spécifiés. Après avoir reçu leur impression immédiate, le psychomotricien leur suggère de réfléchir puis de donner une réponse. Ce rendez-vous est déjà un exercice en soi. Il permet de rencontrer pour la première fois les patients, de se présenter et oblige aussi à utiliser des mots différents de ceux utilisés en équipe, tout en leur expliquant ce que ce groupe peut leur apporter.

Le nombre de place dans le groupe est de six : ce chiffre pair permet de travailler en binôme, favorable à la mise en jeu de relation inter personnelle, où le psychomotricien et moi-même pouvons mener, encadrer la séance et aider les personnes éventuellement en difficultés. De plus, si jamais des patients s'absentent ou cessent leur participation à la fin

d'une session, le groupe reste suffisamment conséquent pour que se jouent les processus psychiques caractéristiques de cette modalité de prise en charge.
Le 5 novembre 2013, Régis, Jeanne, Acha, Léon, Louise et Jean sont présents. Le groupe « Corps en Jeux » commence.

II- Présentation de la marionnette

Objet animé participant à une action dramatique quelle qu'elle soit, tel est le caractère le plus universel de la marionnette. Ces figurines animées par l'Homme ont traversé l'histoire. L'art de la marionnette, né de pratiques religieuses ancestrales, est étroitement lié aux cultures locales, nationales. La marionnette n'est pas « quelque chose » en soi : la fonction qui lui est assignée dépend avant tout du contexte symbolique dans lequel elle est prise. Selon l'époque, le pays, la culture, il peut s'agir de magie noire, de culte religieux, de cérémonie funéraire, de représentation théâtrale, de recherche esthétique ou encore de divertissement.

Dans la diversité bigarrée des marionnettes, il est difficile d'en donner une définition. R-D Bensky, après avoir confronté différents auteurs et levé certaines ambiguïtés, tente de le faire : « Une marionnette, est au sens propre, un objet mobile, non-dérivé (c'est-à-dire façonné par l'homme et n'ayant aucun caractère expressif en soi), d'interprétation dramatique, mû soit visiblement, soit invisiblement, à l'aide de n'importe quel moyen inventé par son manipulateur. Son utilisation est l'occasion d'un jeu théâtral. » (1947, p. 22)

A) Petite histoire de la marionnette

L'origine de la marionnette se perd dans la nuit des temps. « Elles sont aussi vieilles que l'histoire, mais, des siècles durant, nous ne savons d'elles que leur existence. » (G. BATY, 1972).

En France, la marionnette était avant tout religieuse : on appelait Marion ou Mariette les statues de la Vierge Marie. Ceci est une des origines possibles du mot marionnette. On retrouve des spectacles présentés dans des couvents par des moines. Elle a été convoquée pour matérialiser la présence des Morts et des Dieux au cours de cérémonies rituelles. De fait, une des premières missions de la marionnette est de donner un corps à ce qui n'en n'a pas.

Avec l'affaiblissement de la Chrétienté, la marionnette prend un autre chemin que celui religieux et s'aventure au théâtre. En 1610, l'italien Giovanni Briocci, arrive à Lyon avec ses *Burattinni* inspirés de la Commedia dell'arte. Il monte à Paris vers le Pont-Neuf et ses marionnettes servent à distraire les patients d'un arracheur de dents. Plus tard, alors qu'il a pris le nom de Jean Brioché, il présentera seul ses marionnettes : il délaisse les *Burattini* pour inventer le personnage de Polichinelle. Les marionnettes tirent leur succès populaire de leurs moqueries et de leurs parodies du monde de l'époque. A l'interdiction des théâtres humains de foire, le peuple se tourne vers les seuls théâtres autorisés et au prix d'entrée abordable: les théâtres de marionnettes. Plusieurs montreurs de marionnettes devinrent célèbres comme bien sûr Laurent Mourguet qui, à Lyon, a inventé le personnage de Guignol.

Madeleine Rambert, psychanalyste Suisse (1900-1979) est considérée comme la fondatrice de la méthode thérapeutique des marionnettes. Elle a été l'une des premières à l'avoir utilisé, pour aider les enfants traumatisés par la guerre à s'exprimer.

B) Caractéristiques du théâtre de la marionnette

Trois éléments doivent être pris en compte dans le théâtre de marionnette. Tout d'abord la marionnette elle-même dans son matériau, sa dimension, sa forme et le mode de manipulation auquel elle se prête, qui peut être par le dessous (comme les marionnettes à gaine, les marottes ou bien les marionnettes à tige) ou par le dessus (comme les marionnettes à tringle ou à fils). Les marionnettes fabriquées dans le cadre du groupe sont manipulables par en dessous et se rapprochent davantage de la marotte. La seconde caractéristique est le lieu où se déroule le spectacle : il existe plusieurs types de castelets, qui signifie des petits châteaux. Il existe un type de castelet différent par type de marionnette et par marionnettiste, chacun adaptant son castelet à son histoire ou à sa sensibilité. La plupart des troupes étant itinérantes, les castelets sont construits de façon à être facilement démontables et transportables. Il doit être plus haut que la tête des différents marionnettistes mais pas trop haut pour que l'on puisse voir la marionnette quand le bras est levé. La place assignée aux spectateurs doit aussi être spécifiée. Enfin, le son, la musique, la parole ou le silence qui l'accompagnent sont la dernière caractéristique. Des auteurs prestigieux tels Goethe ou Jarry ont écrits des textes pour marionnettes. Ces dernières ont aussi interprété des œuvres du grand répertoire, comme le Don Juan de Molière. Mais la marionnette préfère quand même aux grands discours les répliques

cinglantes ou les onomatopées accompagnées de bruitages, et la pièce, rarement écrite n'est généralement qu'un canevas pour l'improvisation. Les spectacles ont aussi parfois un fond musical. Celui-ci est à l'origine sacré, mêlant incantations, appels des morts, instruments rituels et traditionnels.

III- La marionnette comme médiation psychomotrice auprès de sujets psychotiques

A) La médiation psychomotrice

« D'une manière générale, la médiation est la technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. La principale qualité du médiateur est sa capacité relationnelle.» (F. GIROMINI, 2012, p. 254)

La médiation thérapeutique est une activité pratiquée dans le cadre d'une relation thérapeutique. Elle est largement utilisée en psychomotricité et peut prendre plusieurs formes. Elle peut être d'ordre « artistique » comme la peinture, le dessin, le modelage ; d'ordre « ludique » : jeu spontané, jeu de société ; ou d'ordre « sportive » : équitation, escalade ou encore balnéothérapie. La médiation peut être considérée comme un processus dans lequel un objet devient médiateur de relation. La médiation est en même temps une mise à distance et un moyen de se rencontrer.

Certains médiateurs seront plus pertinents que d'autres selon la population concernée; le psychomotricien devra alors faire preuve de créativité, d'imagination, doit être engagé dans son choix de médiation et devra l'avoir expérimenté auparavant ou du moins bien le connaître, en mesurer les tenants et aboutissants. De son investissement, de son intérêt et de son plaisir dépendra le vivant de l'échange avec les patients.

Pour C. Potel, les objectifs des médiations en psychomotricité sont : « de proposer un lieu d'expériences, de sensations, de perceptions ; de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique dans un étayage relationnel structurant ; d'aider à la transformation des éprouvés en représentation. » (2010, p. 367). Les médiations sont des détours pour la symbolisation.

Le psychomotricien a pour objectifs d'aider le patient à passer d'un corps ressenti à un corps représenté, des émotions aux affects, de la posture à l'attitude, du mouvement au geste et des pulsions à la représentation. Ces passages correspondent en fait au processus de symbolisation, qui est souvent défaillant voire inexistant chez les sujets psychotiques. La marionnette, en tant que médiateur ou médium, peut tisser du lien entre ces différents niveaux et donc peut être symboligène. Mais qu'est-ce que la symbolisation ? Qu'en est-il chez le sujet psychotique ?

B) Marionnette et symbolisation

1- Symbolisation: définition

La symbolisation est « l'action de symboliser », qui consiste à « exprimer par un symbole ». Autrement dit, c'est l'action de représenter par un symbole. Elle correspond à un processus. R. Roussillon distingue le processus de la symbolisation primaire, qui mène de la chose à la représentation de chose, du processus de la symbolisation secondaire qui mène de la représentation-chose à la représentation-mot et donc au langage.

Deux niveaux de représentation sont alors distingués : la représentation de chose et la représentation de mot.

La représentation de chose, qui caractérise le système inconscient, « est dans un rapport plus immédiat avec la chose ». Ce serait la première représentation de la chose, sous la forme d'une image. Elle consiste en un investissement de traces mnésiques éloignées et dérivées des premières expériences vécues.

La représentation de mot serait la plus élaborée et secondaire à la représentation de chose. Elle serait le signe de l'accès au langage.

R. PELSSER met en avant dans la psychose le désinvestissement de la représentation de chose. Alors que les individus en bonne santé sont conscients que le symbolisant renvoie à autre chose que lui-même et ne se réduit pas au symbolisé, le symbole est, pour les sujets psychotiques, « complétement substitué à l'objet » (S. FREUD, cité par R. PELSSER, 1989, p. 716). Pour M-F Richard, il existe une pathologie où « le Moi, par défaut constitutionnel, ne peut plus assumer sa fonction contenante» (1989, p. 39). Il parle alors de « pathologie du contenant psychique », comme c'est le cas chez le sujet psychotique. La fusion et l'indifférenciation avec l'objet persistent et ne laissent pas de place au registre symbolique.

2- Origine de la symbolisation et de ses failles: données psycho-dynamiques

Les données psycho-dynamiques suivantes expliquent les conséquences du défaut de l'identification projective dans les interactions précoces sur l'apparition de la psychose et son impact sur les processus de symbolisation.

a- La « position schizo-paranoïde » de M. Klein

Les positions schizo-paranoïdes et dépressives sont des phases du développement et des subdivisions du stade oral.

M. Klein entend « position » comme la forme spécifique des relations objectales, des angoisses et des défenses qui persistent tout au long de la vie.

Dans la position schizo-paranoïde, le nourrisson n'est pas attentif aux personnes, les relations concernent les objets partiels et les processus de clivage et l'angoisse paranoïde prédominent. Contre la crainte de l'écrasement et de l'anéantissement de l'objet idéal par les objets persécuteurs susceptibles de pénétrer dans le Moi, celui-ci développe des mécanismes de défense : l'introjection, la projection et l'identification projective.

L'identification projective est précieuse car elle fournit la base de formation de symbole : en projetant des parties de soi dans un objet et en identifiant des parties de l'objet à des parties de soi, le Moi construit ses premiers symboles.

Dans le développement ultérieur, lorsque le Moi est suffisamment intégré et a établi avec la réalité une relation suffisamment sûre pendant l'élaboration de la position dépressive, les mécanismes névrotiques prennent peu à peu la suite des mécanismes psychotiques, sans pour autant totalement les remplacer.

Mais l'identification projective peut aussi engendrer des angoisses,: la crainte qu'un objet attaqué par la projection des mauvais sentiments se venge aussi par projection, ou l'angoisse d'avoir des parties de soi emprisonnées et contrôlées par l'objet sur lequel elles ont été projetées.

Et si les mécanismes de défense sont impuissants pour maîtriser l'angoisse qui envahit alors le Moi, ou si l'identification projective est utilisée dans une trop large mesure, alors le Moi se désintègre pour écarter l'angoisse. Le Moi fait de son mieux pour ne pas exister, tentative qui provoque une angoisse aigue spécifique, présentes chez les sujets psychotiques : celle de tomber en morceau.

b- La « capacité de rêverie maternelle » de W. Bion

Les identifications projectives normales ont pour but de communiquer à autrui des états affectifs, des éprouvés et des émotions, au départ irreprésentables pour le nourrisson. Le bébé dépose dans la mère ce qui n'est pas tolérable pour lui.

W. Bion décrit la « fonction alpha » de la mère, c'est-à-dire sa capacité à accueillir les éléments bruts, « bêta », de son enfant et à les transformer en éléments alpha pour les lui restituer et leur permettre de devenir des éléments de la pensée. La capacité contenante de la mère s'éprouve dans sa capacité à vivre pleinement les « persécutions » de son bébé, tout en reconnaissant que ce sont les siennes à lui. Elle peut alors les accueillir, les détoxiquer et les lui restituer de façon modifiée par son psychisme. Cette fonction est permise par « la capacité de rêverie maternelle » qui advient durant le « stade de développement primaire » décrit par D.W. Winnicott. La qualité des soins et de la relation va progressivement permettre à l'enfant d'intérioriser l'objet contenant. La « fonction contenante » est une « fonction symbolisante ». Ce qui contient, ce qui détoxique, c'est le processus de symbolisation.

Mais si le bébé ne rencontre pas un objet capable de réaliser ce travail, il réintrojecte sa détresse alors si augmentée qu'elle devient une « terreur sans nom ». W. Bion explique alors le « recours massif et exagéré au mécanisme d'identification projective», caractéristique du sujet psychotique. La personne projette sur les autres tous les affects insoutenables pour elle. Ces affects résultent de la pulsion de mort et sont de type persécuteur. La réalité extérieure devient alors menaçante, peuplée d'« objets bizarres».

3- La marionnette : médium malléable

« La fonction symbolisante de l'objet est la manière dont l'objet subjective ou permet au sujet de s'éprouver comme tel » (R. ROUSSILLON, 1999, p. 169). R. Roussillon parle du rôle de l'objet comme fondateur de la fonction symbolisante qui permettra ensuite de symboliser cet objet, c'est-à-dire que « l'objet est à la fois « à symboliser » et objet « pour symboliser » ». Le psychomotricien est alors présent auprès du sujet pour jouer le rôle de cet objet premier qui aide à symboliser, et qui propose peu à peu d'autres objets que lui-même pour symboliser l'expérience vécue.

Marion Milner met l'accent sur le rôle de l'environnement et de l'objet dans l'émergence et le déploiement des capacités de jeu, de symbolisation et de subjectivation du sujet naissant. C'est dans la transitionnalité que le jeu peut se déployer et que l'objet peut être utilisé. Celui-ci doit survivre à la destruction et pour se faire doit être suffisamment malléable. L'environnement doit fournir « périodiquement un espace et un temps délimités ainsi qu'un moyen d'expression [medium] malléable, de sorte que de temps en temps dans l'intérêt de la sauvegarde du Soi, il ne soit plus nécessaire de distinguer clairement entre intérieur et extérieur, Soi et Non Soi » (2000, p.52).
Le médium malléable selon R. Roussillon possède cinq propriétés principales dont l'interdépendance est essentielle : l'indestructibilté, l'extrême sensibilité, l'indéfinie transformation, l'inconditionnelle disponibilité et le caractère vivant du médium malléable.

La marionnette a ceci de particulier parmi les objets : elle doit subir une transformation pour acquérir son statut. Cette transformation parvient à changer cet objet anthropomorphe, en quelque chose de radicalement autre. Mais en même temps, elle assure que cet autre redevienne, après son détour par l'animation, un objet. C'est bien cet aller-retour qui fonde la transformation en question, qui peut d'ailleurs se résumer dans une définition possible de la marionnette comme « objet-qui-n'en-est-plus-un… pour y revenir ».

C) Marionnette et Jeu dramatique

Le jeu avec la marionnette se rapproche du jeu dramatique. Ce dernier propose comme médiation l'improvisation théâtrale et le faire semblant. La marionnette permet d'instaurer une distanciation supplémentaire pour les patients du groupe, pour qui l'engagement corporel peut être trop difficile.

Pour D. Oberle (1989 a), faire du jeu dramatique « c'est entrer dans un jeu d'improvisation à plusieurs, à partir d'une intention de départ, autour d'une situation faisant interagir les différents protagonistes […]. Il s'agit de créer un espace de jeu, différent de la réalité où un événement sera dramatisé ». L'improvisation permet de développer la créativité, l'écoute et l'échange. L'improvisation demande au comédien de puiser dans son imaginaire afin de soutenir et d'enrichir les propositions de son partenaire. L'imaginaire est l'un des processus intellectuels rendant possible la recherche d'une image mentale, image permettant d'accéder au symbole.

Trois règles principales sont mises en évidence pour différencier la réalité et l'imaginaire et favoriser le jeu : la première est de « jouer en interaction avec les partenaires en utilisant son corps », tout en restant dans le jeu et en respectant le faire semblant qui implique que tout peut être joué « comme si »; la seconde est qu' « avant le jeu, ce n'est pas le jeu, et après le jeu, ce n'est plus le jeu. » ; la dernière règle consiste à interpeller chaque patient au cours du temps de discussion.

Le Jeu Dramatique n'est pas le jeu spontané sans cadre précis, ni le théâtre où les rôles, les textes et la mise en scène sont établis. Dans le jeu dramatique, l'action s'inscrit dans un espace et une temporalité concrets et spécifiques, mais différents du réel. C'est dans ce cadre que les participants se lient avec leurs affects, leurs émotions et leurs représentations. Le jeu propose au patient de passer par le corps, ici par la marionnette, pour mettre en jeu les processus de symbolisation.

Le jeu dramatique a pour but le développement de l'expression et de la communication, c'est-à-dire le développement des facultés expressives à travers l'invention, l'imagination ou encore la créativité. Il a aussi pour buts le développement des capacités de relation et l'organisation de l'espace et du temps.

« Le jeu dramatique suppose un dire, un faire et un être, mais son originalité réside dans la singularité de sa parole. » (P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI, 2004, p. 200). Il se situe dans l'univers de la représentation.

En tout cela, le jeu avec la marionnette s'apparente au jeu dramatique.

En définitive, la mise en place d'un groupe thérapeutique en psychomotricité ne s'improvise pas. Le dispositif doit être pensé au préalable et être à la fois strict et souple afin de contenir et sécuriser le patient tout en s'adaptant à lui, en prenant en compte son fonctionnement, ses potentialités et ses limites. La médiation doit être connue du psychomotricien afin de l'utiliser à bon escient et de façon à ce qu'elle soit thérapeutique pour le patient.

Mais ce n'est pas tant la marionnette en elle-même qui est thérapeutique, mais ce qu'elle permet comme émergence et rencontre entre les différents niveaux relationnels intra, inter et trans-personnels.

PARTIE 2 : La marionnette et la (re)structuration psychocorporelle du sujet psychotique

Au début de la session marionnette, je ne savais pas à quoi m'attendre. Je n'arrivais pas à imaginer à quoi ressembleraient les créations, ni comment les patients joueraient avec derrière le castelet. J'ai observé et découvert au fil des séances tout ce que la marionnette pouvait solliciter : de sa création à sa mise en scène, c'est toute la dimension psychocorporelle du sujet qui est mise en jeu.

I- De la créativité à l'individuation du sujet

A) La créativité

Au sens large, la créativité se définit comme une « aptitude de l'individu à faire quelque chose : créer, produire des idées neuves, combiner, réorganiser des éléments » (B. DEMORY, 1984, p15). La créativité se définit comme une potentialité créative alors que la création désigne l'achèvement du processus. Pour F. Fouraste, « la création évoque un état de fait, la création un mouvement. » (1994, p. 177).

Il existe pour D. W. Winnicott une *pulsion créative*, qui est certes indispensable à l'artiste qui doit faire une œuvre d'art, mais qui est aussi universelle car elle est présente en chacun de nous.

Selon lui, il existe trois phases pour parvenir à un *état créatif*. Tout d'abord, le sujet doit être dans un état de détente. Deuxièmement, l'activité créatrice, physique et mentale, doit se dérouler sous forme de jeux. Enfin, la sommation de toutes ces expériences vécues doit permettre l'édification du sentiment de soi. C'est dans ces conditions que l'individu peut se rassembler et exister comme une unité.

Le cadre propice au processus de création est celui de l'espace potentiel. Cette notion rejoint celle d'aire transitionnelle, qui correspond à un troisième espace entre le monde interne et le monde externe, dans lequel le sujet peut jouer, rencontrer l'autre et se montrer créatif. Cet espace se crée dans la petite enfance, entre le nourrisson et sa mère,

qui à la fois les unie et les sépare. Pendant les premières semaines de la vie, le tout-petit vit dans un état de toute puissance magique. Pour renoncer à cette omnipotence et reconnaître l'existence de la réalité extérieure distincte, il va fabriquer, concevoir, entre l'interne et l'externe, une aire intermédiaire qui n'appartient ni à l'un ni à l'autre.
L'objet transitionnel intervient précisément dans cet espace ouvert entre la réalité subjective et la reconnaissance du monde extérieur. Il prend place dans le prolongement de cette illusion créative qui rend possible l'acceptation progressive de la réalité. Il permet l'accès à l'ordre symbolique. L'objet élu comme ayant une valeur transitionnelle est une première possession moi/non moi.

Pour que les phénomènes transitionnels apparaissent, le lien avec l'objet externe (la mère) doit avoir été suffisamment adéquat pour que se constitue dans le monde interne du bébé une idée de ce lien et qu'il cherche à le recréer. Si les situations n'ont pas été contenantes ni sécurisantes, l'enfant n'aura pas la possibilité de trouver cet espace et sera par la suite en difficulté pour investir l'espace extérieur, n'ayant pas intériorisé un lien sécurisé entre lui-même et l'environnement.

D.W Winnicott définit la notion de pathologie psychiatrique comme une absence de créativité, comme une « vie dans la soumission ». Toutefois, dans la pathologie, il n'y a pas destruction complète de la créativité, elle est seulement « bien cachée ». Or la créativité donne une dynamique de vie, procure la sensation d'être vivant et d'être soi-même.
En proposant un travail de fabrication d'une marionnette, c'est le potentiel créatif de chacun des patients que nous tentons de faire émerger.

L'objectif du groupe ne se limite pas à la fabrication de la marionnette. Ce vers quoi s'oriente son déroulement, c'est le jeu. D'ailleurs, D.W. Winnicott souligne que « c'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière.» (1971, p.110)

B) Rencontre avec la matière : la sensori-motricité au profit de la créativité

Avant la mise en forme de la marionnette, les patients sont assis devant des rouleaux de bandes de plâtre, des journaux… C'est aussi la rencontre avec les outils, les ciseaux et les pinceaux. Tous sont animés par le projet de faire une marionnette, qui n'est encore qu'un mot, qu'une idée faite de représentations plus ou moins précises et incertaines, ou encore qu'une énigme. Puis, chacun se confronte, de manière singulière, aux matières: Régis est insensible à leur contact, Jeanne hésite et paraît irritée, Louise prend le temps de les découvrir en les caressant et en les sentant, Léon bougonne parce qu'elles salissent ses mains tremblantes, Jean est curieux et les observe avant de s'atteler à la tâche, tandis que Acha agit franchement, en mettant la « main à la pâte ».

La nature même des différentes matières impose deux modes d'exploration. Un mode sensoriel, lié au contact charnel avec des matières et un mode plus intellectuel, poursuivant un projet, une conception. Ces deux modes de création se chevauchent, s'imbriquent l'un dans l'autre et rendent possible la créativité, le plaisir, mais aussi les frustrations et les blocages.

1- L'intelligence sensorimotrice de Piaget

Pour Piaget, la pensée naît de l'action. Il définit trois grandes étapes :

- l'intelligence sensorimotrice du nourrisson qui consiste à la construction de l'univers pratique,
- la pensée opératoire de l'enfant qui est la connaissance de l'univers concret,
- la pensée hypothético-déductive de l'adolescent qui reconstruit le monde.

C'est ici la première étape qui nous intéresse. La période sensorimotrice se déroule de 0 à 2 ans. Au départ, l'enfant est centré sur lui-même. L'intelligence se fait sans pensée, ni représentations, ni langage et ni concept. Elle fait intervenir la perception, les attitudes et le mouvement, sans évocation symbolique, faute de langage. L'enfant va donc découvrir le monde grâce à ses différents systèmes sensoriels, qui vont être plus sollicités que d'autres. Cette découverte du monde, va l'amener à réaliser des schèmes moteurs : c'est l'assimilation. Vers 8-9 mois, l'enfant va commencer à combiner ces schèmes moteurs afin d'agir sur son environnement. L'enfant est donc amené à faire plusieurs combinaisons différentes et donc réaliser des actions qu'il n'a jamais faites auparavant. C'est l'accommodation. L'enfant est dans ce phénomène, lorsqu'il se trouve face à un problème

et qu'il ne possède pas de combinaisons de schèmes moteurs déjà existantes pour l'action nécessaire à la résolution du problème. C'est à ce moment-là qu'on va parler d'*intelligence sensorimotrice*. Par la suite il n'aura plus besoin d'agir sur l'objet pour inventer de nouveaux moyens. Durant toute son enfance, l'enfant va inventer des moyens sans forcément passer par l'action mais en faisant des combinaisons mentales. Ainsi, ces combinaisons intériorisées font office de transition entre intelligence pratique et intelligence symbolique.

La créativité et l'intelligence sensorimotrice sont donc toutes les deux à la recherche de nouvelles idées pour trouver des solutions.
Tout comme l'enfant durant cette période, on peut penser que les patients du groupe, en structurant leur marionnette, se structurent eux même comme sujet.

2- Acte créateur comme geste renforçateur du Moi

Les patients sont placés tout contre la table et leur création évolue proche d'eux, plus ou moins au niveau de leur ventre. Les mouvements d'extension et de flexion des bras vont donc de l'extérieur vers leur marionnette, mais aussi vers leur propre centre. En nourrissant leur création, ils donnent l'impression que c'est aussi un peu eux même qu'ils remplissent. C'est aussi ce que l'on a travaillé lors d'une première partie de séance, axée sur un aller-retour centre/périphérie. Par exemple lorsqu'avec un tissu en boule nous nous massons des extrémités du corps (pieds, mains, crâne) vers notre centre, il s'agit de nous reconnaître en tant que sujet en portant notre attention sur notre centre et donc notre axe, et donc de renforcer notre sentiment de sécurité interne dans la perspective d'entrer en relation avec autrui.

D'autre part, ces mouvements se placent dans l'axe avant-arrière, que B. Lesage dit être celui de « l'entreprise, de l'engagement dans l'action. […] C'est l'axe du *pouvoir faire*, du possible, de l'engagement » (2012, p. 154). En s'engageant dans ce processus de création, les patients sont acteurs et architectes de leur espace.

C) Quand la marionnette prend forme : d'une fusion à une distanciation

1- Emergence d'une enveloppe spatio-temporelle intime autour du créateur et de sa marionnette

Les corps se mettent en mouvement, les membres supérieurs faisant des allers retours entre les matériaux posés au centre de la table et les marionnettes qui se matérialisent en face d'eux, à une distance de 15 à 40 centimètres, qui correspond à la *distance intime* de E.T. Hall (1966). « Ce qui est surprenant, c'est cette extension entre le corps, les mains de celui qui modèle, et cette matière, comme une extension vivante, une prolongation de l'organe tactile de la surface du corps. Il y a donc une ouverture, une absence de limite entre le dedans et le dehors pendant la création » (F. BAYRO-CORROCHANO, 2002). Un champ spatial propre se constitue, englobant le sujet et sa création. Tout ce qui se passe entre le corps qui agit et l'espace qui l'enveloppe semble être d'une extrême importance, tout au moins tant que les frontières, psychique et corporelle, n'en seront pas suffisamment définies. De plus, pour A. Stern, qui voit l'acte de créer comme une nécessité absolue, l'œuvre effectuée engage une conscience intime entre elle et son créateur et ne peut être pervertie que par tout discours extérieur.

C'est peut-être tout cela qui explique ma retenue de trop intervenir pendant le temps de création : si je touche ou m'approche de la marionnette, c'est l'espace intime du patient que j'intruse. C'est peut-être cela qui explique aussi que, tant que la marionnette n'est pas terminée, il est difficile pour Louise de quitter la salle, que Jeanne n'imite pas les autres ou encore que les patients insistent pour ranger eux-mêmes leurs créations.

A la première séance de création, mon maître de stage a mis un fond sonore musical. Nous n'avons pas pensé à faire de même les séances suivantes, et c'est tant mieux, car cela a laissé place à l'émergence d'un tempo personnel de créativité, contenu par un rythme commun imposé par le cadre du groupe.

Les actes d'éloignement et de rapprochement des bras du corps et de balancements, décrits ci-dessus, s'inscrivent dans une rythmicité propre à chacun. C'est sur ce fond rythmique que se crée la marionnette. Les mouvements pour coller les bandes de plâtre sont répétitifs, or le travail de répétition renforce le sentiment d'existence : « le temps est aboli pour le sujet lui-même qui, en répétant, se trouve assuré d'être toujours vivant. » (F. SCHOTT-BILLMANN, 1994, p.119)

Plus la marionnette prend corps, plus elle devient support. Il est alors possible pour le patient de décoller de celui-ci et d'y revenir, mettant en jeu un aller-retour entre séparation et retrouvailles et laissant une trace à chaque acte créateur et donc à l'existence du sujet. La rythmicité participe à constituer le sentiment d'enveloppe en ce qu'elle produit comme illusion de continuité.

2- Quand la marionnette tourne le dos à son créateur

Lorsque les patients conçoivent leur marionnette, c'est une relation duelle que nous percevons, un face à face. Alors que le processus de création se déroule dans le silence, il se termine soudainement et certains patients s'exclament alors : « voilà c'est fini ! », « voilà mon bébé !». D'autres, comme Régis, se figent, fixent leur travail achevé en l'éloignant pour l'observer dans son ensemble et attendent le jour de la présentation pour le montrer. Chacun à leur tour, à leur rythme, les patients offrent leur création au regard de l'autre. La fusion est dès lors brisée, le cordon ombilical semble coupé.

Avant cela, je me demandais pourquoi Régis fixait ainsi sa marionnette. Il semblait s'interroger sur ce personnage qu'il a créé, comme perplexe du résultat. Alors que Régis donnait l'impression d'être démiurge de son univers, c'est-à-dire avoir le contrôle des formes qui le composent, voilà que celles-ci peuvent manifester leurs exigences et dicter progressivement leur contour définitif. Bien qu'il tire sa marionnette du néant, il en résulte que son personnage s'impose à lui. C'est en cela aussi qu'une distance se crée entre la marionnette et son créateur.

C'est le jour de la présentation de la marionnette, donc de sa mise en scène, que la *distance intime* entre le créateur et sa création disparaît pour laisser place à la *distance personnelle* (E-T. HALL, 1966). Bien que la marionnette soit dans le prolongement du corps du manipulateur, celle-ci est éloignée de la longueur de son bras, lui tourne le dos, est en hauteur et est offerte au regard de tous. Parfois même manipulée à l'aide d'un bâton, le contact entre la marionnette et le marionnettiste n'existe plus. Elle n'est plus un objet transitionnel dans sa fonction d'objet privé, mais devient un *objet relationnel* et ce à plusieurs niveaux : entre la marionnette et son créateur, entre les deux marionnettistes, entre les marionnettistes et les spectateurs. L'objet médiateur devient un *objet de relation* au sens de R. Roussillon, qui est « un objet de partage qui doit pouvoir être utilisé par deux personnes en même temps, bien que ces deux personnes l'utilisent de façon différente. » *L'objet de relation* appartient au champ de l'intermédiaire, qui détermine des lieux et des objets qui ont un statut d'entre deux.

II- L'image de la marionnette à l'image du corps de son créateur

J'ai été frappée par la ressemblance d'une part entre le créateur et sa création : en effet chaque marionnette possède une caractéristique physique de son créateur et d'autre part entre le sujet et son dessin du bonhomme réalisé lors du bilan (« *dessinez-vous* »), qui certes permet d'évaluer le schéma corporel, mais qui donne également une idée de l'image du corps de façon qualitative et subjective. De plus, comme expliqué auparavant, il existe un corps à corps entre le sujet et la matière et donc une faible distinction entre eux. C'est alors toute l'enveloppe psychocorporelle du patient qui est mise en jeu dans le processus de sa création. Je me suis alors demandé de quelles façons la marionnette sollicite l'image du corps de son créateur.

A) Autour du concept de l'image du corps

1- L'image inconsciente du corps de F. Dolto

« C'est grâce à notre image du corps portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » nous dit F. Dolto (1984, p. 23).

J. de Ajuriaguerra (1974, p.83), définit le schéma corporel de la manière suivante : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, il réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, et qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. » Le schéma corporel est le modèle perceptif du corps, permanent bien qu'évolutif. Il est à la fois conscient, préconscient et inconscient. Il est la référence constante de nos relations avec le temps, l'espace et l'environnement.

L'image du corps, elle, est l'idée en perpétuel remaniement que chacun se fait de son propre corps. Contrairement au schéma corporel, cette image est subjective, inconsciente, libidinale, et liée aux affects.

Il existe trois composantes de l'image du corps. Il y a d'abord cette *image de base*, qui garantit la *mêmeté de l'être*, à travers les changements de la vie. Cette image nous donne « le triple sentiment d'être stable dans l'espace, de rester le même dans le temps et de rester consistant face à l'altérité des êtres et des choses » (J.-D NASIO, 2007, p. 215). Elle est également une *image fonctionnelle*, en mouvement, en visant l'accomplissement

du désir. F. Dolto ajoute que c'est grâce à cette composante fonctionnelle que l'image du corps « s'objective dans la relation au monde et à autrui ». L'*image érogène*, associée à l'image fonctionnelle, se réfère à la libido en relation à l'autre.

L'image du corps est donc pour Dolto la « synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images, reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique ». En tout cela, l'image du corps est une fonction structurante qui organise la situation du sujet dans le monde, dans son monde, qui le rend plus ou moins capable d'entrer en relation. C'est une fonction symbolique.

2- L'image du corps du sujet psychotique, selon G. Pankow

G. Pankow (1969) attribue à l'image du corps deux fonctions. La première concerne sa structure spatiale, sa *forme*, en tant que cette structure exprime un lien dynamique entre les parties et la totalité du corps. La seconde fonction concerne la structure en tant que *contenu* et *sens*.

Le sujet psychotique n'est pas capable de reconnaître l'unité de son corps. G. Pankow parle d'un *corps dissocié*. La dissociation peut apparaître sous différents aspects : ou bien une partie prend la place de la totalité du corps, ou bien il y a une confusion entre le dedans et le dehors où des éléments de l'image du corps réapparaissent dans le monde extérieur sous forme d'hallucinations. La dissociation peut donc se définir comme une déstructuration de l'image du corps, telle que ses parties perdent leur lien avec le tout, pour réapparaître dans le monde extérieur. Cette absence de lien caractérise la schizophrénie. Cette pathologie est un trouble de *la forme*. Or c'est par la reconnaissance et la nomination des formes que l'on peut atteindre la pensée. G. Pankow dit aussi que la personne schizophrène a perdu son corps vécu : « le malade ressent son corps comme un récipient qui a perdu son contenu », telle une enveloppe vide, un contenant sans contenu.

La méthode de structuration dynamique de l'image du corps vise d'abord chez le sujet schizophrène la dialectique entre la forme et le contenu de cette image, pour réparer et retrouver l'unicité de son propre corps. Une fois les limites du corps (re)trouvées, le corps du sujet est habitable et le sujet peut ainsi s'inscrire dans le temps de son histoire et entrer en contact avec autrui. En effet, « le corps en tant que corps habité est la condition de notre être au monde ».

Donc l'image du corps « est la référence spatiale, voire la projection, d'une structure symbolique dont le dynamisme est à relancer ». D'où le travail graphique qu'elle propose aux enfants psychotiques, notamment avec la pâte à modeler : l'enfant y projetterait son image du corps au travers d'une réalisation agie.

3- La peau dans l'image du corps

E. W. Pireyre (2011), psychomotricien, après avoir réalisé la synthèse des connaissances psychanalytiques et neurophysiologiques actuelles sur l'image du corps, pense l'image du corps sous une forme *composite*, c'est-à-dire constituée de divers éléments. La peau, physique et psychique, est l'une des neuf sous composantes.

D. Anzieu (1985) s'appuie sur le principe freudien selon lequel toute fonction psychique se développe à partir d'une fonction corporelle pour poser l'hypothèse que le Moi-peau s'étaye sur les fonctions de la peau.

> « L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien être de base. […] Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel. »

Huit fonctions du Moi-peau en découlent et certaines d'entre elles semblent être défaillantes chez quelques patients du groupe : celles de maintenance, de contenance et de pare excitation. Dans la fonction de *maintenance*, de même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, le Moi-peau remplit une fonction de *maintenance* du psychisme. Cette fonction apparaît avec le *holding*, qui fait référence aux attitudes et aux comportements de maternages lors des premiers échanges entre la mère et le bébé de par le portage physique et psychique. La fonction de *contenance* est rendue possible grâce au *handling*, c'est-à-dire la façon dont la mère prend soin de son enfant. « Le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique ». Dans la fonction de *pare excitation*, la couche superficielle de la peau protège la couche plus sensible de celle-ci et l'organisme. Si l'épiderme fait défaut, alors le pare-excitation peut être cherché en appui sur le derme : c'est la seconde peau musculaire (E. Bick).

B) La marionnette et l'enveloppe corporelle des patients : d'un corps morcelé à un corps unifié

Acha s'habille avec de très nombreux pulls et manteaux qu'elle n'enlève jamais dans l'hôpital de jour, bien qu'il y fasse chaud. Durant les séances de création, elle n'enlève que quelques couches, seulement après avoir fait le tour de la salle en tâtant les murs, comme pour s'assurer de la solidité du cadre et donc de sa contenance. A la fin des séances, elle repart en oubliant ses vêtements ôtés, ce qui nous surprend beaucoup. Elle s'applique beaucoup de fond de teint sur le visage et se présente chaque semaine avec une perruque différente. Acha a enveloppé la tête de la marionnette d'une part avec beaucoup de scotch, puis ensuite en superposant de nombreuses bandes de plâtre. Elle a ensuite fixé une grande perruque blonde sur le crâne. Lors de la dernière séance de création qui consiste à habiller et à maquiller la marionnette, Acha enroule le corps avec de nombreux tissus, enveloppant même les bras, mais ne la colore pas du tout. Elle exprime que si elle commence à « colorier », elle ne pourrait plus s'arrêter, pour « boucher tous les trous ».

Les enveloppes corporelle et psychique semblent être mises à mal chez Acha. Le système peau paraît troué et semble donc défaillant dans sa fonction de *maintenance*, qu'elle essaye de compenser en superposant des vêtements ou en s'appliquant beaucoup de maquillage. Elle a protégé sa marionnette avec ses propres mécanismes de défense (tissus et perruque). Une fois sa marionnette terminée, elle s'est autorisée à toutes les séances suivantes à se dévêtir, sans avoir besoin de tester les limites du cadre, et n'a plus jamais oublié ses vêtements. On peut penser qu'elle a intégré son enveloppe propre, de la même manière que l'intériorisation et le sentiment de l'enveloppe se construisent et se déploient à partir de ce que G. Haag (1991) décrit comme des *boucles de retour*. Dans celles-ci, le bébé plonge dans l'objet, dans une relation symbiotique, puis se sépare en emportant un peu de l'enveloppe commune qui, dans le lien symbiotique, le relie à l'objet. Il semble que l'individuation se produit à partir d'une phase de symbiose, ici une symbiose avec la marionnette en cours de réalisation. Ceci pourrait expliquer le fait que plusieurs patients oublient leurs vêtements en fin de séance tant que le processus de création de la marionnette n'est pas achevé. Ils auraient eux aussi déposé une part d'eux même dans leur marionnette.

Sur la marionnette de Régis transparait une rigidité, autant que sur lui-même. A la vue de son hypertonie, de sa posture et de son impénétrabilité, j'émets l'hypothèse qu'il a développé une seconde peau musculaire (le feuillet externe devient rigide, résistant,

clôturant), alors que le feuillet interne de la peau peut s'avérer troué et poreux, caractéristique d'un *Moi-passoire* (D. ANZIEU, 1999). Il a figuré cette carapace tonique sur le corps de la marionnette en superposant de nombreuses bandes de plâtres sur la tête, mais aussi au niveau des bras, leur donnant un volume important, une forme carrée et paraissant incassable. L'image de la marionnette apparait ici à l'image de son créateur.

De plus, d'une part il sépare les différentes parties des membres supérieurs de la marionnette, et d'autre part il exprime lors du bilan qu'il a « besoin de se raccrocher à quelque chose pour ne pas tomber ». Ceci peut traduire une angoisse de morcellement qui peut s'expliquer par un échec de la fonction de *pare-excitation* du Moi-peau.

Mais en donnant une forme aux mains, aux avant-bras, aux bras et aux épaules, les fixant à l'ensemble de la marionnette et en les nommant , c'est comme s'il rassemblait les images éparses qu'il s'est constitué de son propre corps, tendant à l'amener vers un sentiment d'unité psychocorporelle et à accéder à la représentation et à la symbolisation.

Le psychomotricien et moi avons été surpris de voir Régis peindre sa marionnette en jaune et nous nous sommes longtemps interrogés sur les raisons qui l'ont amené à agir ainsi. Pour ma part, j'ai pensé qu'il a en fait harmonisé l'ensemble de la marionnette à la couleur du carton qui représente le corps. Cela peut paraître être un bon signe : il a unifié l'ensemble du corps, intégrant ainsi toutes les parties à un tout. Mais à la vue de sa réaction lorsque Jean lui demande s'il a la jaunisse et son regret que sa marionnette ne soit pas plus réaliste, il est possible que Régis se soit senti obligé de procéder ainsi. Il n'a pas pu anticiper le fait que le carton ne serait pas visible, qu'il serait plus tard caché par des tissus.

La marionnette de Jeanne, quant à elle, de par sa blancheur, son vêtement transparent, les bandes de plâtre agencées avec peu de soin, les fils de fer visibles, évoque l'idée d'un fantôme. Ses contours donnent l'impression d'être inachevés, percés, troués. Bien que Jeanne ait été en difficulté pendant le travail de création, celle-ci est à son image. En effet, les soignants la décrivent comme une « femme transparente » et elle se présente de façon non soignée, jusqu'à même dégager une odeur très forte, qui imprègne rapidement la salle de psychomotricité pendant la séance. C'est parfois même à cause, ou grâce à son odeur que les soignants remarquent sa présence. C'est comme si une enveloppe olfactive s'était constituée pour compenser la défaillance de son enveloppe corporelle. En effet, la fonction de *contenance* du Moi Peau paraît carencée. Cette carence peut entraîner deux formes d'angoisse : l'angoisse qui se traduit par une topographie psychique d'un noyau sans écorce, où le sujet va chercher une écorce substitutive, en s'enveloppant dans la souffrance, ou bien l'angoisse d'avoir un intérieur qui se vide, suite à une enveloppe

existante mais trouée et discontinue. L'angoisse de Jeanne est permanente, perceptible par un hoquet fréquent. Peut-être qu'il s'agit de cette enveloppe de souffrance dont parle D. Anzieu.

En disant « il va falloir que je la rende jolie de l'intérieur », on s'aperçoit tout de même qu'elle différencie le dedans et le dehors. Peut-être que sa peur d'aller jouer derrière le castelet est due à la crainte de ne plus savoir quoi dire, d'avoir une fuite de ses idées, d'avoir son intérieur qui se vide. Les deux types d'angoisses conséquentes de la défaillance de la fonction de *maintenance* sont visibles chez cette patiente.

Comme expliqué dans la partie clinique, Jeanne paraît finalement à l'aise lorsqu'elle joue avec la marionnette, cachée derrière le castelet. On peut supposer qu'être à l'abri du regard de l'autre, qui peut être pour elle perçant et inquiétant puisque son enveloppe est non intégrée, peut ôter cette angoisse. On peut même penser que le paravent, qui est solide, opaque, pallie sa transparence, lui constitue une enveloppe et donc la protège. Cela peut ainsi lui permettre de s'exprimer, de jouer, d'être créative et donc de parvenir à la quête de soi.

C) D'une marionnette comme un autre soi à une marionnette comme un autre que soi

Lorsque l'œil de la marionnette tombe, Jeanne montre à ce moment-là beaucoup d'angoisse et elle se touche à ce moment-là plusieurs fois les yeux, comme pour vérifier qu'ils sont toujours à leur place. Si la marionnette perd son œil, elle aussi peut perdre le sien. Nous remarquons le collage entre elle et sa marionnette, une indifférenciation entre elle et sa création, qui font dans ce cas-là émerger des angoisses de morcellement.

Lorsque Jeanne doit citer les points communs et les différences entre elle et sa marionnette, elle exprime très peu de choses. Mais elle fait tout de même le lien entre les activités que pratique son personnage et celles qu'elle aimerait faire dans la vraie vie, c'est-à-dire la danse, la peinture et le cinéma. Ce qui m'a surpris, c'est que les activités qu'elle a cité ressemblent fortement au contenu des séances du groupe. En effet, je fais le rapprochement entre la danse et la pratique corporelle du début de séance, la peinture et le travail de création, et enfin entre le cinéma et le théâtre de marionnette. Les deux premières activités citées sont difficiles pour elle. Alors qu'elle n'arrive pas à exprimer ses difficultés aux temps de parole, Jeanne use peut être de sa marionnette pour le faire et projette sur elle celle qu'elle aimerait être.

Alors que le bilan révèle des difficultés d'imagination, Jeanne est très surprenante dans le jeu avec la marionnette: elle invente et créée des scénarios qui s'éloignent de sa vie quotidienne, improvise, pimente les scènes, s'affirme et s'exprime avec aisance. Or dans l'acte d'animer sa poupée, le marionnettiste est devenue comédien et son comportement subjectif rejoint d'une certaine manière celui de comédien de théâtre. Ainsi, A-C Gervais spécifie que :

> « Le marionnettiste doit tenir à la fois du type de comédien positif (celui qui joue pour se trouver, pour faire entrer dans son personnage des éléments de lui-même, pour se projeter dans son personnage) et du type de comédien négatif (celui qui joue pour se fuir, pour pénétrer dans une autre personnalité, pour trouver une évasion, pour créer au-delà de lui-même, pour s'enrichir de la substance de son rôle). […] Il joue pour se trouver dans un personnage qui l'enrichit. Il s'établit un circuit qui va de lui à la poupée et revient de la poupée à lui. Il se donne à la poupée qui, à son tour, lui donne le personnage. » (1947, p.35)

Alors qu'au début Jeanne se différencie peu de sa création, c'est peut-être le comédien négatif qui prédomine ensuite, qui peut s'expliquer par la dévalorisation qu'elle a d'elle-même. Néanmoins, je ne pense pas que ces deux comédiens en une personne soient séparables. Ainsi, en façonnant un personnage, c'est elle qu'elle façonne aussi. Le jeu avec la marionnette permet à Jeanne de faire émerger des potentialités jusque-là insoupçonnées et de lui révéler une facette de son identité qu'elle ignorait. L'accompagner à en prendre conscience est favorable à une structuration et une revalorisation de soi.

Le jour des présentations des marionnettes et lors des premières scènes, on peut se demander si vraiment Régis se différencie de sa marionnette, bien qu'elle soit distancée de lui. En effet, il la nomme avec son deuxième prénom et l'adresse de domicile, la profession, l'histoire attribuées à son personnage sont identiques aux siennes. Il y a une indistinction entre son identité et celle de sa marionnette. A tel point que Régis refuse de jouer des scènes qui s'éloignent trop de ses habitudes et de sa réalité. Faire semblant, faire « comme si » est très difficile pour lui, voire impossible. Tout à coup, tout me paraît fragile chez cet homme. Les rituels, les mêmes vêtements achetés plusieurs fois, la crainte d'imiter les autres s'il ne passe pas le premier… toutes ces défenses pour peut-être se protéger de l'anéantissement du Moi. Un petit grain de sable dans les rouages psychomoteurs peut suffire pour que tout s'écroule. Est-ce qu'inventer un personnage trop

différent de lui menacerait sa propre identité? Est-ce que fuir, s'évader, créer au-delà de lui-même signifierait disparaitre, ne plus exister? En effet, dans les pathologies psychiatriques graves, « l'identité est inexistante ou au mieux fragile. » (E.W. PIREYRE, 2011, p. 62). Pour D.W. Winnicott, c'est sur « un sentiment continu d'exister » que repose la structuration du Moi. Au vu de la déstructuration psychocorporelle de Régis, nous pouvons penser qu'il n'éprouve pas ce sentiment. *L'image de base*, qui garantit la *mêmeté de l'être*, est sûrement atteinte. Or faire semblant, jouer un rôle, c'est se décentrer, tout en gardant un moi intègre. Donc un Moi qui n'est pas structuré, un narcissisme trop fragile, peuvent expliquer les difficultés de Régis à faire semblant, à créer à son personnage une identité différente de la sienne. La marionnette de Régis pourrait être considérée comme une prolongation de son être dans le jeu et comme une affirmation accrue de son existence. Ainsi visée, la marionnette est un truchement, ou même un écran réflecteur, qui peut renvoyer à Régis une vision de lui-même.

Mais lorsque, dans le jeu, son personnage *Daniel* accepte volontiers d' « aller voir les filles à Pigalle », on peut supposer qu'à ce moment-là, Régis a réussi à se détacher de sa réalité, à créer et à sentir en lui une scission entre le rôle et lui-même. Le réel et l'imaginaire ne sont plus confondus et le symbolique peut émerger. De plus, cette « dépossession de soi donne le sentiment d'une existence plus vive, plus réelle ». (F. GIROMINI, 2012, p. 262)

III- La marionnette : une médiation à corps-voix

« La marionnette n'est pas un but en soi mais un moyen d'expression intégré à tous les moyens d'expression qui font le théâtre. » (J. CHESNAIS, 1947, p.28)
Le marionnettiste, en tant qu'être humain, possède une expressivité personnelle. Il l'utilise pour donner la vie à sa marionnette qui elle, préalablement à sa mise en scène, est inerte. La marionnette est une vision dramatique qui tire sa substance d'un comédien qui l'anime et qui définit sa réalité par un public qui la crée. « La marionnette est un objet devenu un être par la vertu créatrice d'un jeu » (R-D BENSKY, 1947, p.79).

A) L'expressivité du corps du sujet psychotique entravée

« L'expressivité du corps rend compte de la capacité qu'a un homme à exprimer à un autre homme ses sentiments, ses émotions, ses affections, ses passions et ses pensées. » (F. CANCHY-GIROMINI, 1995, p.14). L'expressivité du corps s'inscrit donc dans une dimension corporelle relationnelle.

Le sujet psychotique, de par sa déstructuration psychocorporelle, est mis à mal dans son potentiel d'expressivité corporelle et donc de communication. Léon verbalise le vide de corps qu'il ressent et qui l'angoisse très fort : « c'est bien, nous avons comblé pendant une heure et quart le terrible vide de cette salle » dit-il au temps de parole à la fin de la seconde séance ; lors de la scène jouée avec Régis sur le thème de l'entraide, il décide le scénario et explique après le temps de jeu qu'il a « réellement le vertige et la peur du vide dans la vie », que son « corps est vide ». Un jour, alors que je le croise en arrivant devant l'hôpital, je lui demande si ça va et il me répond «si vous allez bien alors je vais bien, si vous allez mal alors je vais mal, car je suis comme un vase vide». Lors de l'épreuve du dessin du bonhomme de Régis, les yeux sont formés par deux cercles vides. Cela me fait penser aux propos d'A. Artaud quant au regard que peint Van Gogh dans ses autoportraits : « le regard prend la couleur atone du vide et de l'inerte qui le remplit ». Peut-être que Régis souffre du même vide que Léon, que ce dernier verbalise franchement. Suite à ces remarques, nous avons proposé au début de certaines séances des exercices de prise de conscience du corps, de l'intérieur du corps, en utilisant différents types de « toucher ». Ainsi les percussions osseuses peuvent permettre l'émergence d'un Moi-Os, les pressions favorisent l'émergence d'un Moi-Muscle et les frottements l'émergence d'un Moi-Peau.

Dans la première partie de séance, avec comme prétexte le futur jeu de la marionnette, nos propositions vont aller puiser dans les expériences sensori-motrices et kinesthésiques, vocales, dans les coordinations motrices, en favorisant des allers-retours entre les polarités toniques, en explorant les possibilités corporelles, pour ensuite progressivement les intégrer dans un contexte symbolique. Il s'agit alors de (ré-) apprivoiser ses sensations, d'arriver à mettre de l'huile dans les rouages de ses structures psychomotrices souvent verrouillées ou encore dispersées, de lier ses pulsions à des représentations, et de parvenir à une communication possible, favorable à une ouverture sur le monde et à une socialisation.

De quelles façons le dialogue tonico-émotionnel est sollicité dans le jeu avec la marionnette ?

B) La marionnette et la mise en jeu du dialogue tonico-émotionnel

M. JOVER définit le tonus comme l'état de légère tension des muscles au repos. Cette contraction est isométrique, permanente et involontaire. Les variations toniques sont en étroite relation avec l'activité cérébrale.

La tonicité est directement liée à l'affect par l'intermédiaire de la sensation. Ces trois éléments participent à « la fonction sémantique du système émotionnel » selon S. Robert Ouvray (2002). Cette interaction tonus/émotion s'inscrit dans des schèmes affectifs qui gardent l'empreinte des relations précoces, mais aussi du reste de notre vie.

L'émotion est l'«état particulier d'un organisme survenant dans des conditions bien définies accompagnées d'une expérience subjective et de manifestations somato-viscérales. » (DANTZER et LE MOAL, 1991). Pour Wallon, « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire » (H. WALLON, 1954, p. 130).

Dans le prolongement des travaux de Wallon, J. de Ajuriaguerra propose une définition du dialogue tonico-émotionnel : « la préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au langage verbal ultérieur et que nous avons appelé dialogue tonique. »

Pour E. W. Pireyre (2011), le dialogue tonico-émotionnel représente l'ensemble des canaux qui constitue le système de communication du corps, tels les attitudes, les modifications toniques, les mimiques, les gestes, les déplacements ou encore le regard.

Le sujet, lorsqu'il est derrière le castelet et manipule sa marionnette, doit utiliser plusieurs de ces canaux pour parvenir à réaliser sa mission de marionnettiste, tant dans la communication avec son partenaire de jeu qu'avec sa marionnette, ou encore avec le public. Il est important qu'il cherche à sentir l'émotion afin d'être capable de la transmettre à la marionnette qui la communiquera au public, qui la lui renverra à son tour. Les deux partenaires de jeu doivent écouter les répliques de l'autre et répondre aux émotions. Il se créé ainsi une chaîne dramatique, basée sur le dialogue tonico-émotionnel.

1- Le regard

C'est à travers le regard de l'autre que l'on se voit, que l'on se construit, que l'on existe. Avec la marionnette, le regard est partout : du côté du spectateur, du côté du marionnettiste et dans la marionnette. « Nous vivons dans un monde où les objets sont couverts de miroir » (P. GASCARD, 1962, p. 169).

Lorsque le sujet met pour la première fois en scène sa marionnette, il y a un passage d'une image spéculaire à une image spectaculaire (du latin spectaculum : qui se présente au regard de l'autre). La marionnette doit orienter son regard vers celui du public car « regarder les yeux de quelqu'un peut très largement signifier qu'on désire attirer son attention sur nous » (J. CORRAZE, 1980, P. 127).
La marionnette semble exister autant grâce à l'animation par le manipulateur que par la création passive du spectateur. Le regard de celui-ci prend acte, reconnaît et donne existence au personnage. Pour cela, le spectateur doit être complice, en se laissant illusionner par un grand nombre d'invraisemblances: la marionnette n'est pas grandeur nature, les yeux sont des boutons de vêtements, le visage et les bras sont figés, la marche est irréelle... La marionnette doit pouvoir offrir un tremplin visuel au spectateur sur lequel son imagination peut prendre son élan. Sur l'esquisse qui lui est donné, le spectateur peut laisser aller sa pensée et son rêve pour inventer le personnage. L'illusion peut opérer et le public pourra ainsi voir la marionnette sourire, faire la moue, fermer ou écarquiller les yeux, pleurer, froncer les sourcils…et se laisser toucher par une émotion. C'est peut-être ce qui est arrivé à Régis lorsqu'il a versé une larme devant deux personnages qui se séparaient.

Le regard que le marionnettiste porte à sa marionnette est très intense. Comme décrit dans la partie clinique, Jeanne fixe la sienne quasiment tout le long de la saynète. C'est comme si la regarder était un moyen de lui influer une émotion, une intention ou encore de vérifier que la marionnette agissait bien comme elle le désirait. En effet, plusieurs marionnettistes professionnels mettent en avant le paradoxe entre l'inexpressivité initiale de la marionnette et la gamme importante des possibilités expressives une fois qu'elle est manipulée. Ainsi, le marionnettiste peut être surpris, car la marionnette possède une certaine autonomie pas évidente à apprivoiser. Mais s'il faut un minimum d'habileté pour manipuler sa marionnette, il faut surtout qu'elle soit incarnée, grâce à un marionnettiste lui-même habité.

Lorsque la fin de la scène approche, nous nous regardons dans les yeux Jeanne et moi. Un hochement de la tête suffit pour que nous comprenions que la scène va s'arrêter là. Alors que Jeanne a d'habitude le regard fuyant, ici son regard brille et donne l'impression d'être à ce moment-là attentif et en même temps amusé de la situation de jeu. Nous sommes toutes les deux marionnettistes et nous avons à ce moment-là toutes les deux la mission de terminer correctement la scène. Il n'y a à ce moment-là plus de relation soignant/soigné. Nous sommes dans un entre-deux, dans une aire intermédiaire, entre jeu et réalité, protégées du regard des autres, entre relation avec sa marionnette, relation avec sa partenaire et relation avec le public, là-bas au loin. Parfois les deux premières relations peuvent prendre le dessus sur la troisième, ce qui expliquerait pourquoi souvent la marionnette de Jeanne n'est plus visible aux yeux des spectateurs. La relation avec Jeanne se poursuit jusqu'aux coulisses, où ses yeux rieurs et son sourire montrent son plaisir d'avoir joué ensemble. Il s'agit d'une réelle rencontre humaine, dans l'ici et le maintenant.

A la fin de toutes les scènes, dès que le patient sort des coulisses, il jette un œil au psychomotricien, qui le regarde toujours aussi, et balaye les regards des spectateurs. Par son regard, il cherche à obtenir un feedback (« retour d'information »). Le psychomotricien doit donc faire attention au regard qu'il émet car il est très porteur d'émotions, de significations et de sentiments.

2- Les postures et les attitudes

La posture est « la position du corps ou de ses parties, par rapport à un système de repères déterminés. Il s'agit donc de l'orientation des éléments corporels. ». (J. CORRAZE, 1980, p. 143).

La posture est rendue possible grâce à l'activité tonique minimale qui garantit un niveau de contraction optimum pour l'action. Le tonus postural représente aussi le substrat de l'affectivité et des émotions et porte la charge expressive du mouvement. La posture est donc déterminée par l'état tonique du moment, lui-même sous tendu par l'émotion. L'activité posturale est directement liée dans son aspect de représentation et dans ses liens avec l'image du corps, en ce que la posture porte d'états internes, d'éprouvés de la relation et de mouvements psychiques.

G. Struyf-Denis (1997) a décrit six stéréotypes posturaux correspondant à la mise en tension excessive d'une des six chaînes musculaires. Elle a aussi associé les postures à des personnalités. Régis, chez qui la chaîne antéro postérieure domine, effaçant ainsi les courbes de sa colonne vertébrale et allongeant son dos, entraînant une rectitude et un blocage en extension axiale, nous renvoie à une rigidité d'esprit. Bien que cette approche morphopsychologique soit critiquable, elle peut néanmoins nous servir de base de travail. Nous avons ainsi réalisé un travail d'association entre différentes postures, les émotions et les états affectifs auxquels elles renvoient, favorable au jeu de comédien mais surtout à une expressivité du corps adaptée dans la relation à l'autre.

Bien que la marionnette soit figée, les marionnettistes tentaient de faire prendre une posture à leur marionnette afin de soutenir ses différents propos et ses émotions pour qu'ils soient bien perçus par le public. Régis, en plus de pencher sa marotte en avant pour montrer que son personnage est honteux, la recule et la cache un peu plus derrière le castelet, nous donnant l'illusion qu'elle s'enroule. Lorsque nous lui faisons part de notre impression, il sourit et semble très flatté, lors du temps de parole après son passage, que nous ayons remarqué son « astuce ». Il nous explique qu'il s'est lui-même un peu replié derrière le castelet, comme quand il a « mal au ventre ». Il a donc associé la honte à la douleur qu'il arrive à représenter à travers la posture d'enroulement.

Lorsqu'il y a échec, lorsque les patients n'ont pas réussi à faire prendre la posture souhaitée à leur marionnette, ils sont face aux limites expressives du corps rigide de la marionnette. Ceci peut être frustrant et ils peuvent alors prendre conscience des infinies possibilités de mouvements de leur corps à eux, qu'ils déployaient au fur et à mesure du travail en début de séance.

L'attitude représente une organisation tonique relativement stable mais non définitive, une structure de base. Elle donne une forme au corps, propre à chaque individu.

D. Bordat (1962, p. 43), marionnettiste dans le domaine de la pédagogie infantile, pense que « pour chaque personnage interprété, en dehors des gestes particuliers par lesquels

nous essayons de définir son caractère et ses sentiments, il existe une attitude fondamentale, un maintien qui doit le définir nettement. Avant de vouloir l'animer […], il faut donc trouver, une fois pour toute cette attitude de base qui pourra être grave, légère, sérieuse, posée, lourde, désinvolte. ». Bien que les marionnettes du groupe soient constituées des mêmes matières, elles ont toutes une silhouette unique et propre, étrangement ressemblante à celle de leur marionnettiste ou à celle qu'ils aimeraient avoir. Jean, lorsqu'il cite les différences, nous dit que sa marionnette « se tient bien droite », contrairement à lui, et n'aura ainsi « jamais mal au dos ».

La démarche, tout comme l'attitude, varie et caractérise l'individu. A chaque personne correspond une manière de marcher qui la distingue d'autrui. Pour D. Bordat, il doit en être de même pour les marionnettes que l'on manipule. A-C Gervais (1962) décrit neuf « manières de marcher » : la démarche lourde, légère, dandinée, trémoussée, tremblante, grelottante, titubante, onduleuse et militaire. Toutes les marionnettes des patients se distinguent aussi par leur démarche. Bien que les patients du groupe ne soient pas marionnettistes, que les marionnettes soient privées de membres inférieurs, en habitant leur personnage, avec un peu d'eux même, ils offrent cette singularité expressive à leur personnage : *Daniel* possède une démarche militaire et *Nina* une démarche légère.

3- Le geste

Les gestes résultent d'un mécanisme neurophysiologique. Nous l'intégrons grâce à la prise de conscience progressive de notre corps et de notre environnement et ils nous permettent ensuite d'agir sur lui.

Les gestes recouvrent une autre dimension : ils ont une valeur « de communication et de relation » (J-C. CARRIC, 2001, p.75). Ils sont le lieu d'une inscription émotionnelle, affective et expressive.

Pour soutenir ces fonctions, les paramètres spatiaux, temporels et énergétiques du geste doivent être modulables. Le poids peut être décliné de fort à léger, c'est-à-dire que le geste est plus ou moins appuyé. C'est une utilisation qualitative de l'énergie. Le temps peut être décliné de soudain à maintenu. L'énergie soudaine jaillit dans un temps très bref, c'est un mouvement dynamique, alors que l'énergie maintenue est employée dans un temps long et uniforme. Le flux (ou écoulement) peut se décliner de libre à condensé. Le mouvement libéré échappe au contrôle du danseur. Le mouvement contrôlé de bout en bout est prudent et appliqué. L'espace, lui, peut être direct ou indirect. L'orientation de mouvement est net

et sans équivoque (on devine la fin du mouvement dès qu'il a commencé) lors de l'exécution d'un mouvement direct alors que dans le cas d'un mouvement indirect, la trajectoire est imprévisible et indéfinie.
La combinaison des facteurs entre eux définit un ensemble de possibilité et donc de poétique du corps différente.

Avant de pouvoir donner à sa marionnette une qualité expressive de mouvement, de déplacement, il faut que le sujet futur manipulateur ressente, vive et se représente ces différentes modulations afin de tenter et réussir à les lui transmettre. C'est en m'inspirant de la grille de l'effort étudiée par Laban (1994), décrite ci-dessus, que j'ai proposé des exercices corporels et vocaux saupoudrés d'imaginaire en début de séances. Ceci dans le but d'emmener les patients dans les registres de qualité de mouvement opposés à ceux dans lesquels ils sont habituellement. Cette grille, avant d'avoir été un outil de travail du geste, a été un outil de lecture des gestes des sujets du groupe. Après ces exercices, Régis qui faisait très peu bouger sa marionnette, lui a donné beaucoup plus de mouvement en jouant avec l'espace, le rythme et les variations toniques. Par exemple, lorsque sa marionnette est contente, nous la voyons « sautiller » : l'énergie est légère, soudaine, indirecte et libre; lorsqu'elle est inquiète, nous la voyons faire les cent pas et l'énergie est forte, maintenue, directe et condensée. La rigidité de la marionnette disparaît alors. Ces modulations sont visibles à travers la marionnette grâce à Régis. On peut penser qu'il les a sûrement ressenties, puisqu'il a dû lui-même se mettre dans cet état-là, et même de façon exagérée, pour l'influer à sa marionnette. Au temps de parole après son passage, comme il ne dit pas un mot sur ceci, nous le faisons pour lui, afin de lui permettre de se le représenter. Nous ajoutons que dans le jeu avec la marionnette, comme au théâtre, les mouvements doivent être exagérés pour toucher le public, alors que dans la vie, c'est un continuum entre ces différentes déclinaisons que l'on doit atteindre pour s'exprimer.

4- La voix

La voix se produit dans le larynx pendant l'expiration. Les cordes vocales qui y sont fixées ont la capacité de vibrer. Les fosses nasales et la bouche constituent le noyau sonore de la voix. Mais la voix est loin de n'être qu'une mécanique physique en jeu. La voix parlée « reflète mille nuances émotionnelles, toute une vie profonde. Elle implique quelque chose de plus qu'une donnée physique, à l'état brut : la résonance d'un psychisme et d'une vie organique ». (A. VILLIERS, cité par G. DUCOURNEAU, 1982, p. 199).

Les expressions « ça m'a coupé le souffle », « je suis resté(e) sans voix », utilisées dans le récit d'une émotion très intense, montrent bien que l'utilisation de la voix est étroitement liée à la respiration et à l'émotion. Notre voix se situe entre corps et langage. Le corps est responsable de la voix, le langage est porté par la voix. Notre santé dépend en partie de la liberté d'expression en général et d'expression vocale en particulier.

De par la rigidité de la marionnette, bien qu'il existe des astuces, des stratégies pour offrir au public l'illusion de mouvement, de geste ou de posture, la voix est le vecteur privilégié des émotions et des sentiments. Les patients marionnettistes doivent adapter leur voix à l'histoire en train de se dérouler, même fictive, au risque de briser les relations avec son partenaire et le public. En effet, si la voix ne correspond ni aux récits, ni aux mouvements de la marionnette, l'illusion n'opère plus, et ni le partenaire, ni le spectateur ne peut croire en l'existence du personnage mis en scène.

Dans le travail corporel, je propose différentes situations en sollicitant la voix. J'ai par exemple proposé un exercice où les patients du groupe doivent s'exprimer en « gromelot », c'est-à-dire en une suite de syllabes incohérentes. Le gromelot n'est compréhensible que par l'intonation et la gestuelle qui l'accompagnent. Alors que j'avais une certaine crainte en proposant cet exercice, tous les patients ont joué le jeu et ont très bien réalisé l'exercice. Selon l'émotion que je leur demandais d'exprimer, la prosodie changeait. C'est à dire que la tonalité, le rythme, le volume, l'accentuation… se modifiaient. Jeanne a dit à la fin de cet exercice que « c'est bien de parler gromelot, on ne doit pas réfléchir aux mots et on peut se lâcher». Jean lui, explique qu'il pensait à des situations de sa vie pour ressentir l'émotion et ainsi « réussir à la représenter ». Régis lui, modifie sa voix, certes, mais elle est comme inhabitée. Il réalise la consigne de façon plaquée, comme pour se conformer à ce qu'on lui demande de faire ou à ses pairs dans le groupe. C'est comme quand il nous dit bonjour avant le groupe : c'est peut-être pour lui une suradaptation à la réalité pour répondre aux exigences sociales, ou encore « une vie dans la soumission » dont parle D.W. Winnicott. La voix de sa marionnette est quant à elle davantage incarnée. Il en est de même pour Jeanne, qui, par la voix donne une forte existence à son personnage. Mais lorsqu'elle est mise à mal dans le thème des retrouvailles joué à trois, nous n'entendons pas du tout sa voix : bien que sa marionnette soit visible, elle ne semble pas exister et n'a aucun effet sur le spectateur. La voix est donc aussi un moyen d'affirmation de Soi, d'avoir une action sur l'interlocuteur.

Chez ces deux joueurs, comme chez les autres, les voix de leurs marionnettes sont différentes des leurs. Alors qu'il est très difficile pour Régis de se détacher du réel lors de l'invention d'un nouveau personnage ou au cours du jeu, sa créativité peut se manifester de façon inconsciente dans la voix, ce qui donne l'impression au spectateur de ne pas voir Régis malgré les fortes ressemblances identitaires, mais bien *Daniel*, un autre que lui.

C) La marionnette : un tremplin pour la médiation masque

Le corps du manipulateur est invisible au regard du spectateur et il est pourtant en jeu en animant la marotte. Au fur et à mesure, le patient qui manipule en prend conscience et utilise les exercices corporels de la première partie de la séance pour augmenter l'expressivité de la marionnette : « La poupée a imposé son irréalité, les hommes lui ont accordé la vie » (R-D BENSKY, 1947, p. 55). Et c'est peut-être en leur accordant la vie, que les patients en sont plus vivants. Cela favorise le passage entre la médiation marionnette et la médiation masque. En effet, dans le jeu d'improvisation masqué, le corps est le principal vecteur de communication d'émotions, de sentiments et d'affects. La voix, qui est le canal principal dans l'utilisation de la marionnette, est supprimée avec le masque. Les patients vont donc devoir davantage déployer leurs capacités d'expressivité du corps, afin d'une part de réussir à construire une histoire avec son partenaire de jeu et d'autre part, d'avoir un impact sur le public. Le corps du comédien sera le même que celui du personnage imaginaire mis en scène. La scission entre soi-même et le rôle sera essentielle, afin de créer un personnage autre que soi.

Le cadre spatial de la médiation marionnette, avec le castelet, matérialise nettement l'espace où l'on joue de celui où l'on ne joue pas, ce qui permet aux patients de ne pas confondre le réel et l'imaginaire et d'accéder au symbolisme. Dans le jeu avec le masque, la distinction est moins nette : ces deux espaces sont séparés par une corde posée au sol. Mais grâce au travail avec la marionnette, l'intégration de ces limites sera plus facile pour les joueurs.

La marionnette, utilisée avec les patients pour qui l'engagement corporel, la distinction entre le réel et l'imaginaire, jouer, créer, s'exprimer, exister et être en relation sont difficiles, est une médiation très pertinente à utiliser en psychomotricité. En s'inscrivant dans un cadre et un groupe bienveillant, sécurisant et structurant, elle permet de mettre le patient en confiance vis-à-vis de lui-même et des autres. Au vu de l'augmentation de l'engagement corporel au jeu masqué puis au jeu de rôle, la marionnette est, en plus d'une médiation, un tremplin pour l'évolution des patients au sein du groupe.

CONCLUSION

Au début de sa vie, l'enfant prête souvent aux objets qui l'entourent une vie imaginaire. L'objet qui l'accompagne dans toutes ses aventures l'aide à appréhender et à comprendre le monde mais aussi à s'en échapper, à ne pas se restreindre à ce monde parfois effrayant. En effet, en reproduisant à l'aide d'un objet un événement qui n'a pas de sens pour lui, l'enfant s'empare de l'inconnu et à force de répétitions perce le voile qui le sépare de la connaissance. Il peut aussi s'échapper du monde très codifié et parfois peu compréhensible des adultes et matérialiser l'abstrait de ses contes de fées, son monde magique où tout est connu et inoffensif car il en est le maître. Tout cela le rassure et lui permet de découvrir la vie en douceur.

Et si ce comportement existait depuis le début de notre existence? Et si les premiers hommes s'étaient eux aussi servi d'objets pour communiquer, donner du sens à ce qui n'en a pas, se rassurer? L'utilisation d'objets naitrait ainsi d'un besoin de repères. En leur insufflant de la vie, les premiers hommes auraient permis aux Dieux de se faire comprendre et de soulager leurs inquiétudes et leurs questionnements.

Ces objets sont un moyen de recréer la vie afin de la comprendre. Le rassemblement de personnes autour de la représentation mettant en scène les objets serait alors un moyen pour souder, unir la communauté, vaincre et s'approprier l'inconnu délivré de son voile obscur.

Au fur et à mesure de l'avancée du travail, j'ai découvert les richesses de la marionnette. L'écriture de ce mémoire m'a fait réaliser l'immense étendue de ses apports, rendus possibles par la mise en place d'un cadre structuré, d'un groupe contenant et d'un engagement « corps et âme » des psychomotriciens.

De par sa fabrication et sa mise en scène, indissociable à un travail corporel, cet objet ludique favorise la structuration psychocorporelle du sujet psychotique. Nous avons vu comment elle peut permettre au patient de prendre conscience de ses propres limites du corps, des limites entre le réel et l'imaginaire, rendant possible l'accès au symbolisme et donc à la pensée. L'expressivité du corps ne peut en être qu'améliorée, ce qui permet au sujet de s'ouvrir davantage à la relation à l'autre. Dans le partage, le sujet peut alors se sentir exister et non pas survivre, mais vivre. Néanmoins, cette médiation a aussi des limites.

Comme nous l'avons vu, tirer du néant une création, de plus un objet anthropomorphique, sollicite toute la personnalité du créateur. Dans la psychose, la différenciation Moi/ Non Moi est difficile. Régis a donné à sa marionnette une identité très proche de la sienne et il a recréé sur scène des scénarios ressemblants à sa vie quotidienne. Il ne distingue pas le jeu et la réalité et ne peut faire semblant. Mettre en scène des marionnettes déjà faîtes pourrait peut-être favoriser l'accès à l'imaginaire et faciliter l'incarnation de différents rôles.

Léon n'a pas souhaité poursuivre le groupe « Corps en Jeux ». Il a exprimé très précisément qu'utiliser principalement le corps dans le jeu avec le masque était trop angoissant pour lui. Ce qu'il aimait avec la marionnette, c'était être caché derrière le castelet. Encore angoissé par le regard de l'autre, cinq séances de jeu n'ont pas suffi à lui faire prendre conscience de ses potentialités expressives du corps. Peut-être aurait-il fallu diviser l'année en deux sessions plutôt que trois, afin de pouvoir exploiter au maximum les bénéfices de la marionnette et ainsi favoriser la transition vers un travail où l'engagement corporel est encore plus important. Utiliser une marionnette à gaine, c'est-à-dire où nous pouvons glisser nos doigts dans les bras de la marionnette, peut aussi permettre d'augmenter le répertoire expressif de cet objet, en offrant une multitude de geste traduisant un état affectif. De plus, l'outil vidéo aurait pu être davantage exploité : en visionnant les scènes plus régulièrement, les marionnettistes auraient pu voir le résultat et discuter de leurs prestations.

Néanmoins, Léon a aussi exprimé des perspectives encourageantes : « l'année prochaine, j'aurai peut-être le courage de faire la seconde session, puis l'année suivante la troisième. Inchallah ! ». De plus, les liens qu'il a créés avec les patients au cours de cette session perdurent. Nous pouvons parfois les voir discuter ensemble, avec le sourire, avant et après le groupe.

Quant à Jeanne et Régis, ils ont conclu la session marionnette en disant simultanément, ce qui a fait rire tout le monde: « Je veux continuer l'aventure ! »

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA J. (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 2eme éd. 1980.

ANDRE P. (2006), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Hdf, 4éme éd. 2012.

ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004), *Corps & psychiatrie*, Paris, Hdf.

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.

ANZIEU D. (1999), *Le groupe et l'inconscient*, 3eme édition, Paris, Dunod.

ARTAUD A. « Van Gogh / Artaud », *in Beaux-Arts. Hors-série,* Paris, Musée d'Orsay, 2014.

BATY G. (1972), *Histoire des marionnettes*, Que sais-je ?, Paris, Puf.

BAYRO-CORROCHANO F. (2002), *in le journal des psychologues*, n°182.

BENSKY R-D. (1971), *Recherches sur les structures et la symbolique de la marionnette*, Nizet, Librairie A-G., 2eme éd. 2000

BORDAT D. (1962), *Marionnettes, Jeux d'enfants*, Paris, Edition Du Scarabée.

BOURGER P. (2008), « De l'appropriation de concepts à l'individualisation de la prise en charge en psychomotricité » *in Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de POTEL C., 2e éd., Paris, Edition in press.

CARRIC J-C. (2001), *Le lexique du psychomotricien*, Paris, Vernazobres-Grego.

CHESNAIS J. (1947), *Histoire générale des marionnettes*, Paris, Bordas.

CORRAZE J. (1980), *Les communications non-verbales*, Paris, Puf, 2001.

DEFIOLLES-PELTIER V. (2010), *Les vérités du corps dans les psychoses aigues*, Paris, Vernazobres-Grego.

DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil.

DUCOURNEAU G. (1982), *Introduction à la musicothérapie*, Paris, Mésopé Privat.

EY H. (1954), *Structure des psychoses aigues et déstructuration de la conscience*, Paris, Desclée De Brouwer.

FUSTIER P. (2004), *Le travail d'équipe en institution, Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, Paris, Dunod.

GASCARD P. (1962), *Vertiges du présent*, Paris, Arthaud.

GERVAIS A-C. (1947), *Marionnette et Marionnettistes de France*, Paris, Bordas.

GIROMINI F. (2012), « La médiation en psychomotricité » *in Jalons pour une pratique psychocorporelle*. *Structures, étayage, mouvement et relation*, dir. LESAGE B., pp. 253-264, Paris, érès.

HAAG G. (1991), « Nature de quelques identifications dans l'image du corps. Hypothèses » *in Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°10, pp. 73-92.

HALL E-T. (1966), *La dimension cachée*, Paris, Editions du Seuil, 1971.

LARROCHETTE D. (2005), « Créer un groupe thérapeutique? » *in Thérapie psychomotrice et recherches*, n°141, 2005, pp. 168-179.

LABAN R. (1994), *La maîtrise du mouvement*, Arles, Actes Sud.

LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, érès.

MILNER M. (2000), « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole » *in Matières à symbolisation* pp.29-59, Paris, Delachaux et Niestlé.

NASIO J-D. (2007), *Mon corps et ses images*, Paris, Payot & Rivages.

OBERLE D. (1989 a), *Créativité et jeu dramatique*, Paris, Librairie des Méridiens Klincksieck et Cie.

PANKOW G. (1993), *L'Homme et sa psychose,* Paris, Flammarion, 1993.

PELLETIER F. (1985), « Le cadre en psychomotricité » *in* IXe Colloque de Société Internationale de thérapie psychomotrice. *De l'agi au représenté*.

PELSSER R. (1989), « Qu'appelle t'on symboliser ? Une mise au point » *in Bulletin de psychologie* Tome XLII-N°392.

PIREYRE E.W. (2011), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod.

POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès.

RICHARD M-F. (1989), « Quand le corps du psychomotricien rencontre le corps de l'enfant » *in Thérapie psychomotrice et Recherches* n°83, Paris, éd. SNUP.

ROBERT-OUVRAY S. (2002), *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité*, Paris, Désclée de Brouwer, 2010.

ROUSSILLON R. (1995), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, Paris, Puf.

ROUSSILLON R. (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, Puf.

SEGAL H. (1969), *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, Paris, Puf, 2011.

SCHOTT-BILLMANN F. (1994), *Quand la danse guérit*. *La recherche en danse*, Paris

STRUYF-DENIS G. (1984), *Les chaines musculaires et articulaires*, Bruxelles, Guyot, 5éme éd., 1997.

VIDON G., Dir. (1995), *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Paris, Frison-Roche.

WALLON H. (1954), *Les origines du caractère de l'enfant*, Paris, Puf.

WINNICOTT D.W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, coll. Folio, 2002.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les tests psychomotreurs

Il n'existe pas de bilan psychomoteur spécifique à la psychiatrie adulte. Nous pouvons tout de même nous inspirer de bilans connus, sans toutefois les coter, pour réaliser l'évaluation psychomotrice. En mettant en évidence les capacités et les difficultés du sujet dans plusieurs items psychomoteurs, celle-ci nous permet d'élaborer les objectifs de travail en psychomotricité et de mettre en place un projet théraeutique adapté au plus près des besoins du patient.

• Schéma corporel et latéralité

- Le dessin du bonhomme : permet d'évaluer la connaissance du schéma corporel et l'image du corps. « Dessinez une personne, la plus complète possible ». On peut également proposer de se dessiner soi-même, en train de réaliser une action, et de nous raconter l' histoire du dessin, mettant en évidence les capacités d'imagination .
- Piaget Head : permet d'évaluer la connaissance du corps, la connaissance droite/gauche sur soi et sur autrui, et le symbolisme.
- Les somatognosies : permettent d'évaluer la construction et la connaissance du schéma corporel du patient.
- Dénomination des appuis : le sujet est allongé sur le dos dans la mesure du possible (sinon il s'installe sur une chaise). On lui demande de citer les parties de son corps en contact avec le sol. On veillera à ce que toutes les parties du corps soient citées et nous noterons l'ordre d'énumération qui nous donnera accès à la structuration du sujet (les parties sont-elles citées de haut en bas ou dans un ordre aléatoire ?).

• Organisation spatiale, temporelle, représentation mentale et symbolisation

- Epreuve de rythme de Mira Stamback : nous informe sur le tempo personnel sur les capacités de concentration, d'attention et de mémorisation du sujet. La deuxième partie de ce test permet d'évaluer l'accès au symbolisme.
- Figure de Rey B : la copie permet de voir de quelle façon le sujet appréhende et structure les données perceptives qui lui sont fournies. La seconde partie du test évalue la mémoire visuelle.
- Test de l'étoile : 5 balles sont placées en cercle au sol. Il est demandé au patient dans un premier temps de se déplacer d'une balle à l'autre dans l'ordre jusqu'à revenir au point de départ. Il lui est ensuite demandé quelle forme il vient de « tracer » au sol en reliant ces balles (un cercle). Puis dans un deuxième temps, le patient se déplace une balle

sur deux, jusqu'à revenir au point de départ. On lui redemande quelle forme il vient de « tracer » (une étoile).

- Division de l'espace
- Plan de la pièce

Ces tests permettent de voir si le patient est capable de se représenter mentalement une forme qu'il a lui-même « tracé » en se déplaçant dans un espace, ou encore comment il s'organise dans cet espace. Ils permettent également de voir si le patient a accès au symbolisme.

• L'expressivité

- Test d'expression faciale des émotions : on demande au sujet d'exprimer diverses émotions avec son visage et de les reconnaitre lorsque le psychomotricien les exprime.
- Sur une droite fléchée de 0 à l'année actuelle, le patient doit noter des éléments de vécus corporels particuliers, marquants ou importants pour lui et les placer en fonction de l'âge.

• Motricité générale :

- EMG (évaluation de la motricité gnosopraxique)- Vaivre-Douret : batterie d'imitation de gestes simples et complexes. C'est une adaptation de l'épreuve de Berges Brunet Lézine qui permet d'évaluer le schéma corporel, les praxies visuo kinétiques, l'efficience distale et digitale et l capacité d'aptation motrice.
- Equilibre statique
- Equilibre dynamique
- Coordination motrice

• Tonus

- Diadococinésies
- Ballant, mouvements passifs

ANNEXE 2 : Les dessins du bonhomme réalisés lors de l'évaluation psychomotrice



Dessin d' « une personne qui fait quelque chose » et dessin de « soi » de Régis



Dessin de « Soi » réalisé par Jeanne



Dessin d’ « une personne qui fait quelque chose »

ANNEXE 3 : Les cartes d'identité des marionnettes de Jean, Louise, Léon et Acha

Marionnette de Jean



« Gustave, taxiste Parisien depuis 20 ans. Il est âgé de 43 ans. Ses parents sont Parisiens, c'est un homme typique Parisien.

Il aime le football et est supporter du PSG. Il aime ce sport en général mais déteste l'équipe marseillaise.

Il vit seul, et c'est très difficile pour lui.

Il n'a jamais fais de grandes études mais il a son CP comme tout le monde. »

Gustave se présente comme un personnage joyeux, qui chante, danse et fait preuve de beaucoup d'humour.

Marionnette de Louise



« Caroline a 19 ans et apprend à lire et à écrire. Elle n'a pas de bonnes notes à l'école et se fait gronder par la maîtresse.

Elle habite à Paris, pas loin de l'hôpital. Elle vit toute seule. Ses parents sont décédés à l'âge de 8 ans.

Elle aime le dessin, le mandala et faire la cuisine.

Elle n'a plus aucun amis. »

Elle se présente au début de façon joviale, puis énervée, et triste.

Marionnette de Léon



« Pantalou a l'âge de ses artères et de ses veines.

Il aime les grands-mères rôties au four accompagnées de soupe aux choux.

Il habite près de Paris, au bord d'un fleuve qu'on appelle la Seine.

Il aime aller au café, contempler la vie et les jolies filles bien fraîches. »

Il se présente comme un personnage antipathique, qui tremble beaucoup et il a un débit de parole rapide.

Marionnette de Acha



« Sam a 20 ans, vit seule. Elle est Ivoirienne. Son mari est Congolais.

Elle aime être comme tout le monde, vivre avec son mec, posée, avoir un chez soi.

Elle n'est pas bizarre.

Elle ne va plus à l'école parce qu'il y a des bagarres dans les classes et qu'à la fin des cours il fait nuit et ce n'est pas sûr dehors. »

Sam a du mal à se faire comprendre, à parler distinctement. Elle passe du coq à l'âne et ne répond pas aux questions que le spectateur lui pose.

RESUME

Les psychoses sont les maladies psychiatriques les plus graves qui affectent le sujet dans sa globalité, de par une déstructuration psychocorporelle massive.

Dans la pratique psychomotrice, l'utilisation de médiations est fréquente. Le psychomotricien doit utiliser des outils qu'il pratique ou du moins dont il connaît les tenants et les aboutissants, afin de proposer une prise en charge adaptée au plus près des besoins du patient.

J'ai découvert au cours de mon stage, dans le groupe de psychomotricité « Corps en Jeux » auprès de sujets psychotiques, la médiation marionnette. A travers sa création et son théâtre au sein d'un groupe, c'est la personnalité toute entière du patient qu'elle sollicite. Elle permet en même temps de se centrer sur soi et de s'ouvrir au monde, de passer d'éprouvés corporels à une mise en mots, d'accéder au symbolisme en distinguant le réel et l'imaginaire et de favoriser l'expression de soi et l'attention portée à l'autre.

Mots clés

psychose, cadre thérapeutique, marionnette, créativité, jeu, unité psychocorporelle, expressivité, relation.

SUMMARY

Psychoses are the most severe psychiatric diseases which affect the patient in his intirety, due to a massive destructuration of the mind-body.

In psychomotor therapy, mediation is commonly used. The psychomotrician uses tools he has already experienced himself or at least of which he knows precisely the characteristics., in order to come up with the most adapted practices for efficient care of the patients.

During my training session, in the group of psychomotricity called « Corps en Jeux » involving patients suffering from psychosis, I have discovered the puppet as a mediation. Through its creation and its staging in the group, the entire personality of the patient is solicited. The puppet allows patients to focus on themselves, and to open up to the world. to transfer from body sensations to spoken language, to reach symbolism by making the difference between reality and imagination and to encourage self-expression and the attention drawn to the others.

Key-words

psychosis, therapeutic framework, puppet, creativity, acting, body-mind intelligence, self-expression, relationship.