

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

ETRE PSYCHOMOTRICIENNE AUPRES DE

PATIENTS PSYCHOTIQUES :

les enjeux de la rencontre homme-femme

dans une relation thérapeutique

DUBOURG Laure

Née le 28 mars 1990, à Mont-de-Marsan

Juin 2013

REMERCIEMENTS

A Alexandra GUERIN, ma maître de stage, pour sa présence bienveillante durant ces deux années de stage, pour le temps et l'aide qu'elle m'a accordés, pour sa disponibilité, ses conseils formateurs, et sa confiance,

A Carine MORICHON, ma maître de stage durant cette troisième année, pour son accompagnement constructif et indispensable,

A Philippe LARROUY, directeur de ce mémoire, pour ses conseils et son aide,

Aux équipes institutionnelles de l'Hôpital de Jour et de l'Unité pour Malades Difficiles, pour leur accueil et leur disponibilité.

A Sophie CRAUSTE et Katalin LAFON, pour leur accompagnement dans ma réflexion,

A ma famille, pour le temps qu'elle a accordé à ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
I) LES PSYCHOSES	7
1) Qu'est-ce que la psychose ?	7
2) Les psychoses infantiles	12
3) La schizophrénie, un exemple de psychose de l'adulte	14
II) REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS MASCULINS PSYCHOTIQUES PAR UNE PSYCHOMOTRICIENNE	25
1) Les particularités des interactions et de la relation dans la psychose	26
2) Quand les émotions entrent en jeu... ..	38
3) Le cadre et les limites corporelles et psychiques en psychomotricité	44
4) La médiation thérapeutique, un outil indispensable à la relation	50
III) MA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE AUPRES DE PATIENTS MASCULINS PSYCHOTIQUES	53
1) Ma rencontre avec A., au sein de l'Hôpital de jour	53
2) Ma rencontre avec Monsieur D., au sein de l'U.M.D.	64
CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE	83
TABLE DES MATIERES	85

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma troisième année de psychomotricité, j'effectue mon stage au sein d'une Unité pour Malades Difficiles (U.M.D), qui accueille uniquement des hommes, présentant, pour la plupart d'entre eux, des psychoses aiguës, des schizophrénies et des comportements pervers. Avant même de commencer ce stage, une question m'a préoccupée : quel peut être le fonctionnement d'une institution de psychiatrie adulte, n'accueillant que des hommes, présentant, qui plus est, un certain état de dangerosité ? C'est avec une certaine appréhension que j'ai débuté ce stage, craignant de ne pas trouver ma place auprès de patients hommes, en tant que jeune femme, stagiaire de surcroît. D'emblée, les premières journées de stage ont, en effet, confirmé mes questionnements : je suis régulièrement confrontée aux regards insistants, aux questionnements curieux et aux réflexions parfois déplacées qui, je le pense, ne sont pas du tout du même ordre envers les soignants masculins et sont sûrement liés à mon identité féminine et à mon âge.

Lorsque j'ai commencé à rechercher un sujet de mémoire, c'est naturellement que je me suis intéressée à la question de la place de la femme soignante en psychomotricité, au sein d'une U.M.D. Je me suis en effet demandé comment une femme soignante, qui aborde dans sa pratique quotidienne le corps dans la relation à l'Autre, pouvait appréhender cette question-là avec des hommes psychotiques ayant très souvent un rapport à la femme complexe et présentant un comportement inadapté aux règles imposées par la vie en société. En élaborant ma réflexion, j'ai pris conscience que cette interrogation-là n'était pas seulement liée à mon stage au sein de l'U.M.D. mais n'était que la poursuite d'un questionnement déjà commencé lors de mon stage de deuxième année.

En effet, dans le cadre de ma deuxième année de psychomotricité, j'ai effectué mon stage en Hôpital de Jour, stage que j'ai poursuivi en troisième année (en complément de mon stage au sein de l'U.M.D.), auprès d'enfants autistes et psychotiques, âgés de trois à douze ans. Dès le début de ce stage, j'ai été intriguée par le fait que la majorité de ces enfants étaient de sexe masculin (3 filles pour 30 garçons) et que, a contrario, l'équipe éducative et soignante était essentiellement féminine.

Cette interrogation s'est ensuite étoffée au fil de l'année, lors de ma rencontre avec cette

population-là. En effet, en participant à deux « ateliers psychomotricité », j'ai été confrontée au cas d'un jeune garçon de 11 ans, diagnostiqué psychotique, pour qui la relation à l'autre se faisait sur un mode intrusif, avec une certaine adhésivité psychique et corporelle, surtout au contact des femmes. Face à ce comportement singulier, j'ai été amenée à me questionner sur la manière dont je pouvais, en tant qu'étudiante en psychomotricité, accueillir ces difficultés relationnelles, sans pour autant nier l'étonnement et la gêne que pouvaient susciter en moi les recherches de contacts corporels déplacés et inadaptés de cet enfant. De plus, je me suis demandé quels pouvaient être le rôle et l'attitude à adopter, en tant que future soignante, face à ce type de situations.

Les questionnements que je peux avoir au sein de l'U.M.D. face à des hommes psychotiques étant du même ordre que ceux que j'ai au sein de l'Hôpital de Jour auprès de petits garçons psychotiques, il m'a paru finalement intéressant d'élargir mon idée initiale de sujet de mémoire à mes deux expériences, à la fois très différentes et très liées. En effet, la complexité de la relation femme soignante – patient homme, psychotique qui plus est, et toutes les questions qu'elle peut susciter paraît assez évidente mais, finalement, n'existe-il pas cette même complexité dans la relation thérapeutique entre une femme soignante et un enfant psychotique, malgré son jeune âge ?

Comme ces interrogations sont revenues de manière importante lors de ces deux années de stage, appuyées par la question de la féminisation de la profession de psychomotricien, il m'a semblé pertinent d'approfondir cette réflexion à travers ce mémoire.

En quoi le fait d'être une femme soignante peut-il avoir un impact dans la prise en charge en psychomotricité de patients masculins psychotiques, ayant un rapport au corps, à Soi et à l'Autre troublé ? Dans une rencontre parfois très difficile avec la femme pour certains patients psychotiques, comment la psychomotricienne peut-elle s'adapter et que peut-elle mettre en place afin que ces problématiques ne soient trop envahissantes dans la prise en charge ?

Je présenterai tout d'abord les caractéristiques de la psychose, dans son étendue et sa complexité, afin de mieux comprendre les populations que j'ai pu rencontrer et qui m'ont

donné envie de travailler ce sujet. Puis, je réfléchirai aux particularités de la relation thérapeutique entre un patient masculin psychotique et une psychomotricienne, à ce que cette relation implique et à ses conséquences sur l'adaptation de la prise en charge en psychomotricité. Enfin, j'illustrerai mes propos par deux études de cas, nées de ma rencontre avec des patients masculins psychotiques.

I) LES PSYCHOSES

1) Qu'est-ce que la psychose ?

a) Historique et nosographie

Les psychoses ont souvent été décrites depuis l'Antiquité sous les termes de « démence », « folie » ou « manie ». Le mot « psychose » est employé pour la première fois, en 1845, par le psychiatre viennois Ernst von FEUCHTERSLEBEN. Il dérive du grec *ψύχωσις*, qui signifie « anomalie de l'esprit ». Ce que nous considérons actuellement comme des psychoses sera bien souvent décrit, au cours du 19ème siècle, sous le terme de « névroses », avant que n'apparaisse, à la fin du 19ème siècle, l'opposition psychose/névrose.

Actuellement, les termes de « psychose », « psychotique », « état psychotique » sont souvent utilisés et désignent des maladies qui, comme le disent Jean-Louis PEDINIELLI et Guy GIMENEZ, « sont les héritières médicales d'une partie des significations contenues dans « folie » »¹.

La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10ème édition), de l'Organisation Mondiale de la santé (1992), tout comme le DSM-IV-TR (4ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé), de l'Association américaine de psychiatrie (2000), classifications auxquelles nous nous référons pour appréhender la maladie mentale, évoquent les troubles psychotiques, au sein de leurs chapitres respectifs « *Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants* » et « *Schizophrénie et autres troubles psychotiques* ».

Le terme de « psychose » est très vaste et regroupe plusieurs troubles. Les classifications internationales ont vocation à étudier spécifiquement chacun des symptômes que présentent ces troubles psychotiques, leurs similitudes et leurs différences mais, de mon côté, je vais, dans un premier temps, uniquement présenter les symptômes généraux de la psychose. Cependant, dans un deuxième temps, j'étudierai plus spécifiquement la psychose

1 PEDINIELLI Jean-Louis et GIMENEZ Guy, *Les psychoses de l'adulte*, Armand Collin 2ème édition, 2011, p.11

chez l'enfant, ainsi qu'un des troubles psychotiques de l'adulte, la schizophrénie.

b) Définitions et généralités

Sous le terme de « psychose », sont regroupés divers troubles mentaux (ce qui en fait un concept vaste et complexe à définir), dans lesquels la réalité se trouve remaniée par le malade, sous la forme de ce que nous appelons le délire. La psychose est une altération de l'expérience de réalité. Il existe deux formes de psychose :

- les psychoses aiguës
- les psychoses chroniques, dont je vais parler dans ce mémoire

Selon les théories et les époques, des caractéristiques différentes ont été attribuées à la psychose. Cependant, deux formes de symptômes reviennent de manière constante : la perte de contact avec la réalité ainsi que les troubles de l'identité. Toutefois, ces deux symptômes peuvent être rencontrés dans d'autres troubles (confusion mentale, états-limites...) ; ils ne suffisent donc pas à établir un diagnostic de psychose et doivent être corrélés avec d'autres signes cliniques²:

- la « *méconnaissance de l'état morbide* »
- la « *gravité des troubles* »
- « *l'angoisse* »

c) Les signes cliniques de la psychose

- **La perte de contact avec la réalité** se caractérise par « *la disparition du sens des choses ou la construction d'une autre réalité à laquelle le sujet adhère (le délire)[...] cette perte de contact s'atteste aussi dans les actes inappropriés, les erreurs de jugement, les troubles des perceptions et des sensations (les hallucinations)* »³.

2 Ibid, p.14-15

3 Ibid, p.13

Il s'agit d'un des symptômes les plus flagrants et les plus caractéristiques de la psychose. Même si le patient psychotique se crée un monde qui nous semble totalement irréel et déstabilisant, c'est un monde qu'il considère comme véritable. Il se construit sa propre vérité, sa propre réalité.

Les concepts de « délire » et « d'hallucination » seront détaillés et expliqués dans la partie traitant des symptômes principaux de la schizophrénie.

- **La méconnaissance de l'état morbide** correspond au fait que le patient n'a pas conscience de sa maladie.

Cependant, il me semble que mon expérience au sein de l'U.M.D. m'a plutôt montré le contraire. En effet, sans parler des situations de suivi individuel en psychomotricité, les conversations que j'ai pu avoir avec certains patients, entre deux ateliers ou lors de pauses, ont plutôt révélé chez eux une certaine capacité à évoquer le fait qu'ils étaient malades et à parler de leurs symptômes de manière assez précise et juste. Toutefois, dans le cas de M. S., schizophrène, son discours oscille entre « je suis malade, j'en suis très malheureux et vous me faites perdre des années dans ma vie en m'enfermant à l'U.M.D.» et, dans l'instant qui suit, « je ne suis pas malade et je ne devrais pas être à l'U.M.D., parce que, si je suis comme ça, parfois violent, c'est parce que j'ai eu un traumatisme quand j'étais petit ».

- **La gravité des troubles** caractérise également le tableau clinique de la psychose. En effet, la présence importante des délires, tout comme des hallucinations, des troubles identitaires et de la personnalité, mais également des troubles du comportement et une incapacité à se conformer aux contraintes de la vie sociale, handicapent très fortement le patient psychotique.
- **L'angoisse** fait également partie du fonctionnement du sujet psychotique. Bien évidemment, tous les individus sont sujets au cours de leur vie à des angoisses. Mais les formes et l'intensité importante de l'angoisse du patient psychotique sont très

présentes et la rendent envahissante, pouvant rendre le patient figé, inhibé, en retrait ou en dehors de toute réalité. Il doit faire face à des angoisses corporelles, parfois extrêmement violentes, qui lui font perdre tout sentiment de sécurité et d'intégrité corporelle et psychique. Ces angoisses sont de l'ordre du morcellement, de l'intrusion, de la dévoration, de la transformation corporelle, de la perforation et de l'anéantissement.

M. O. est un patient schizophrène de l'U.M.D.. Celui-ci a un vécu corporel très archaïque, avec des angoisses de perforation importantes qui l'envahissent complètement. Il peut dire en effet qu'il a l'impression qu'un trou s'est formé au milieu de son dos et expliquer qu'il sent le haut de sa colonne vertébrale, puis que celle-ci est interrompue par ce trou et qu'elle se poursuit à nouveau jusqu'en bas du dos, à partir de ce trou.

- **Les troubles de l'identité**

« L'identité personnelle résulte de l'expérience propre à un sujet de se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique, dans sa réalité physique, psychique et sociale »⁴.

Dans le développement dit « normal », l'individu se construit en tant que sujet singulier, différent des autres, par identification aux parents et au groupe social auquel il appartient. La reconnaissance par autrui est très importante dans le sentiment d'identité. L'identité émerge donc de la capacité à s'identifier aux parents et au groupe pour s'identifier soi-même.

L'identité sexuée, quant à elle, est un processus multidimensionnel mettant en jeu des facteurs biologiques, sociaux, affectifs et psychologiques. Elle permet à chaque individu de se sentir fille ou garçon, puis femme ou homme, notamment en fonction de son sexe biologique, et par incitation de l'entourage social à se comporter de telle ou telle manière, afin de se conformer aux représentations et stéréotypes sociaux attribués à son sexe d'appartenance. C'est notamment en s'identifiant au parent du même sexe, ainsi qu'en imitant ses comportements, que l'enfant construit sa féminité ou sa masculinité.

4 LAUGAAA., « L'identité », Cours de troisième année de psychomotricité, 2013

Ainsi, l'identité est un concept complexe qui permet au sujet de se connaître lui-même, de se décrire en tant qu'individu social et d'investir son corps comme sien. L'identité joue donc un rôle dans la manière dont le sujet va se comporter avec ses pairs et dans la relation aux autres.

Dans la psychose, la déstructuration globale de l'individu semble provoquer des troubles de l'identité, pouvant entraîner une transformation de l'image du corps, avec l'impression, pour l'individu, que le corps n'est plus le sien ou bien que celui-ci se trouve remodelé. Le sujet psychotique perd par conséquent tous ses repères corporels et donc toute possibilité d'habiter son corps. Dans certains cas, le patient psychotique peut se désigner sous un autre patronyme ou parler de lui-même de manière inappropriée.

J'ai notamment pu observer ces troubles de l'identité chez les enfants psychotiques que je rencontre à l'Hôpital de Jour. C'est le cas d'E. qui, pour parler de lui, utilise son prénom ou la troisième personne du singulier « il », à la place de la première « je », comme le font les jeunes enfants qui apprennent à parler.

Enfin, en lien avec le sentiment de ne plus savoir qui il est, celui-ci peut éprouver de l'incertitude et des doutes concernant son identité sexuelle et donc ne plus être capable de se définir en tant qu'homme ou femme. Ce n'est pas le cas pour tous les patients psychotiques, mais nous pouvons faire l'hypothèse que l'ensemble de ces troubles de l'identité va avoir un impact sur la manière d'être du sujet, particulièrement dans la rencontre avec l'Autre et donc avec les soignants.

2) Les psychoses infantiles

a) Nosographie et classifications internationales

Actuellement, seule la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent R-2000 (CFTMEA)⁵ décrit la psychose infantile, à travers le chapitre « Autisme et troubles psychotiques ».

Le terme de « psychoses infantiles » a en effet été abandonné par les classifications internationales du DSM-IV et de la CIM-10, au profit de la notion de « Trouble Envahissant du Développement (TED) ». Le diagnostic de psychose n'est en effet retenu que pour les adultes. Cependant, j'ai choisi d'évoquer les psychoses infantiles sous ce terme-là, car dans les institutions dans lesquelles je fais mes stages, c'est cette terminologie-là, ainsi que celle de « dysharmonie psychotique », qui sont employées pour décrire les troubles de certains enfants.

b) Symptomatologie

Chez l'enfant psychotique, nous retrouvons les mêmes types de problématiques que chez l'adulte psychotique mais, l'enfant étant en plein développement, il est nécessaire de distinguer ses troubles de ceux de l'adulte. L'enfant psychotique présente ainsi les symptômes suivants :

- une altération globale de la communication et des troubles relationnels
- une organisation de l'appareil psychique (constitution du Moi et de la différenciation entre le Soi et le non-Soi) qui fait défaut
- un rapport à la réalité altéré

Dans la psychose, l'Autre existe mais, comme les enveloppes psychique et corporelle de l'enfant ne se sont pas bien constituées, celui-ci fait une confusion entre lui et l'Autre, ce

5 Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, CFTMEA R-2000 : http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblio_bd/cftmea/cftmea1a.html

dernier étant vécu comme persécuteur et dangereux. Mélanie KLEIN parle en effet de « *mécanismes d'identification projective destructrice* »⁶ : l'enfant projette ainsi sur l'Autre ce qu'il ne peut assumer et intégrer de sa propre expérience (des angoisses corporelles massives de dévoration et de morcellement). Pour pallier ce défaut de différenciation entre lui et l'Autre, l'enfant va fonctionner selon un mode de toute-puissance, afin d'essayer de contrôler cet Autre qu'il ne maîtrise pas.

De plus, l'enfant ne peut se confronter à la réalité, son imaginaire va alors prendre toute la place : nous observons chez lui un envahissement de la pensée par des fantasmes archaïques, dont les sujets principaux concernent notamment la sexualité et la mort. En effet, l'enfant ne réussissant pas à mettre du sens sur ses sensations corporelles, il va leur attribuer des significations aberrantes et irréelles. L'enfant ne prend pas donc pas en compte la réalité, trop angoissante pour lui : l'intégration des règles ainsi que des interdits sociaux est alors difficile.

T. est un enfant psychotique de 11 ans, que je rencontre au sein de l'Hôpital de Jour. Pour lui, être en présence de l'Autre est extrêmement compliqué. Il est donc très souvent en conflit avec A., l'un des autres enfants du groupe. Bien souvent, T. ne peut prendre part aux jeux des autres enfants. En effet, il a des difficultés à accepter que d'autres enfants proposent des idées de jeux et donc à se conformer aux règles imposées par ceux-ci. T. s'isole alors et crée ses propres jeux, auxquels il joue seul. D'ailleurs, T. explique qu'il aimerait avoir comme ami un robot, pour pouvoir « lui faire faire ce qu'[il] veut ».

On voit bien là que la rencontre avec l'Autre, différent de lui, est trop angoissante pour T.. L'Autre devient alors pour T. un être qu'il cherche à maîtriser, afin que cet Autre devienne moins dangereux et persécuteur. Lorsque l'Autre ne répond pas aux attentes précises de T., il peut se mettre en colère de manière excessive. De plus, T. ne peut écouter ce que les autres enfants ou adultes peuvent avoir à lui dire, T. énumérant de manière très mécanique les connaissances qu'il peut avoir et imposant à tout prix ses idées. Cela montre bien que T. a un rapport à la réalité altéré : il se crée en effet son propre monde, un monde que lui seul pense réel, duquel il maîtrise le fonctionnement, grâce aux règles qu'il a lui-même instaurées.

6 LATOUR AM., « L'organisation du Moi Corporel dans le développement normal et pathologique », Cours de 3ème année de psychomotricité, 2013

3) La schizophrénie, un exemple de psychose de l'adulte

a) Historique

La schizophrénie est considérée comme l'une des psychoses les plus graves et les plus complexes. Le terme « psychose » regroupe diverses formes de psychose. Cependant, c'est à la schizophrénie que je suis le plus confrontée, lors de mon stage au sein de l'U.M.D. C'est pourquoi j'ai choisi de porter plus précisément mon attention sur cette pathologie mentale.

Avant d'acquérir le terme de « schizophrénie », les symptômes de cette maladie mentale ont été décrits en d'autres termes et en d'autres pathologies : MOREL a travaillé auprès d'adolescents touchés par l'**idiotisme**, devenus par la suite déments, KAHLBAUM a parlé de « *processus morbide survenant à la puberté* »⁷, entraînant dépression, excitation et démence, puis de **catatonie** (trouble psychomoteur associant inertie et négativisme) et HECKER a employé le terme d'**hébéphrénie** (désorganisation de la pensée, du langage et de l'intelligence).

C'est KRAEPELIN qui fera la synthèse de ces différents concepts, en employant le premier le nom de « *démence précoce* », pour désigner les principaux traits caractéristiques de la schizophrénie.

En 1911, le terme de « *schizophrénie* » est utilisé pour la première fois par le psychiatre Eugen BLEULER, afin d'illustrer l'idée d'une fragmentation de l'esprit. Le mot schizophrénie est formé de deux parties venant du grec « *schizo* », qui veut dire fractionnement, et de « *phrénie* », qui désigne l'esprit. Selon lui, ce terme de « schizophrénie » est en effet plus approprié que celui de « démence précoce », la schizophrénie étant plus caractérisée par une dissociation de la vie psychique que par une réelle démence. BLEULER approuve l'idée que la schizophrénie a une base neurologique mais s'accorde également à dire que la compréhension de cette pathologie mentale passe par l'étude des processus psychologiques inconscients.

7 PEDINIELLI Jean-Louis et GIMENEZ Guy, *Les psychoses de l'adulte*, Armand Collin 2ème édition, 2011,p.71

b) Nosographie et classification internationale

Afin de comprendre les signes cliniques complexes de la schizophrénie, c'est à la classification internationale du DSM-IV TR que je me référerai. Celle-ci définit la schizophrénie comme un « trouble chronique », et exige les éléments suivants, pour en établir le diagnostic :

- la présence d'**au moins deux symptômes caractéristiques**, pendant une période d'un mois :
 - des idées délirantes
 - des hallucinations
 - un discours désorganisé
 - un comportement désorganisé ou catatonique
 - des symptômes négatifs : l'éroussement affectif (« *visage immobile et aréactif, et diminution de la gestuelle et du contact oculaire* »⁸), l'alogie (« *logique perturbée et pauvreté du langage* »⁹) et la perte de volonté
- **un fonctionnement social ou professionnel altéré**
- **la persistance des symptômes pendant au moins six mois**

Enfin, pour qu'un diagnostic de schizophrénie puisse être posé, doivent être exclus :

- des troubles schizoaffectifs et des troubles de l'humeur
- des troubles dus à des substances ingérées ou des pathologies organiques
- des troubles du développement type TED

8 POLLET-VILLARD Lucie, *Schizophrénie et Psychomotricité, Le cas d'une U.M.D.*, Mémoire de psychomotricité, Université Paul Sabatier Toulouse, juin 2012, p.8

9 Ibid, p.8

c) Données épidémiologiques¹⁰

La schizophrénie est une pathologie mentale grave qui touche un peu moins de 1% de la population, et ceci dans le monde entier.

Son incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an, est de 15 pour 100 000 personnes. L'incidence de la schizophrénie est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Le sex ratio est de 1,4. Le risque de déclarer une schizophrénie est multiplié par deux lorsqu'il y a abus de substances telles que le cannabis.

La schizophrénie commence, dans la moitié des cas, avant 23 ans. De manière générale, elle apparaît de manière plus tardive chez les femmes, soit 3 à 5 ans plus tard que chez les hommes, chez qui la moyenne d'âge est d'environ 25 ans lors de l'établissement du diagnostic. De plus, l'évolution de la maladie se fait de manière plus favorable pour les femmes qui en sont atteintes.

La schizophrénie possède un risque élevé de chronicisation et une espérance de vie plus courte. Cette dernière, chez les personnes schizophrènes, se trouve raccourcie d'environ 10 ans. Enfin, le risque de décès est multiplié par 5 chez les hommes, par rapport à la population générale, et par 2,5 chez les femmes, celui-ci étant accru par le taux de suicide important. En effet, les données actuelles montrent que 30% des patients ont fait au moins une tentative de suicide dans leur vie et que 10% d'entre eux meurent par suicide.

10 DALERY J., d'AMATO T., SAOUD M., *Pathologies schizophréniques*, p.37
KAPSAMBELIS V., *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, p.402
ROSSLER W., Article « Epidémiologie de la schizophrénie » (2011) :
http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2011/2011-48/2011-48-290.PDF

d) Les principaux symptômes

- **Les symptômes positifs (ou productifs)**

→ **Le délire** est un « ensemble d'idées erronées qui sont en opposition avec la réalité et auxquelles le sujet croit »¹¹. Le terme de « délire » provient du latin *delirium* ou *delirare*, c'est à dire « sortir du sillon ».

Etant donné que, pour le patient schizophrène, ce délire correspond à la réalité, les idées délirantes sont à distinguer du mensonge ou de la fabulation. De plus, nous pouvons dire que le délire est une croyance individuelle dont le patient est certain, non acceptée par le groupe culturel auquel celui-ci appartient. Il est « l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits »¹².

Le délire schizophrénique est appelé « paranoïde » car hallucinatoire, par opposition au délire non hallucinatoire, que l'on peut retrouver dans la paranoïa.

Le délire possède plusieurs caractéristiques :

- ses thèmes, qui peuvent être multiples :

- **l'influence** : le patient est persuadé qu'une force, un objet ou une personne extérieurs contrôlent ses pensées et ses actes.
- **la persécution** : le patient est convaincu qu'une personne extérieure, réelle ou imaginaire, veut lui nuire. Il a l'impression d'être attaqué, d'être l'objet de menaces, de harcèlement, de tromperie, d'être espionné ou qu'un complot se trame contre lui.
- **la grandeur** (= la mégalomanie) : la personne schizophrène éprouve un sentiment exagéré de son importance et de son pouvoir. Elle a donc des idées de richesse, pense avoir des missions à accomplir, ou est convaincue de ses filiations royales.

Ainsi, M. D. m'explique qu'il est à l'origine de la dénonciation d'un important réseau de pédophilie et que c'est lui qui a prévenu le Procureur de la République

11 PEDINIELLI JL., GIMENEZ G., *Les psychoses de l'adulte*, p.15

12 DALERY J., d'AMATO T., SAOUD M., *Pathologies schizophréniques*, p.97

ainsi que le Préfet du département. De plus, selon lui, il serait connu de tous, et ce, même en dehors de sa région d'origine : « tout le monde sait qui je suis et ce que j'ai fait ».

- **l'érotomanie** : il s'agit de la conviction d'être aimé par une personne.
- **la référence** : le patient schizophrène éprouve la sensation que les personnes ou les objets qui l'entourent effectuent tous leurs actes par rapport à lui-même, et ceci de manière négative.
- **la jalousie** : le sujet pense que l'être aimé l'a trahi ou lui est infidèle.
- **l'hypocondrie** : elle se manifeste par des sensations douloureuses et pénibles dans une partie du corps, par le sentiment d'être malade ou que le fonctionnement du corps est défaillant, ainsi que par des idées délirantes de transformation corporelle ou de métamorphose.
- **la négation** : le patient schizophrène imagine qu'une part de lui, des autres ou du monde, est détruite ou n'existe plus.
- **la religion** : le patient croit, par exemple, être le messager de Dieu.

J'ai remarqué à plusieurs reprises que les idées délirantes ayant pour thématique la religion étaient très présentes. M. D., par exemple, évoque un être supérieur, auquel il donne un nom « Nathan », et que c'est « grâce à lui, qu'[il] réussi[t] ». Par ailleurs, il évoque plusieurs fois Dieu, qui l'investirait d'une mission.

Le DSM-IV évoque en plus, dans les idées délirantes, la présence de pensées imposées (impression que des pensées ont été introduites dans la tête du patient), d'idées congruentes à l'humeur ou non, ainsi qu'un caractère de bizarrerie.

- ses mécanismes, à l'origine de son élaboration : il s'agit de l'intuition, de l'interprétation, de l'imagination, de l'hallucination et de l'illusion.

- la rigueur de son organisation, c'est-à-dire la systématisation. Le délire schizophrénique n'est pas systématisé, car flou, incohérent et illogique.

- le degré d'extension : le délire est « en secteur » lorsqu'il ne fait allusion qu'à une partie de la vie du patient, il est « en réseau » lorsqu'il évoque toute la vie du sujet.

- la participation émotionnelle : le patient schizophrène peut, soit éprouver des émotions en lien avec le délire, soit ressentir des émotions en décalage avec celui-ci.

→ **Les hallucinations** correspondent à un mécanisme du délire mais il est important d'y apporter notre attention afin d'en comprendre les spécificités. Selon le DSM-IV, l'hallucination est une « *perception sensorielle qui procure la même sensation immédiate de réalité qu'une perception en l'absence de stimulation externe de l'organe sensoriel intéressé* ». De ce fait, le patient schizophrène éprouve une perception, provenant de son environnement humain ou matériel, qui lui semble totalement réelle mais qui ne l'est que pour lui-même. Il existe différentes sortes d'hallucinations : auditives, visuelles, gustatives, olfactives, tactiles et cénesthésiques (ces dernières concernent la sensibilité interne).

C'est le cas de M. C. qui nous explique qu'il a des hallucinations visuelles, car celui-ci voit les infirmiers de son unité avec la peau verte ou bleue.

Certaines fois, nous faisons également l'hypothèse que des patients ont des hallucinations visuelles, lorsque ceux-ci, alors qu'ils sont en train de parler, se figent soudainement et ont le regard qui se fixe sur un tout autre endroit de la pièce, ou également lorsque ceux-ci, alors qu'ils marchent, se retournent comme s'ils étaient suivis.

- **Les symptômes négatifs (ou déficitaires)**

→ **L'émoussement des affects** se traduit par un manque de réaction aux événements ainsi qu'une pauvreté affective. La personne schizophrène n'éprouve pas d'émotions nuancées, son visage est peu expressif, son regard est fixe, le sourire peu présent et le corps semble comme figé. Elle donne l'impression d'une certaine froideur.

→ ***La pauvreté du discours ou alogie*** correspond au fait que la personne éprouve des difficultés à soutenir une discussion avec un interlocuteur. Ce type de symptôme peut se traduire par des réponses évasives, courtes ou interrompues.

→ ***L'aboulie*** est le fait de manquer d'engagement, de motivation et de volonté dans la mise en place d'actions. Ce concept est à rapprocher de celui de « perte d'élan vital » (athymhormie) qui pourrait se traduire par un manque d'intérêt et d'énergie ou de celui d'apragmatisme (difficultés pour accomplir les tâches quotidiennes).

→ ***L'anhédonie et le retrait social*** : l'anhédonie est l'incapacité à éprouver du plaisir, accompagnée d'une perte d'intérêt social. L'intérêt pour les rencontres sociales (affectives, professionnelles, amicales...) est fortement diminué.

Les symptômes négatifs ont été souvent associés au syndrome autistique décrit par BLEULER. « *L'autisme schizophrénique correspond à une modification des rapports du sujet au monde caractérisée par la perte de contact avec la réalité [...] au profit de la prédominance de la vie intérieure* »¹³. Le patient schizophrène se trouve alors complètement replié sur lui-même et indifférent à tout ce qui peut se passer autour de lui.

- **Symptômes de dissociation et de désorganisation**

BLEULER propose en premier le concept de « ***dissociation*** », afin de décrire le symptôme fondamental de la schizophrénie. Elle correspond à « *la désorganisation, la dislocation ou le morcellement de la personnalité* » entraînant « *un défaut d'intégration des manifestations mentales, émotionnelles et comportementales* »¹⁴. La perte de l'unité de la personne est vraiment caractéristique de ce symptôme.

Cependant, le concept de dissociation va être abandonné, considéré comme trop imprécis et trop vaste, au profit de la notion de « ***désorganisation*** » : de la pensée, du langage, de l'affectivité et du comportement. En effet, le syndrome dissociatif n'apparaît pas dans les

13 Ibid, p.101

14 KAPSAMBELIS Vassilis (sous la direction de), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, Editions Quadrige/PUF (2012), p.479

classifications du DSM-IV-R et de la CIM-10, le DSM-IV-R évoquant plutôt l'aspect de désorganisation de l'ensemble de l'individu.

→ *La désorganisation de la sphère de la pensée et du langage*

Elle correspond à ce que l'on appelle les troubles du cours de la pensée, qui se caractérisent par :

- l'affaiblissement de l'attention et de la concentration,
- les troubles du débit des idées : stagnation, pensée floue, répétitions stéréotypées, passage du coq à l'âne, enchaînement incohérent des idées, réponses étranges,
- les barrages, c'est-à-dire le brusque arrêt du discours avec, après un silence, la reprise sur le même thème ou sur un thème différent, comme si de rien n'était,
- l'incohérence du discours (discours diffluent, décousu) et la rupture des associations d'idées,
- un raisonnement s'appuyant sur des intuitions et des mélanges d'idées et une logique incompréhensible,
- le discours hermétique et la pensée impénétrable.

Les troubles du cours de la pensée sont associés à des troubles du langage. La personne schizophrène produit alors un langage qui ressemble plus à un discours intérieur qu'à un réel dialogue ou échange à but communicatif. Ces troubles se traduisent par :

- un débit qui peut être très lent ou très rapide,
- un bégaiement intermittent,
- du mutisme,
- des anomalies du timbre de la voix,
- la création de nouveaux mots (néologismes),
- des réponses « à côté »,
- une altération syntaxique,
- des stéréotypies,
- une tendance au symbolisme avec un discours maniéré, bizarre, précieux et hermétique, empreint de métaphores.

→ *La désorganisation de la sphère affective*

L'ambivalence affective est caractéristique de ce type de désorganisation : elle correspond à la coexistence de sentiments contraires et contradictoires, comme l'alternance entre amour et haine. Associés à l'ambivalence, nous trouvons les symptômes suivants : indifférence et détachement, négativisme et émoussement affectif, régression, froideur affective ou, au contraire, comportement adhésif, et absence de cohérence entre les affects et la situation (sourires discordants et rires immotivés). Toute cette symptomatologie provoque de manière assez étonnante une bizarrerie de contact.

M. G., patient de l'U.M.D., raconte par exemple avec détachement, le meurtre dont il est coupable. Nous pouvons voir chez lui une incohérence entre les affects ressentis et la gravité de la situation, un important décalage, lorsqu'il raconte, hilare, qu'après avoir tué cette personne, il a bu un café.

→ *La désorganisation du comportement*

Ce type de symptôme se traduit par une inadéquation entre la pensée et les actes. Il s'agit du symptôme décrit par CHASLIN sous le terme de « discordance ». La personne schizophrène produit alors une gestuelle hésitante qui semble inadaptée au but de l'action qu'elle mène. Pour l'entourage, les actions de cette personne sont alors difficiles à comprendre, car hermétiques.

Comme nous pouvons parler d'ambivalence affective, nous pouvons également parler d'ambivalence comportementale, où sont observés les troubles suivants :

- une interruption des gestes, une exagération de ceux-ci (le maniérisme) ainsi qu'une certaine maladresse,
- une indécision dans la mise en place des actions,
- des mouvements automatiques, parasites,
- des stéréotypies (répétition automatique de certains gestes), échopraxies (reproduction automatique et involontaire de gestes effectués par autrui), et échomimies (reproduction en écho d'expressions mimiques effectuées par

autrui),

- des paramimies (coexistence sur le visage de deux expressions contradictoires),
- un certain apragmatisme.

La discordance peut avoir pour conséquence extrême le syndrome catatonique : il s'agit d'un symptôme psychomoteur associant catalepsie (maintien du corps dans une posture figée), négativisme (attitudes et réactions d'opposition provoquant isolement et refus de communication) et stéréotypies, impulsions, écholalies et échopraxies.

Enfin, les troubles du comportement se retrouvent au travers de l'agressivité, des colères et des conduites régressives, le tout provoquant une impression d'étrangeté.

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont également associés aux principaux signes cliniques de la schizophrénie, décrits précédemment.

e) Les formes cliniques

Selon le DSM-IV-R, la schizophrénie comporte cinq différentes formes cliniques (paranoïde, désorganisée ou hébéphrénie, catatonique, indifférenciée, résiduelle), définies en fonction de la prédominance de leurs symptômes.

La schizophrénie paranoïde correspond à la forme la plus fréquemment rencontrée. Elle est caractérisée par la prédominance du délire paranoïde et des hallucinations.

f) Les facteurs étiologiques¹⁵

La schizophrénie fait partie d'une des pathologies mentales les plus difficiles à définir, de par la complexité des signes cliniques qu'elle présente, variant d'un individu à l'autre, mais également de par la multitude, semble-t-il, des facteurs étiologiques qui en seraient à l'origine. Se pose en effet la question des causes qui induiraient la maladie. Pour tenter de répondre à celle-ci, bon nombre de chercheurs tentent d'établir la relation entre les causes et les mécanismes de la maladie, à travers la mise en place de nombreuses hypothèses « étiopathogéniques ». Mais, actuellement, il semblerait qu'il n'existe aucune voie de recherche totalement satisfaisante expliquant réellement la schizophrénie. L'intégration, la prise en compte et le recouplement des diverses données étiologiques issues de toutes les hypothèses (génétiques, neurobiochimiques, neurodéveloppementales, socio-environnementales et psychologiques) seraient donc la meilleure des explications. Le plus intéressant serait alors de considérer que la schizophrénie est multifactorielle.

15 Professeur LLORCA Pierre-Michel, Article « La schizophrénie », Centre Médico-Psychologique B CHU Clermont-Ferrand (2004) : <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
GUELFY Julien-Daniel, ROUILLON Frédéric (sous la direction de), *Manuel de Psychiatrie 2ème édition* (2012), p.278 à p.287

II) REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS MASCULINS PSYCHOTIQUES PAR UNE PSYCHOMOTRICIENNE

Ma rencontre avec des patients masculins psychotiques, adultes ou enfants, m'a confrontée aux conséquences très étonnantes que la psychose peut avoir, chez ces personnes, sur la relation à l'Autre et à l'environnement. Outre les troubles et symptômes déjà étudiés en première partie, j'ai choisi en effet de parler ici de l'impact de la psychose sur le contact à l'Autre, qui se fait très singulier, et qui se trouve être, selon mon expérience personnelle, encore plus particulier dans la relation thérapeutique entre une femme soignante et un patient masculin psychotique. En ce sens, j'ai choisi de rapporter ici plus précisément mes observations sur ce sujet-là et d'étudier ce que peut impliquer cette relation femme soignante – homme soigné, sur l'un, sur l'autre, et dans la prise en charge en psychomotricité. Je réfléchirai également à la manière dont je peux aborder, en tant que stagiaire en psychomotricité, cette question si complexe du rapport à l'Autre chez ces patients, et comment, en tant que femme soignante, je peux faire face à la problématique du rapport à la femme, très souvent présente chez ces patients.

Toutes les observations que je peux rapporter dans ce mémoire sont, pour la plupart, issues de mon expérience personnelle en Unité pour Malades Difficiles. Il est donc important de garder à l'esprit qu'il s'agit d'un lieu de soins très spécifique, en milieu psychiatrique fermé. Je présente ici des expériences que j'ai vécues, au sein d'un contexte très particulier, uniquement auprès d'hommes, qui sont très peu en contact avec des femmes, les seules qu'ils rencontrent étant des soignantes. Il ne s'agit donc pas de chercher à faire des généralités sur la relation homme-femme dans un cadre thérapeutique, d'autant plus que chaque rencontre thérapeutique est singulière et ce, quel que soit le sexe du soignant et du soigné. Je cherche au contraire ici à témoigner de mon expérience personnelle en tant que future psychomotricienne.

Même si, lors de ma rencontre avec des patients psychotiques, je suis présente en tant que psychomotricienne, porteuse d'une fonction de soignante, avant d'être présente en tant que femme, mon statut de femme m'a confrontée à certaines difficultés dans la prise en charge des patients et a eu un impact sur le comportement de certains d'entre eux. Ce mémoire me permet

donc de présenter ces difficultés qu'il aurait été difficile de nier, avec lesquelles les patients, comme moi-même, avons dû composer et qui m'ont amenée à me questionner sur les moyens d'y faire face, afin de faciliter la rencontre avec ces patients.

Mes autres observations sont celles faites auprès de garçons psychotiques, au sein d'un Hôpital de Jour : du fait de l'âge des patients rencontrés, le relation thérapeutique soignante-soigné ne conduit pas aux mêmes problématiques qu'à l'U.M.D., mais présente tout de même son lot de particularités et de questionnements.

1) Les particularités des interactions et de la relation dans la psychose

a) Les limites corporelles et psychiques

- **Dans le développement dit « normal »**

Lorsque le nourrisson arrive au monde et sort du ventre maternel, il se retrouve confronté à un environnement qui lui est totalement inconnu. Lui qui était protégé et enveloppé par le liquide amniotique et la rondeur du ventre, se trouve pour la première fois en contact avec le « dehors ». Ses limites corporelles n'étant pas encore bien définies, le nouveau-né se perçoit comme déstructuré et ne peut pas comprendre ses propres ressentis corporels, déterminés par la faim, la soif, la douleur, le sommeil, la satisfaction ou l'insatisfaction. Il est envahi par une multitude de ressentis corporels auxquels il n'est pas encore capable de donner du sens. La figure maternelle va alors avoir un rôle fondamental dans la construction des limites corporelles de l'enfant, le but étant que ce dernier puisse se vivre comme unifié, différencié des autres, avec un corps qui lui est propre, et qu'il puisse mettre progressivement du sens sur ses sensations corporelles.

*« C'est dans la relation au corps de la mère que se forme
la constitution d'une enveloppe qui contient, protège, limite »¹⁶.*

Selon WINNICOTT, la mère remplit en effet trois fonctions¹⁷ :

- **LE HOLDING** correspond à la manière dont la mère va porter son enfant, aussi bien physiquement que psychiquement. Il s'agit donc de la façon dont elle le tient et le contient par ses soins, sa protection, ses bercements, le portage dans ses bras et les manifestations affectives à son égard. Ces sensations d'enveloppement corporel, procurées par la mère, vont être ressenties par l'enfant comme les premières limites corporelles sur lesquelles va se construire le sentiment d'unité et de différenciation. La disponibilité et l'adaptation quasi-totale de la mère, dont les capacités d'apaisement, d'écoute et de transformation sont fondamentales, permettent à l'enfant de se vivre petit à petit comme un ensemble d'éléments cohérents et contenus, et donc de développer son Moi.

- **LE HANDLING** concerne les soins prodigués à l'enfant par son entourage et la manière dont il est traité, soigné et « manipulé ». Il s'agit des moments d'habillage, de nourrissage, de toilette et d'échanges cutanés, qui permettent à l'enfant de se constituer des limites corporelles, ainsi que quelque chose de l'ordre d'un dedans et d'un dehors.

- **L'OBJET PRESENTING** correspond à la manière dont l'entourage de l'enfant va lui présenter la réalité. Dès que l'enfant ressent un sentiment d'insatisfaction, la mère va en effet, dans un premier temps, apporter des réponses immédiates pour y mettre un terme. L'enfant, n'étant pas encore différencié de son environnement et ne faisant pas la distinction soi / non-soi, pense alors que lui seul est la cause de ces réponses d'apaisement. Ceci est à l'origine du sentiment d'omnipotence, nécessaire à la construction d'une unité psychique et corporelle.

16 POTEL C., *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Editions Eres 2012, p. 139

17 GOUDARD E., *Corps, psychose et relation, Une Approche Psychomotrice auprès d'Adultes Hospitalisés en Service Fermé de Psychiatrie*, Université Bordeaux 2, 2012, p. 30

LEVERT I., Article « La relation précoce mère-enfant » :

http://www.lapsychologie.com/relation_parent_nourrisson.htm

C'est donc dans l'interaction avec l'environnement maternant que l'enfant, au fur à et à mesure de son développement, apprend d'abord à se constituer des enveloppes corporelles et psychiques contenant. En effet, la mère, en apportant des variations dans les soins prodigués à son enfant et en espaçant ses réponses, l'amène à prendre conscience qu'il a besoin de l'Autre, un Autre différent de lui, pour se développer. WINNICOTT parle de « *mère suffisamment bonne* », celle qui répond de manière équilibrée aux besoins de l'enfant, ni trop, ni trop peu. Peu à peu, il n'est plus dans l'illusion d'une totale fusion avec sa mère, car il prend conscience qu'il ne fait pas qu'un avec elle. C'est le début de la constitution d'un Soi unifié. De plus, la mère va le confronter à la frustration, en ne lui apportant pas tout ce qu'il veut, dans l'immédiateté, ce qui pousse l'enfant à faire appel à ses propres ressources personnelles. Cela confronte l'enfant à la réalité du monde qui l'entoure, un monde qui ne répond pas au doigt et à l'œil à ses besoins, un monde constitué, qui plus est, de lois à respecter. Les parents donnent en ce sens à l'enfant, des règles et des interdits à respecter, qui l'aident à se structurer et à consolider ses limites corporelles et psychiques, indispensables dans la rencontre et la relation à l'Autre.

- **Dans la psychose**

Les sensations d'éclatement, de dissociation et de morcellement du corps auxquelles les nouveaux-nés sont confrontés, de par leur manque de conscience des limites corporelles et de par leur immaturité psychique, disparaissent donc progressivement grâce à la relation privilégiée mère-enfant. Cependant, si ces expériences angoissantes sont répétées ou si l'enfant ne trouve pas les moyens d'y faire face, ces sensations deviennent des angoisses, comme celles retrouvées chez les personnes psychotiques, chez qui on observe une perte du lien avec la réalité extérieure, mais également avec la réalité de leur corps. La constitution défaillante des limites corporelles et psychiques se ressent alors dans la manière dont les patients psychotiques s'adressent à leur interlocuteur ou se comportent dans la relation à l'Autre.

Les défaillances de la constitution d'un Moi unifié et rassemblé, dans la psychose, entraînent en effet des particularités dans la manière dont le patient entre en relation avec les soignants et ce, qu'il s'agisse d'un soignant ou d'une soignante. Mais, dans le cadre de la relation thérapeutique homme-femme, ces particularités font appel à une dimension différente

de celles qui existent entre un soignant et un soigné : l'aspect potentiellement sexualisé de la relation homme-femme. D'ailleurs, les patients psychotiques ont souvent des délires et hallucinations à thématique sexuelle, des délires érotomanes, une désinhibition sexuelle pour certains et une sexualité très présente dans leur discours, tout cela étant la conséquence de leur pathologie psychiatrique. Certains patients dépassent alors certaines fois les limites posées par les soignantes pour éviter une érotisation trop importante de la relation thérapeutique par le patient, situation qui dépasserait le cadre thérapeutique.

Certains patients psychotiques m'amènent à penser que ce manque de limites aussi bien corporelles que psychiques les conduit à agir de manière « pulsionnelle » et à fonctionner dans l'immédiateté. Il me semble que ces patients-là se situent dans « l'agir », poussés par un corps qu'il ne peuvent penser et « mettre en mots ».

C'est le cas de M. S., patient de l'U.M.D. qui, alors que je suis en train de discuter avec un autre patient, arrive derrière moi, sans que je m'en aperçoive, et place ses mains autour de mes hanches, de manière à ce que je sursaute. Je réagis alors vivement, comme face à un comportement qui serait jugé totalement déplacé à l'extérieur de l'U.M.D. En effet, je me retourne de manière assez brusque, car très étonnée par ce geste auquel je ne m'attendais pas, face à ce patient qui agit comme si j'étais quelqu'un d'intime. Ce type de comportement m'aurait peut-être agacée dans un contexte extérieur. Mais, à ce moment-là, il est important d'avoir à l'esprit que je me trouve dans une structure de soins accueillant des patients qui ont un rapport à l'autre particulier, à cause de leur pathologie, et non à l'extérieur de la structure, où ce type de geste serait jugé comme « anormal » et « inapproprié ». Il faut donc que je m'adapte à la situation et que je réagisse en tant que soignante. Je recadre alors ce patient, à qui j'explique que je ne suis pas d'accord pour qu'il ait ce genre de geste envers moi et que je ne lui permets pas de me toucher. M. S. est alors comme stoppé par mon recadrage et semble en comprendre les raisons, celui-ci s'excusant à plusieurs reprises, m'expliquant que son geste n'avait rien de « méchant ». J'ai alors l'impression d'avoir devant moi un homme ayant agi avant de réfléchir.

Ce manque d'unité se traduit par les symptômes principaux décrits jusqu'à présent, à savoir les délires, les hallucinations, la désorganisation générale (pensée, langage, affectivité et comportement), ainsi qu'une difficile confrontation aux règles, lois et interdits. Ces symptômes rendent les échanges à autrui complexes pour le patient et, pour le soignant, la rencontre avec lui peut s'avérer étrange et « bizarre ». Ce défaut de constitution d'unité se traduit d'ailleurs par une faille dans la mise en place du schéma corporel et de l'image du corps, de l'utilisation de la sensorialité et des distances relationnelles, notions chères à la psychomotricité et qui jouent un rôle dans la mise en place de la relation à l'Autre. J'aborderai donc à présent les troubles de l'image du corps, de la sensorialité et de la distance relationnelle chez le psychotique, troubles que j'ai pu observer plus spécifiquement dans le rapport particulier et complexe de certains patients à la femme et donc aux soignantes.

b) L'image du corps

L'image du corps est « *l'image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres* »¹⁸.

Selon Paul SCHILDER, l'image du corps est « *l'image de notre propre corps, que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même* »¹⁹. Il s'agit des représentations mentales que l'on se fait de notre corps, comme objet physique, de relation aux autres, chargé d'affects, en lien avec notre identité. Pour définir ce qu'est l'image du corps, SCHILDER s'appuie sur le concept du schéma corporel, qui nous permet d'avoir conscience de notre posture, du mouvement de notre corps dans l'espace, de la connaissance des différentes parties du corps et du lien entre elles, dans l'engagement corporel et dans le sentiment d'unité corporelle. Selon lui, l'image du corps serait la synthèse inconsciente du modèle postural du corps (ou schéma corporel), d'une structure libidinale et d'une image sociale.

Ainsi, l'image du corps se construirait :

- grâce au portage psychique, physique et enveloppant, des figures parentales, et ce, dès

18 POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Editions Eres (2012), p. 145

19 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, *L'image corporelle, un concept de soins*, Hôpitaux universitaires de Genève (2006), p. 7

le plus jeune âge,

- en fonction de l'investissement affectif et libidinal des différentes zones du corps de l'enfant et en lien avec le regard porté par les parents sur leur enfant,
- en rapport avec le regard social de son environnement et de l'image renvoyée par celui-ci à l'enfant.

Dans la psychose, des troubles de l'image du corps sont souvent observés, et se traduisent chez le patient par :

- un manque d'hygiène, une faible estime de lui-même, une fragilité narcissique, une dévalorisation et un trouble de l'identité.

La vignette clinique suivante montre la manière dont ce trouble de l'image du corps se répercute sur la relation thérapeutique homme-femme. Je parle ici de l'image du corps que se construit le patient, à partir de ce qu'il croit percevoir dans le regard de l'Autre sur lui-même. En l'occurrence, il s'agit ici du regard porté par la femme que représente la soignante, celle qui, dans le cadre de l'U.M.D., représente la seule possibilité de confrontation au sexe féminin, à laquelle le patient pourrait, selon sa sexualité, chercher à plaire physiquement ou au contraire, à déplaire.

A l'U.M.D., M. S., schizophrène de 25 ans, me demande si je serais d'accord pour me marier avec lui, ce à quoi je réponds que ce n'est pas mon rôle et que je suis là en tant que soignante. M. S. me dit alors que, si je refuse de me marier avec lui, c'est parce que « ne [l]e trouve pas beau ». Lorsque je lui demande comment lui, il se trouve, M. S. me répond « moche ». Je perçois chez lui une tendance à la dévalorisation, que M. S. chercherait en quelque sorte à rassurer en me demandant mon avis.

- une dissociation de l'image du corps, selon Gisela PANKOW : l'unité du corps, chez le psychotique, est détruite. Une partie du corps devient indépendante et prend alors la place de la totalité du corps. Cette dissociation de l'image du corps a des conséquences dans le rapport du patient à l'Autre.

C'est le cas de M. C., patient schizophrène de 38 ans qui, de manière incessante, s'adresse à moi ou aux autres soignantes pour nous parler des vêtements que nous portons, de nos boucles d'oreilles (« vous avez de nouvelles jolies boucles d'oreilles »), de nos cheveux (« vous avez changé de coiffure aujourd'hui »), de nos chaussures ou de notre sourire (« vous avez un beau sourire »). J'ai alors l'impression qu'il ne voit chez les soignantes que les attributs ou les accessoires de la féminité. Il faut savoir que M. C. est un patient ayant un rapport complexe aux femmes, celui-ci étant comme « aspiré » par celles-ci. Lorsque son attention se porte, par exemple, sur les cheveux de l'une d'entre nous ou sur sa coiffure, celle-ci ne représente plus pour lui que des cheveux, qui prennent alors la place de la totalité de sa personne. Il me semble alors que nous ne sommes pour lui que des objets partiels et peut-être même des femmes-objets.

c) La particularité du regard

Pour Geneviève HAAG, il faut souligner « l'importance de l'arrière-plan, du contact dos, articulé au regard, pour former [...] la toile de fond de la vie psychique ». Chez l'enfant, la sensorialité du visuel est prédominante et trouve sa signification dans le portage par les parents et dans la relation précoce et privilégiée établie avec eux. Il s'agit de l'enveloppe visuelle, qui se construit en lien avec les mimiques, les expressions, et le regard de la figure maternelle, qui renvoie au bébé ce qu'elle comprend de ses états corporels. Le bébé commence alors, par cette double interpénétration des regards, à donner une signification à ce qui se passe dans son corps et donc à développer son psychisme. En comprenant que son environnement visuel est limité par sa mère et le regard de celle-ci, et en prenant conscience que le regard de sa mère est un support réel à son développement, le bébé fait ainsi l'expérience des limites de son corps, de sa pensée, et donc l'expérience de son unité.

Le psychotique n'a pas pu faire l'expérience de son corps différencié et unifié et construire cette enveloppe visuelle : par conséquent, nous pouvons observer bien souvent chez lui :

- soit un regard fuyant qui pourrait traduire une crainte de la rencontre avec l'autre,

- soit un regard intrusif et pénétrant.

Je ressens ces différents comportements plus spécifiquement dans la relation thérapeutique avec les hommes de l'U.M.D..

Certains d'entre eux sont érotomaniaques et je retrouve alors ce regard intrusif et pénétrant.

C'est le cas de M. T. qui, alors que je suis en train de saluer tous les patients de son unité, me suit à la trace, en me fixant du regard ou, alors que nous sommes en train de faire du vélo d'appartement l'un à côté de l'autre (lorsque j'ai suivi l'animateur sportif, une matinée), a la tête tournée vers moi, et m'observe fixement. Au premier abord, c'est une situation qui m'inquiète et me dérange un peu mais, ma place de soignante fait que je dois m'adapter à la situation, en gardant à l'esprit que, dans ce cas-là, c'est sûrement M. T., au contraire, qui éprouve une certaine angoisse de la relation à l'autre. Alors, je me détache de ce regard fixe, afin d'engager le dialogue avec lui et tenter d'atténuer son angoisse.

D'autres patients, au contraire, vont exprimer cette angoisse d'être en relation avec l'autre et particulièrement avec la femme, en évitant à tout prix de croiser son regard.

d) La distance relationnelle, entre intrusion, adhésivité, éloignement et fuite

Dans le cadre d'une relation thérapeutique, il est fondamental que le professionnel réfléchisse à la manière dont celle-ci se met en place, et cela passe par le fait de se questionner quant à la distance relationnelle établie avec le patient. Qui dit distance relationnelle dit espace et appropriation de l'espace dans la relation. Le psychomotricien, en tant qu'être humain s'occupant d'autres êtres humains, doit avoir conscience de la distance qui se met en place entre son patient et lui, et s'interroger sur l'impact que peut avoir cette distance sur la relation thérapeutique et sur sa fonction d'aide. En effet, c'est en faisant en sorte que la distance relationnelle soit ajustée et modulée, que le psychomotricien et le patient peuvent chacun garder leur place respective de soignant et de soigné, et que le psychomotricien peut investir au mieux sa position thérapeutique d'accompagnement et d'écoute empathique.

La poignée de main et le toucher

Au sein de l'U.M.D., et d'autant plus parce qu'il s'agit d'un contexte très particulier, la distance relationnelle entre les patients et le personnel soignant est en quelque sorte « réglementée ». En effet, les patients, en plus de vouvoyer les soignants, doivent leur serrer la main, mais cette règle est valable dans l'autre sens. Cette poignée de main est d'une part un geste symbolique de politesse, d'autre part, un moyen d'imposer de la distance entre les soignants et les patients. Outre le toucher imposé par cette poignée de main, les patients ne peuvent nous toucher, ne serait-ce que l'épaule, et nous évitons, bien évidemment, en retour, de les toucher.

Mon observation m'amène à dire que les soignantes n'agissent pas du tout de la même manière que les soignants sur cette question-là. Le toucher pouvant impliquer la dimension amoureuse et sexuelle, il me semble que les soignantes ne tolèrent pas qu'un patient leur mette la main sur l'épaule pour s'adresser à elles, alors que les soignants semblent un peu plus souples avec cette idée. D'ailleurs, il est déjà arrivé qu'un soignant, pour rassurer un patient, pose sa main sur son épaule, ce qu'une soignante se permettra difficilement de faire.

Edward T. HALL définit la proxémie comme « *l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique* ²⁰ ». Il décrit l'existence de quatre zones, composée chacune de deux modes (éloigné ou proche) :

- **la distance publique** : c'est la distance qui pousse à élever la voix, à proposer un discours lent et articulé pour être entendu et à accentuer l'ensemble des attitudes, mimiques et gestes (scène de théâtre).
- **la distance sociale** : elle marque la « *limite du pouvoir sur autrui* ». Dans ce cas-là, une personne n'est pas censée en toucher une autre.
- **la distance personnelle** : c'est la distance entre deux personnes, comprise entre un contact facile et un contact possible si les deux personnes tendent simultanément les bras.

20 SALVI F., *Un espace d'ouverture dans une Unité pour Malades Difficiles*, Mémoire d'Ergothérapie, IFE de Rennes, 2002, p.10

- **la distance intime** : à cette distance, la présence de l'autre est imposée et peut même être vécue comme envahissante. La lutte et l'acte sexuel ont lieu dans cette zone.

Le patient psychotique n'a pas acquis une sécurité interne, comme l'enfant le fait progressivement dans sa relation aux figures parentales. De par une constitution des limites et enveloppes corporelles et psychiques précaire, le patient psychotique n'a alors pas pu expérimenter la sensation et le sentiment d'être unifié et bien contenu, sans crainte d'être « disloqué » et donc « mélangé » à l'Autre. La différenciation entre lui et l'Autre est alors abolie. Il existe ainsi une confusion entre lui et l'Autre et ce dernier représente une menace pour lui. Pour ces raisons, le patient psychotique éprouve des difficultés à se situer dans la relation à l'autre et donc à moduler sa distance interpersonnelle d'interaction. Ainsi, il peut se situer bien souvent :

- soit de manière très éloignée par rapport aux autres patients ou aux membres du personnel, comme par évitement ou fuite. La rencontre avec l'autre est alors trop angoissante.

« Quand on approche trop près d'eux, ils sont pris de panique... ils décrivent tout ce qui advient à l'intérieur des limites de leur distance de fuite comme ayant lieu littéralement à l'intérieur d'eux-mêmes. Pour eux, les frontières du Moi s'étendent au-delà du corps » (HALL)²¹.

- soit de manière très rapprochée par rapport à leurs pairs, comme par « adhésivité » et intrusion, le patient ne se différenciant alors pas du tout de son interlocuteur.

Dans la relation thérapeutique avec un patient psychotique, nous nous tenons donc le plus souvent à une distance personnelle de lui, assez proche, pour que notre éloignement ne soit pas vécu comme trop déstructurant pour lui, mais pas trop, pour que notre présence rapprochée ne soit pas vécue comme angoissante, intrusive et persécutrice. Toute la complexité du travail auprès de personnes psychotiques se trouve dans l'adaptation difficile de la distance interpersonnelle et de l'approche physique des corps. Le soignant doit bien observer la singularité de chacun des patients psychotiques qu'il rencontre, afin d'ajuster sa distance par rapport à eux, chacun d'entre eux ne réagissant pas de la même manière à ce sujet-là. Il est important, en tant que soignant, de veiller à respecter une distance relationnelle pas trop proche, imposée par le patient car, s'il est dans l'évitement, c'est qu'à ce moment-là, il

21 Ibid, p. 11

n'a pas les capacités psychiques pour supporter notre présence. D'ailleurs, lors d'une première rencontre avec un patient psychotique, il s'agit de ne pas être trop hâtif en se tenant près de lui, et au contraire, de maintenir une certaine distance. Il faut en effet toujours garder à l'esprit que nous sommes menaçants pour lui.

Mais, dans le cas où le patient entre en relation avec nous de manière trop intrusive, dans la zone de distance intime, il faut aussi veiller à respecter nos propres limites et lui faire part de notre inconfort.

La notion de distance relationnelle m'interroge, notamment lors de la rencontre homme-femme, dans le cadre d'une relation thérapeutique. En ce sens, il me semble que le soignantes se doivent d'être plus vigilantes que leurs collègues masculins, quant à la distance relationnelle qu'elles vont imposer et tolérer. C'est à travers les vignettes cliniques suivantes que j'illustrerai mon propos.

Quand une soignante ne peut se retrouver seule avec un patient....

Deux psychomotriciennes travaillent au sein de l'U.M.D.. Certains jours, l'une des deux est contrainte de « s'exiler » dans un bâtiment de l'U.M.D., pour effectuer des prises en charge, la salle de psychomotricité étant occupée par sa collègue. Comme elle se trouve seule dans ce bâtiment avec ses patients, celle-ci doit toujours bénéficier d'un « accompagnement infirmier ». Pour certains patients, dont le passé évoque un rapport complexe aux femmes ou des violences commises envers elles, cet accompagnement ne peut être fait que par un homme et, si ce n'est pas le cas, la prise en charge est obligatoirement annulée, par sécurité. Au contraire, l'animateur sportif, dont les prises en charge se déroulent dans le même bâtiment excentré, n'est jamais accompagné et se retrouve seul avec certains patients dont le tableau psychopathologique est extrêmement sévère.

Une distance relationnelle entre fuite et adhésivité

Certains patients peuvent craindre la relation avec une femme. On repère alors chez eux des comportements de fuite et une distance relationnelle éloignée. C'est le cas de M. T., jeune patient schizophrène qui, de manière très régulière, refuse de me serrer la main, ce qu'il ne fait pas lorsque l'éducateur lui tend la sienne.

Cependant, au cours de mon expérience au sein de l'U.M.D., mon observation me montre que certains patients ont bien souvent des difficultés à garder leurs distances avec les soignantes. La distance relationnelle devient alors intime et intrusive.

C'est le cas de M. R., qui ne peut s'empêcher de me parler sans placer son visage tout près du mien et qui, au fur et à mesure que je recule, s'approche de plus en plus de moi, comme pour rentrer dans ma sphère intime, de M. P. qui, en me serrant la main, essaie constamment de la garder au creux des siennes et ce, avec force, ou par tous les moyens de s'adresser à moi en me prenant par les épaules, de M. D. qui, alors que je le salue, prétexte que ma main est froide pour la caresser.

M. G., quant à lui, passe tout près de moi, de manière à effleurer mon épaule. Ce patient accapare très souvent les stagiaires femmes, d'autant plus si elles sont nouvelles, comme pour bénéficier d'une relation exclusive. La relation à la femme se fait alors pour lui sur un mode excessif ; étant comme « aspiré » par la femme à laquelle il s'adresse, il ne peut garder une distance adéquate et adaptée socialement avec elle.

Après chaque matinée d'activités, nous raccompagnons les patients sur leur unité. Un jour, alors que nous raccompagnons M. C., celui-ci aperçoit sa curatrice dans la cour de l'U.M.D.. De manière pulsionnelle, M. C. se précipite sur elle pour la saluer, alors que celle-ci est en train de discuter avec un soignant. A ce moment-là, M. C. est dans l'incapacité de respecter une distance relationnelle adéquate, et en plus de cela, s'immisce dans la conversation. Bien que nous essayions d'empêcher ce type de comportement, M. C. est comme subjugué, et il est impossible pour lui d'entendre nos rappels à l'ordre.

Ces différents cas m'amènent à dire que les patients psychotiques ont un comportement du « tout ou rien », difficilement modulable.

2) Quand les émotions entrent en jeu...

Dans la relation thérapeutique, le psychomotricien est impliqué aussi bien corporellement que psychiquement. Son rôle est d'observer tout ce que laisse à voir le patient, tout ce qui traduit ses difficultés : ses mimiques, sa gestuelle, sa motricité, ses manifestations et modulations toniques, et la manière dont le patient entre en relation avec le soignant qu'il est et avec les objets de l'environnement. Ses propres capacités psychiques vont lui permettre d'aider le patient à accéder aux représentations, à passer du vécu corporel à la symbolisation. Le psychomotricien doit faire appel à ses propres ressentis corporels et psychiques, vécus dans la relation à son patient, pour pouvoir effectuer ce travail de contenance du patient. Le psychomotricien et le patient sont dans une relation d'échanges thérapeutiques, dans une rencontre qui va avoir un impact à la fois sur l'un et sur l'autre, en fonction de l'identité et de la personnalité de chacun.

a) Transfert et contre-transfert en psychanalyse

Le terme de « *transfert* » est utilisé par Sigmund FREUD pour désigner « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi entre eux [...] Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué* »²². Ce concept, employé notamment dans le cadre de la cure analytique, est d'origine psychanalytique, et se mettrait en place dans la relation thérapeutique entre le thérapeute et le patient.

En d'autres termes, le patient fait inconsciemment du thérapeute la cible de réactions affectives et de fantasmes, qu'il aurait pu avoir à l'encontre des personnes ayant joué un rôle dans son enfance. Il s'agirait d'une projection inconsciente de la représentation imagée d'un parent. Par conséquent, le thérapeute va être soit la cible d'une affection exagérée (transfert positif), soit la cible d'une hostilité marquée (transfert négatif), et ce de manière automatique et indépendante du contexte. En ce sens, les émotions ressenties par le patient à l'encontre de son thérapeute sont sans rapport avec la situation actuelle de la rencontre thérapeutique.

La manière dont le thérapeute va intervenir est décisive dans la résolution du transfert : elle rend compte en effet de ce que celui-ci a compris de la place que le patient lui donnait.

22 LAPLANCHE ET PONTALIS, *Vocabulaire de Psychanalyse*

Comme il existerait une réaction transférentielle du patient vers le thérapeute, il existerait une réaction contre-transférentielle du thérapeute vers le patient. Selon RACKER, le contre-transfert est en effet « *l'ensemble des images, des sentiments et des pulsions de l'analyste envers l'analysant, en tant qu'ils sont déterminés par son passé* »²³. Ainsi, les propres vécus émotifs du thérapeute lui permettraient de comprendre la position dans laquelle le met le patient.

b) Transfert et contre-transfert en psychomotricité ?

En psychomotricité, le psychomotricien est dans une relation privilégiée avec le patient. Nous pouvons donc nous poser la question de l'existence des réactions transférentielle et contre-transférentielle. Afin de comprendre de quel type de transfert nous pourrions parler en psychomotricité, il est intéressant d'étudier les apports de différents auteurs sur le sujet.

Pour Maurice CONTANT et André CALZA, le transfert et le contre-transfert en psychanalyse sont à différencier du contre-transfert émotionnel, en psychomotricité, qui serait présent dans tout travail thérapeutique. La psychomotricité est, pour eux, « *une situation relationnelle, pourvue d'une dimension transférentielle* »²⁴ et non une situation où se met en jeu « *un transfert objectal* »²⁵.

Le transfert sert à être analysé. Or, ce n'est pas le rôle de la psychomotricité. Mahmoud SAMI-ALI évoque plutôt les notions de temps et d'espace : le transfert en psychomotricité serait alors l'expression par le patient de ses difficultés à l'Autre, dans le temps et l'espace de la rencontre. CONTANT et CALZA le rejoignent sur cette idée : il existe un mouvement spatio-temporel reliant le patient et le thérapeute, le patient jouant corporellement ses difficultés dans la relation à l'Autre, à travers la mise en place d'un cadre thérapeutique spatio-temporel. « *C'est bien souvent sur le cadre thérapeutique plutôt que sur la personne du psychomotricien que va se déployer l'essentiel des modalités affectives du patient* »²⁶.

23 <http://sist.education.gov.mg/UMVFmiroir/campus-cours-c/medecinmalade/site/html/glossaire.html>

24 CONTANT et CALZA, *Abrégés Psychomotricité*, Editions Masson (3ème édition, 2007), p. 54

25 Ibid, p. 53

26 Ibid, p. 54

Pour René DIATKINE, le terme de transfert est réservé au cadre psychanalytique. Mais, il existerait cependant, en psychomotricité, des mouvements psychiques relationnels du patient pour le thérapeute, à travers lesquels le patient s'identifierait à lui, en prenant plaisir à être renarcissisé par ce dernier, en séance²⁷. En effet, c'est à travers son regard bienveillant et contenant que le psychomotricien renvoie au patient ce qui est positif en lui, bon et pensable, ce qui permet de le renarcissiser.

Olivier MOYANO, quant à lui, explique que les mouvements psychiques du sujet sont indissociables du cadre posé par le psychomotricien, et ce, que l'on parle de relation ou de transfert. L'attention du psychomotricien n'est pas tournée vers l'interprétation du transfert mais vers l'observation de la relation établie entre lui et son patient. Son rôle serait alors d'accueillir les manifestations corporelles et émotionnelles du patient et d'y répondre de manière contenant, afin que ces manifestations parfois archaïques ne détruisent pas le patient.

Pour Suzanne ROBERT-OUVRAY, « *le transfert du patient et le contre-transfert du psychomotricien exposent chacun des partenaires de l'interaction à ses éprouvés toniques, sensoriels et affectifs* ».

Pour elle, il existe un réel dialogue tonique entre le psychomotricien et son patient : en séance, ce dernier peut, dans le cadre spatial et temporel qui lui est proposé, exprimer corporellement les tensions et problématiques auxquelles il doit faire face.

D'ailleurs, nous pouvons repérer et ressentir chez les patients psychotiques, en fonction de notre propre vécu, des troubles de la modulation tonique avec, par exemple, une tendance à l'hypertonie ou des raideurs toniques, en réaction à une relation duelle trop angoissante pour lui.

C'est en s'appuyant sur ses propres ressentis émotionnels, sensoriels et corporels, ainsi que sur son histoire personnelle, que le psychomotricien va s'ajuster corporellement et psychiquement à ce que lui laisse voir le patient. Le niveau de son ressenti émotionnel va alors avoir un impact sur la manière dont le psychomotricien comprend les difficultés de son patient et y répond, par son implication aussi bien corporelle que psychique.

27 RAOULT P-A., *Psychologie clinique, psychanalyse et psychomotricité*, Edition L'Harmattan, 2001, p. 179

Au sein de l'U.M.D., un patient, âgé d'une soixantaine d'années, s'adressait régulièrement à moi, pour me parler de choses et d'autres. Comme avec tous les patients, je discutais alors avec lui. J'ai, par la suite, su que ce patient avait des antécédents de perversion sexuelle. Etant nouvelle dans la structure, et au tout début de mon stage, j'ai alors réagi en étant sur la défensive, quand il venait me parler. En l'occurrence, j'éprouvais sûrement à son encontre des réactions négatives, empreintes d'une certaine crainte d'être confrontée à lui. J'ai appris au fil des mois à laisser de côté mes réactions négatives et à agir avec lui, de manière objective, en tant que soignante face à une personne malade.

La relation thérapeutique en psychomotricité semble permettre au patient de projeter sur le psychomotricien ce qui est difficile pour lui, dans sa relation à l'Autre et à l'environnement, mais elle impacte également sur le psychomotricien lui-même et son vécu personnel. Par une observation fine du patient, mais également par une prise de conscience de ce que ce dernier vient interroger en lui, en termes de tonus, d'émotions positives et négatives, de questionnements et de vécu corporel, le psychomotricien va répondre de manière ajustée, avec ses mots et son corps, à ce qu'il pense comprendre du patient.

c) Des images porteuses de représentations

Le psychomotricien s'implique donc dans la rencontre avec le patient, en fonction de ce qu'il est, et ne peut pas gommer ses émotions et ce que vient provoquer le patient dans son corps et sa pensée. Face à ce dernier, chaque psychomotricien réagit donc de manière singulière, différente d'un autre psychomotricien. Sa réaction va dépendre de son expérience, de son âge et, il me semble, de s'il est un homme ou une femme. Dans le cadre de la relation thérapeutique homme-femme, je me suis demandé de quelle manière la psychomotricienne pouvait être « investie » par le patient.

Dans sa manière d'être en relation avec la psychomotricienne, le patient va peut-être inconsciemment faire appel aux images féminines auxquelles il a été confronté dans son histoire et sa vie actuelle.

En effet, pour certains patients, comme les enfants, nous pouvons faire l'hypothèse que la psychomotricienne va représenter l'image maternelle pour lui.

Dans la vignette clinique suivante, je m'inspirerai des travaux de SPITZ, qui propose l'idée d'une « bonne mère » et d'une « mauvaise mère ». Au début, le nourrisson croit qu'elles sont différentes. Il existerait ainsi pour lui :

- une mauvaise mère, celle qui ne satisfait pas tous ses besoins, qui le frustre et envers laquelle il dirige donc son agressivité,
- une bonne mère, celle qui répond à ses désirs, et à laquelle il exprime son amour.

En acquérant progressivement une sécurité physique et psychique, le nourrisson comprend qu'il s'agit d'une même et unique personne. C'est à ce moment-là que l'enfant accepte la frustration, qui le confronte au principe de réalité.

E. est un enfant psychotique de 6 ans que je rencontre au sein de l'Hôpital de Jour, en prise en charge individuelle. La médiation utilisée avec lui est celle du jeu et de l'activité spontanée. Il me semble qu'avec E., deux temps constituent sa prise en charge en psychomotricité :

- Un temps où E. me donne le rôle de l'agresseur, qui doit l'attraper et le manger. Je suis alors le loup ou le monstre contre lesquels il doit se défendre seul, ce qu'il fait en se cachant ou en m'envoyant un gros ballon dessus. A ce moment-là, je fais l'hypothèse qu'il me place dans la peau de la « mauvaise » mère, celle qui l'attaque et le frustre.

- Après plusieurs séances et parce qu'il me semble qu'une relation de confiance s'est créée entre nous, E. ne me donne plus le rôle de l'agresseur mais, au contraire, celui du protecteur, qui va donc l'aider à se défendre contre le loup ou le monstre. A ce moment-là, je fais l'hypothèse que E. me place dans la peau de la « bonne » mère.

Pour lui, je ne suis cependant pas encore cette même et unique personne. Comme lui-même n'a pas acquis cette sécurité physique et psychique le concernant, entraînant une non-constitution de l'unité de sa personne, E. a une vision de moi-même partagée, clivée entre deux pôles (bon et mauvais), non unifiés en un tout, mécanisme typique de la psychose.

D'autres patients masculins vont, quant à eux, peut-être avoir le comportement qu'ils auraient eu s'ils se trouvaient avec une sœur, une fille, ou bien une femme, qui représente soit la séduction, soit son contraire, la répulsion. Sans interpréter l'image que semble projeter le patient sur nous, il est intéressant de se poser la question et d'en prendre conscience. En fonction de ce que nous pensons comprendre du patient, nous n'allons pas agir de la même manière dans la relation thérapeutique avec lui. En effet, la psychomotricienne ne s'impliquera pas de la même manière, corporellement, avec un patient qui s'adresse à elle comme si elle était sa fille, sa mère, sa sœur ou une femme par laquelle il pourrait potentiellement être séduit ou son contraire. En ce sens, la psychomotricienne n'imposera pas la même distance thérapeutique et n'utilisera pas le toucher de la même manière. D'ailleurs, nous pouvons nous demander si, de la même manière, les images masculines auxquelles la psychomotricienne a été confrontée dans sa vie n'impactent pas sur la prise en charge de certains patients. Ce qui semble certain, c'est que, dans la relation thérapeutique, le patient vient provoquer chez la psychomotricienne des réactions et des émotions avec lesquelles elle va devoir composer, afin d'être la plus disponible possible dans l'échange.

A l'U.M.D., je pense en effet que les patients n'agissent pas de la même manière avec moi et ce, en fonction de leur âge et du mien. Il est possible, mais ce n'est pas une généralité, qu'un patient de 50 ans et plus agisse davantage avec moi, jeune femme d'une vingtaine d'années, comme avec une jeune femme en âge d'être sa fille, alors qu'un patient de 20 ou 30 ans se comportera peut-être avec moi en adoptant une possible attitude de séduction ou de répulsion. Cela n'implique pas le même savoir-être, ne vient pas questionner en moi les mêmes problématiques et ne provoque pas en moi les mêmes émotions. Un patient qui s'adresse à moi comme si j'étais son amie ou une potentielle séductrice va provoquer chez moi, au début, gêne et embarras.

Une fois que j'en ai eu pris conscience, la question qui m'est venue est la suivante : que vais-je mettre en place, en tant que soignante, pour que la position que me donne ce patient, qui n'a pas sa place dans une relation thérapeutique et uniquement thérapeutique, ne vienne pas envahir la prise en charge en psychomotricité ? Quels sont les moyens dont je dispose pour empêcher d'alimenter les problématiques de la rencontre homme-femme dans une relation thérapeutique ?

3) Le cadre et les limites corporelles et psychiques en psychomotricité

Dès lors qu'un psychomotricien rencontre un individu ou un groupe d'individus, celui-ci se doit de poser un cadre. Face à des patients psychotiques, pour qui il existe des défaillances au niveau de la constitution des contenants psychiques, ainsi que de réelles angoisses corporelles, ce cadre trouve toute son importance, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une relation thérapeutique entre une soignante et un patient masculin. Mes stages auprès de patients masculins psychotiques, et ce encore davantage au sein de l'U.M.D., m'ont fait prendre conscience de l'obligation de réfléchir à la mise en place d'un cadre stable, qui garantisse la protection, physique et psychique, autant du patient que du psychomotricien.

a) Définition

« *Le cadre d'une peinture, c'est ce qui précise les contours, le regard, confirme la profondeur* »²⁸. Le cadre peut en effet être considéré comme la bordure d'un tableau bien délimitée, lieu de projection, d'expression et de libération des problématiques et préoccupations auxquelles sont confrontés les patients que les psychomotriciens sont susceptibles de rencontrer :

« *Le cadre d'une activité [...] c'est ce qui définit le lieu et le temps de cette activité* »²⁹.

Le cadre nécessite une séparation de l'espace, entre l'intérieur et l'extérieur, ainsi qu'une séparation du temps, entre un avant et un après. Toute relation sollicite la création d'un cadre, qui constitue un contenant dynamique. Le cadre n'existe pas que pour l'un des deux interlocuteurs de la relation mais pour les deux : il contient la pensée de chacun et la préserve de l'extérieur.

28 POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Editions Eres (2012), p. 321

29 Ibid, p. 321

b) Le cadre thérapeutique en psychomotricité

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »³⁰.

Pour qu'un cadre soit thérapeutique, celui-ci doit remplir des conditions particulières, garantes de stabilité. Il s'agit du **cadre physique**.

- Conditions spatiales : le lieu de thérapie psychomotrice proposé au patient doit lui permettre d'exprimer et de projeter toutes les problématiques qui le perturbent. Pour Catherine POTEL, le lieu choisi est un « *vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices* »³¹. Afin que ce lieu puisse contenir les productions motrices et psychiques du patient, et que celui-ci sache qu'il peut se permettre de mettre en jeu ses difficultés, cet espace, toujours le même d'une séance à l'autre, se doit d'être physiquement bien fermé et limité.

Au sein de l'Hôpital de Jour, je me suis rendu compte qu'il était fondamental pour les enfants psychotiques ou autistes, dont les angoisses d'être disloqués ou morcelés sont très présentes, de vérifier que la salle de psychomotricité était toujours bien fermée. Pour B., enfant autiste de 6 ans, cela passe par la vérification que la porte est fermée à clé mais aussi que les murs sont limités. Pour cela, cet enfant a souvent l'habitude de jeter des balles contre les murs ou bien dans les angles de la pièce, afin de se rendre compte qu'aucun trou n'est présent dans la pièce.

- Conditions matérielles : la salle de psychomotricité doit proposer un matériel varié et qui puisse être utilisé de différentes manières comme médiateur, afin que le patient puisse développer son imaginaire et donc attribuer à ces différents objets, des représentations.

30 Ibid, p. 321

31 Ibid, p. 322

- Conditions temporelles : le cadre se doit d'être stable dans le temps, la fréquence et la durée des séances, ainsi qu'au niveau des horaires, afin de donner des repères au patient mais également garantir une certaine sécurité interne chez lui, favorable au développement d'une unité psychique. En effet, comme la présence de la figure maternelle, stable et régulière dans le temps, auprès du jeune enfant en pleine construction, la rythmicité des interventions du psychomotricien est fondamentale dans l'intégration des repères chez son patient.
- Conditions d'encadrement : l'accompagnement du patient peut se faire en individuel ou en groupal. L'indication, individuelle ou groupale, dépend des objectifs de soin du patient.

Le cadre est constitué de règles permettant de structurer et de sécuriser la rencontre. Il s'agit de règles qui concernent le respect de soi, de l'Autre et du matériel mais également des consignes pouvant régir la mise en place d'un atelier thérapeutique ou d'un suivi individuel de psychomotricité.

Ainsi, je co-anime avec ma maître de stage un atelier « Mime » tous les jeudis matin, à l'U.M.D. Les consignes de cet atelier sont précises. D'une part, les patients doivent s'efforcer de ne pas utiliser autre chose que leur corps pour mimer un mot, à l'exception d'une chaise. Ils ne doivent donc pas parler mais peuvent cependant chantonner et émettre des bruitages. Il est important que les patients ne montrent pas les objets déjà présents dans la pièce pour faire deviner un mot. D'autre part, nous leur expliquons que les seules personnes pouvant poser des questions au patient en train de mimer, pour guider les autres patients, sont ma maître de stage et moi-même, le patient en train de mimer ne pouvant répondre que par « oui », « non » ou « presque ». Ce dont on peut s'apercevoir, c'est qu'il est très difficile pour les patients de respecter ces consignes simples, ceux-ci essayant souvent de prendre la place d'animateurs, en posant par exemple des questions. Malgré un rappel constant du cadre et des consignes, M. D., schizophrène, ne prête pas attention à nos demandes : celui-ci, dans un fonctionnement de toute-puissance, ne peut écouter nos demandes répétées d'arrêter d'utiliser des mots à la place des mimes. Celui-ci continue alors

comme si nous n'existions pas.

Les patients schizophrènes, de par leur pathologie, ont des difficultés à se confronter à la loi et aux règles imposées par la vie en société. Le simple fait d'amener ces patients à respecter des consignes de base, au sein d'une structure limitante et protégée, est une première approche du respect des règles de vie en société.

Au sein de l'U.M.D., l'une des règles qui me semble fondamentale dans le cadre posé concerne celle du vouvoiement mutuel, qui permet de poser une distance entre le patient et le soignant et de donner une claire définition des rôles. A l'U.M.D., cette règle est valable pour tout le monde. Cependant, en tant que jeune stagiaire féminine, certains patients semblent tester ce cadre en essayant à plusieurs reprises de me tutoyer ou en utilisant un vocabulaire familier pour s'adresser à moi. C'est le cas de M. G. qui, alors que je lui demandais comment s'était déroulé l'atelier auquel il participait, me répondit en m'appelant « princesse », ou de M.M., à qui j'étais en train de distribuer des cartes de mime, qui me dit « merci, ma grande ».

Même si le cadre doit être souple et adaptable, en fonction des demandes faites par le patient ou des idées et propositions qu'il peut faire dans l'ici et le maintenant, ce cadre doit être rappelé lorsque le psychomotricien a l'impression que le patient déborde trop et qu'il considère que lui rappeler le cadre et les règles est nécessaire à son évolution, ainsi qu'au bon déroulement de la relation thérapeutique.

Il me semble que, dans la rencontre avec des personnes psychotiques, il est très important et fréquent de rappeler quel est le cadre. Les patients se créent leur propre monde, un monde qui les éloigne de la réalité et des règles imposées par la société. Ils vivent l'Autre comme étant persécuteur et dangereux, eux-mêmes ne se vivant pas comme unifiés et rassemblés ; ils ont alors tendance à tester les limites du cadre et du psychomotricien.

Au sein de l'U.M.D., je dois constamment rappeler les raisons pour lesquelles je suis là ainsi que mon rôle et ce, même si je ne sais pas si mes rappels ont réellement un impact sur le patient. Le fait d'être une stagiaire, une femme, peu présente sur la structure, accroît, selon moi, certains comportements : M. G. me pose des questions sur ma vie privée, M. D. insinue que, si nous nous retrouvions seuls dans une pièce, « on ne s'ennuierait pas », M. S. me demande, à plusieurs reprises, si je serais d'accord pour l'épouser ou M. D. me complimente de manière exagérée. Même si certaines réflexions ne sont pas graves en soi, elles ont cependant un caractère inapproprié ; il me semble alors important de les stopper dans tous les cas, afin que le patient ne s'engouffre pas dans une habitude et que je sois bien repérée comme étant une soignante.

c) Les fonctions du cadre thérapeutique

- L'une des fonctions primordiales du cadre thérapeutique est donc la construction d'un dedans et d'un dehors, de limites à la fois spatiales, physiques, qui permettent de différencier les corps et de limites psychiques, et en lien avec le respect des règles. Cette fonction est la prémisse de la constitution d'une unité corporelle et psychique chez le patient. Le travail psychocorporel permet donc, à travers la mise en place du cadre thérapeutique, de « *contenir la débauche de mouvements et de gestes, de protéger le patient de ses actes destructeurs [...], d'instaurer des limites entre le dedans et le dehors.* »³²

D.ANZIEU compare le cadre à un contenant maternel, à une enveloppe protectrice permettant aux pensées du sujet de se déployer. Le psychomotricien, à travers la mise en place d'un **cadre psychique**, remplit en effet des fonctions essentielles, semblables à celles de la mère face à son enfant, et qui permettent « *une mise en pensée du corps du patient* »³³ :

- Fonctions de pare-excitation et de contenance : il est intéressant de se référer aux

32 Ibid, p.344

33 PONTACQ B., « Spécificités des démarches thérapeutiques », Cours de 2ème année de psychomotricité, 2012

travaux de BION sur la contenance maternelle. Selon lui, celle-ci fait appel aussi bien à notre corps qu'à notre appareil psychique, et peut être appliquée au domaine de la psychomotricité.

Le psychomotricien est contenant corporellement par la qualité de sa présence corporelle, par son positionnement dans l'espace, ses mouvements, son tonus, sa voix, son regard, ses ressentis personnels. Cette contenance corporelle lui permet d'accueillir avec bienveillance les ressentis corporels primitifs des patients. C'est à partir de sa propre implication corporelle que le psychomotricien peut plus ou moins bien accueillir ce que le patient lui laisse à voir.

En transformant les ressentis corporels primitifs du patient, le psychomotricien a un rôle de contenance psychique ; il va, en ce sens, prêter ses capacités psychiques (fonction de « *moi-auxiliaire* ») au patient pour que celui-ci puisse faire face à des excitations d'une intensité trop importante à gérer pour lui.

Dans la psychose, les limites aussi bien corporelles que psychiques sont mises en échec, ce qui se traduit par une incapacité pour les patients à faire des liens entre leur vécu corporel, très souvent morcelé et éclaté, leurs émotions et la pensée. Le thérapeute aura alors un rôle de pare-excitation : les ressentis trop violents pour le patient et les émotions incontrôlables vont être projetés par ce dernier sur le psychomotricien qui, avec ses propres capacités psychiques, va renvoyer au patient un contenu détoxifié, pensable, représentable et donc supportable.

C. BALLOUARD résume bien la fonction de contenance remplie par le psychomotricien, à travers le cadre thérapeutique :

« Un cadre contenant, c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître »³⁴.

- Fonction de miroir : le regard du psychomotricien, dans lequel le patient se voit, va avoir une fonction de renarcissisation et de revalorisation de ce dernier.
- Fonction d'étanchéité : tout ce qui se passe à l'intérieur du cadre reste à l'intérieur (secret professionnel).

34 Ibid

4) La médiation thérapeutique, un outil indispensable à la relation

a) Définition

La médiation fait partie du cadre posé par le thérapeute, cadre qu'elle va structurer. Elle est un « outil » au service de la relation, une « activité » spécifique qui met en jeu l'expérience corporelle et le développement psychique. A travers la médiation, le psychomotricien aide le patient, qui doit souvent faire face à une déstructuration corporelle ou psychique mettant à mal son être, à se construire ou se reconstruire et à favoriser un mieux-être général.

De manière générale, la thérapie psychomotrice est une thérapie à médiation corporelle : c'est à travers et par le corps, les potentialités et les compétences qu'il offre, que le psychomotricien aborde les problématiques qui touchent l'être dans sa globalité. Pour aborder ces problématiques souvent complexes, le psychomotricien peut utiliser, comme le dit Catherine POTEL, des « *médiations transitionnelles* », « *empruntées à différents champs d'expression* ». Il a en effet à sa disposition une multitude de supports artistiques, sportifs et corporels qui vont devenir des médiations thérapeutiques (jeu, pataugeoire, poney, danse, théâtre, marionnettes, mime, jeu, sable, peinture...).

b) La médiation, un « entre-deux » à la relation

Les objectifs d'une médiation sont les suivants :

- « *proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ;*
- *favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ;*
- *aider à la transformation des éprouvés en représentations* ».³⁵

Une médiation thérapeutique soutenue par la verbalisation et l'accompagnement psychique et corporel bienveillants du psychomotricien, permet donc, à travers le vécu d'une expérience corporelle, de développer les capacités psychiques d'un patient en manque de lien

35 POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Editions Eres, 2012, p.367

entre son corps et sa pensée, entraînant ainsi une certaine contenance corporelle et psychique de celui-ci.

Mais surtout, et c'est particulièrement sur ce point-là que mon expérience avec des patients masculins psychotiques m'a fait réfléchir, « *la médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* »³⁶. Elle « *propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant, en quelque sorte, témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe* ». ³⁷ L'un des premiers objectifs de la médiation est en effet de favoriser la relation et la communication. Elle propose un lieu de partage de ressentis et de préoccupations parfois très archaïques ou violentes de patients qui, sans médiateur, ne pourraient les exprimer. Elle permet une implication du corps, sans que celui-ci ne soit directement mis en jeu, une implication trop directe pouvant être vécue comme trop angoissante et déstructurante, par des patients psychotiques, chez qui la rencontre avec soi et avec l'autre est déjà extrêmement compliquée.

Dans le cadre de mon expérience en U.M.D., ce médiateur est, me semble-t-il, indispensable, car il agit comme un tiers séparateur entre un homme, dont la relation à la femme est bien souvent complexe, et moi-même, femme soignante. Il permet la mise en place d'une relation thérapeutique, sans que celle-ci ne se fasse de manière trop frontale.

E. est le jeune garçon psychotique déjà évoqué plus haut. Etre en relation avec moi s'avère compliqué pour lui. Lors des premières séances, E. passe son temps seul, à assembler des petites formes en un train qu'il fait tourner, me tenant à distance et ne répondant à aucune de mes propositions de jeu. Ma présence lui est trop difficile à gérer. J'ai alors l'impression qu'E. nie ma présence en s'enfermant dans des jeux très stéréotypés et en ne permettant pas l'établissement d'une communication avec moi. Petit à petit, une relation de confiance semble s'installer entre lui et moi, E. se rendant sûrement compte que je viens le chercher tous les vendredis matin pour sa séance de psychomotricité, et qu'il existe une continuité dans notre relation. Très rapidement, je perçois chez E. une évolution très positive : E. s'adresse de plus en plus à moi et me sollicite dans ses jeux.

36 Ibid, p. 365

37 Ibid

Comme je l'ai déjà précisé dans une vignette clinique un peu plus haut, E. choisit de me donner, dans un premier temps, le rôle de l'agresseur. Ayant connaissance de certaines de ses angoisses de dévoration, angoisses que j'avais pu percevoir lors de la passation de son bilan psychomoteur, je lui demande si c'est moi le monstre, ce à quoi il répond que oui et que je dois l'attraper. Je lui demande ensuite si je peux l'attraper avec mes mains, ce à quoi il répond que non. Le simple fait de l'attraper avec mes mains, et donc de le toucher, semble être beaucoup trop direct et angoissant pour E. Alors, spontanément, E. va introduire un objet médiateur entre nous : une petite voiture, qu'à chaque début de séance, il s'empresse de me donner. Ce n'est plus moi directement qui suis son agresseur mais la petite voiture que je tiens et qui doit l'attraper. Pour E., la voiture constitue comme un prolongement de moi-même. Même si je perçois ainsi chez lui des traits caractéristiques de la psychose comme une confusion entre la petite voiture, lui, et moi, l'objet médiateur de la voiture permet à E. d'entrer en relation avec moi et de jouer en sécurité, sans être totalement envahi par ses angoisses.

A présent, je vais illustrer mes propos en présentant deux prises en charge, dans lesquelles j'ai été amenée, sur le long terme, à réfléchir à ma pratique psychomotrice, afin de faire face aux difficultés rencontrées lors de la relation thérapeutique homme-femme.

III) MA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE AUPRES DE PATIENTS MASCULINS PSYCHOTIQUES

Le sujet de mémoire sur lequel j'ai décidé de réfléchir m'est apparu assez clairement à l'esprit, après quelques journées de stage au sein de l'U.M.D., mais, il est surtout la suite logique d'un questionnement initié lors de ma deuxième année de stage auprès d'enfants.

C'est pourquoi j'ai choisi de présenter deux études de cas : l'une concerne un jeune garçon psychotique, rencontré lors de cette deuxième année, l'autre concerne un homme, rencontré dans le cadre de l'U.M.D.. Il me semble intéressant d'évoquer deux types de rencontres avec des patients masculins psychotiques n'ayant pas du tout le même âge, mais au contact desquels j'ai été confrontée à de nombreuses interrogations et difficultés concernant la rencontre homme-femme dans une relation thérapeutique, au cours de leur prise en charge respective.

1) Ma rencontre avec A., au sein de l'Hôpital de jour

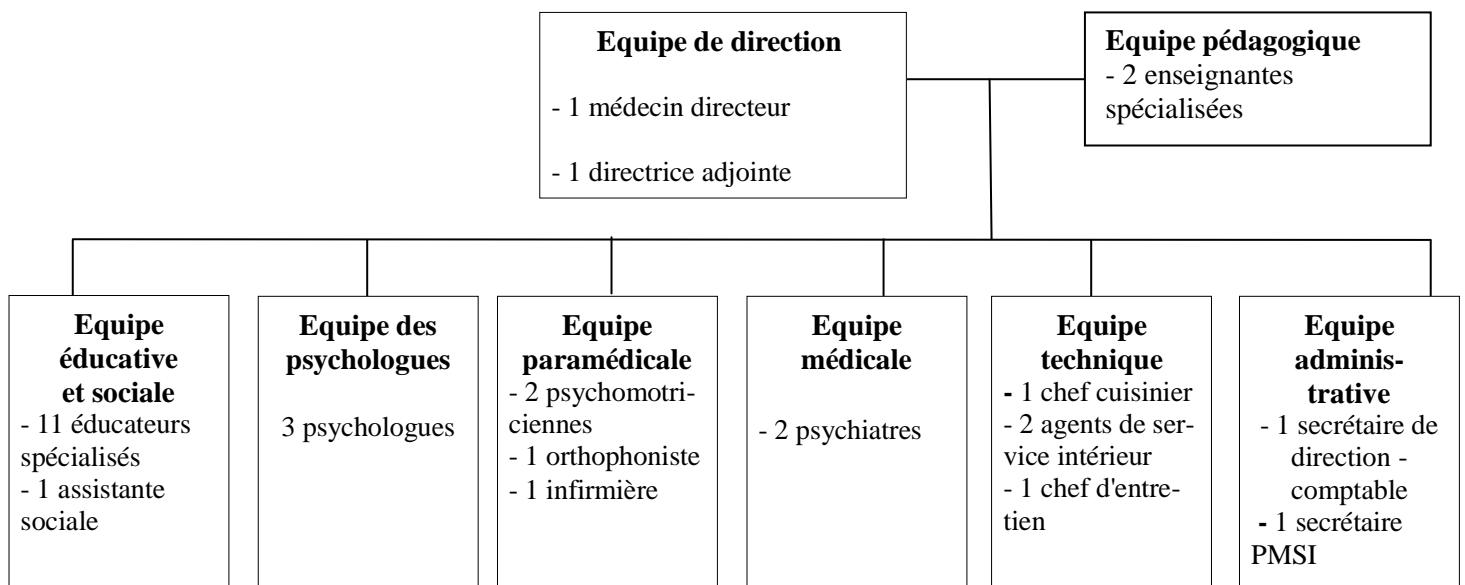
J'ai décidé de présenter l'étude de cas d'A., telle que je l'avais écrite à la fin de ma deuxième année de stage au sein de l'Hôpital de Jour, afin d'exposer la manière dont mes questionnements ont évolué au cours de mes deux années de formation.

a) Présentation de la structure

L'Hôpital de jour sur lequel j'effectue mon stage fonctionne depuis plus de 30 ans.

Il est géré par l'association A.R.I (Association pour la Réadaptation et l'Intégration), loi 1901, qui compte, à ce jour, 13 établissements, de type sanitaire, médico-social ou d'insertion socio-professionnelle. Le financement est pris en charge en totalité par les Caisses d'Assurance Maladie.

- **Composition de l'équipe**



- **Population accueillie**

L'Hôpital de Jour accueille 30 jeunes enfants âgés de 3 à 11 ans présentant des troubles de la relation et de la communication. Ces enfants sont inscrits dans des processus autistiques, psychotiques et névrotiques graves, qui rendent difficile voire impossible une vie sociale habituelle.

- **Fonctionnement**

Les enfants sont accueillis sur un groupe éducatif de référence (4 groupes). Selon leur projet individuel, sont proposés aux enfants :

- des prises en charge individuelles (psychothérapie, orthophonie, psychomotricité, pataugeoire, aires de jeux thérapeutiques),
- des prises en charge groupales : les ateliers thérapeutiques (marionnettes, psychomotricité, peinture, argile, musique, poney, escalade...),
- des temps de scolarisation au sein-même de l'institution,
- une scolarité extérieure à temps plus ou moins partiel selon l'évolution de l'enfant.

Les temps de repas font partie intégrante de la prise en charge de l'enfant. L'établissement est fermé sur une partie des vacances scolaires.

L'Hôpital de jour fonctionne en externat sur une période de 5 jours par semaine, de 9h à 16h15, les lundis, mardis, jeudis et vendredis et de 9h à 13h15 les mercredis.

En ce qui concerne le processus d'admission, l'enfant est adressé à l'Hôpital de jour après une consultation de psychiatrie infantile. Le médecin directeur rencontre ensuite l'enfant et ses parents, puis effectue une présentation de l'enfant à l'équipe afin de décider d'une journée d'observation, qui permettra de valider ou non l'indication de prise en charge.

Le projet personnalisé de soin de l'enfant commence dès l'admission et se met en place lors d'une réunion d'équipe qui permet de poser des indications de prise en charge individuelle et/ou collective.

b) Le cadre de ma rencontre avec A.

L'atelier des « Grands » se déroule tous les lundis après-midi, de 13h45 à 14h45, et réunit quatre enfants de 10 à 12 ans, qui sont donc encadrés par trois adultes (la psychomotricienne, l'éducatrice spécialisée et moi-même).

Ces quatre enfants ne peuvent se développer de manière harmonieuse et s'adapter à une vie sociale, de par leur dysharmonie psychotique.

Le but de cet atelier est donc de favoriser la prise de conscience de soi et de l'Autre, dans le but de développer la socialisation et de permettre à ces enfants de construire leur psychisme. Notre rôle est d'accompagner les enfants dans l'acceptation de l'Autre, en tant qu'individu différencié et avec lequel la relation de jeu est possible.

Le jeu est donc la médiation principale de cet atelier et constitue, comme pourrait le dire Catherine POTEL, « une aire thérapeutique » qui agit comme « liant » entre les individus, qui leur permet d'entrer en relation avec l'Autre.

L'atelier se compose de trois temps forts :

- Tout d'abord, nous réunissons les enfants autour d'un bureau pour un temps de parole qui permet à chacun d'entre eux de prendre tour à tour la parole afin de raconter, s'il le

souhaite, son week-end, sa journée, ses difficultés, de poser les questions qui le préoccupent ou d'évoquer tout sujet qu'il souhaite aborder.

- Puis, vient le temps de jeu à proprement parler : celui-ci était consacré, lors des premiers mois, à la construction d'une maison avec le matériel présent dans la salle de psychomotricité, celle-ci étant représentative de la manière dont l'enfant perçoit son corps et ses limites, mais également de la structuration des repères spatiaux. Au fil des séances, ce temps de jeu s'est progressivement transformé, à partir des idées que les enfants apportaient de manière spontanée, en arrivant en atelier. Les idées de jeux proposées les ont bien souvent amenés à être confrontés à l'Autre, provoquant chez eux de la colère, de la frustration, de l'agressivité, des angoisses importantes de persécution mais également du plaisir. Le travail que l'on effectue alors en atelier de psychomotricité, après avoir été plutôt fondé sur la perception du corps et de ses limites, s'est, de manière naturelle, orienté vers la prise de conscience de l'Autre, le jeu avec l'Autre, la confrontation à la frustration et à l'attente et donc vers la communication.

- Enfin, la séance se termine par un temps de dessin ou de modelage au bureau. Ce temps-là est fondamental car il permet aux enfants de se rassembler, de se recentrer sur leur corps et ses sensations, et de se poser après un temps de jeu qui a bien souvent mobilisé toute leur attention et leur énergie, les enfants abordant lors de celui-ci les problématiques importantes auxquelles ils sont confrontés dans leur vie quotidienne. Nous proposons par la suite aux enfants un temps de parole qui permet à chacun d'entre eux d'expliquer et de raconter ce qu'il a souhaité représenter et donc de mettre en mots ses idées, ses sensations et ses émotions. Ce temps de symbolisation favorise donc la libération des émotions, la communication ainsi que la construction de la pensée et donc du psychisme.

c) Etude de cas d'A., garçon de 11 ans

A. est un jeune garçon né le 07 juillet 2001. Il a donc 10 ans et 10 mois lors de notre rencontre. Il est admis à l'Hôpital de Jour depuis le 31 août 2006, à temps plein.

Il est le fils unique d'un couple marié, suivi depuis octobre 2007, et dont les attitudes éducatives semblent inadaptées, avec une forme d'imprévisibilité et de violence dans les échanges parents-enfant. Ils se trouvent souvent en difficulté pour percevoir le caractère parfois angoissant de certaines situations pour A. Les deux parents ont des antécédents de difficultés d'apprentissage. Ils sont décrits par l'assistante sociale comme désireux de bien faire.

Après un échec de scolarisation en maternelle, en milieu classique, et un retard dans l'acquisition de la marche, A. est adressé par le Centre de Santé Mentale Infantile à l'Hôpital de jour, pour dysharmonie psychotique en 2006. Il est alors décrit comme agressif, agité et présente des troubles du sommeil.

A. est un enfant qui a grandi dans un milieu composé exclusivement d'adultes, mêlé à une agitation permanente, les parents ayant une vie sociale bien remplie et participant à des soirées dans lesquelles A. est souvent présent.

Le grand-père maternel meurt d'un cancer lorsque A. a 19 mois, ce qui entraîne une période difficile à gérer pour la mère de A. A partir de cet événement, la grand-mère maternelle de A. s'occupe beaucoup de celui-ci.

L'année 2010 constitue, pour lui, une période de changements et de perturbations importants.

Le beau-frère du père d'A. se suicide par pendaison en janvier 2010. A. recueille alors les confidences de sa cousine, avec laquelle il s'entend très bien, dans les détails. S'ensuit une période de somatisation avec vomissements, pendant laquelle A. évoque beaucoup la question de la mort.

L'année 2010 est également marquée par la construction d'une nouvelle maison. Il s'agit pour A. d'une période difficile à gérer, pendant laquelle il se retrouve livré à lui-même, ses parents étant préoccupés par le bon déroulement des travaux. La famille déménage dans cette nouvelle maison en avril 2010. L'équipe professionnelle de l'institution constate alors, pendant cette période, une aggravation de l'état d'agitation de A.

Ses deux parents travaillant, il est levé très tôt le matin, à 6h20, au moment où sa mère part

travailler. C'est alors son père qui s'en occupe (A. se lave et s'habille seul), pour le conduire ensuite chez leur voisine, à partir de 7h. Celle-ci le garde tous les matins et tous les soirs. Elle est perçue comme cadrante et autoritaire par les parents. Lorsque la grand-mère maternelle de A. prend sa retraite, c'est elle qui prend le relais pour l'accueillir, car elle habite en face de chez eux. Mais, en octobre 2010, celle-ci déménage dans le département voisin, ce que la mère d'A. juge trop précipité. Le relais avec la grand-mère, entre la maison familiale et l'Hôpital de Jour, se rompt et se recrée avec l'ancienne gardienne. La grand-mère et la mère de A. sont alors, à ce moment-là, en conflit ; s'ensuit un travail avec Samuel, pour maintenir le lien entre lui et sa grand-mère.

Les moments difficiles se manifestent, pour A., à l'extérieur et en famille élargie. Une grande adhésivité est décrite chez lui, associée à des angoisses archaïques corporelles d'intrusion.

Le bilan orthophonique met en évidence un gros retard global et un retard de langage, qui ne nécessitent pas cependant une prise en charge.

Un bilan psychomoteur, effectué en septembre 2006, à l'âge de 5 ans et 6 mois, permet d'observer une distance sociale inadaptée, une grande instabilité et une impulsivité motrices, ainsi qu'une avidité pour le matériel. On repère chez lui des expériences exploratrices, mais également des difficultés de coordination et une maladresse globale. Sa recherche de sensations dures et fortes qui le tiennent et son besoin d'être en mouvement constant traduisent beaucoup d'angoisse chez lui (angoisses archaïques de perte du corps et de chute). Cependant, il trouve appui sur l'adulte, même s'il agit avec pulsionnalité et agressivité. Enfin, A. peut s'enfermer dans des sensations sonores sans fin.

Une prise en charge en psychomotricité est mise en place de mars 2007 à juillet 2010.

Un suivi psychothérapeutique est mis en place en février 2008, suite à une pataugeoire effectuée de novembre 2007 à février 2008.

A. bénéficie, au sein de l'Hôpital de Jour, de temps de classe quotidiens.

La synthèse du 17 octobre 2011 permet de recueillir de nombreux éléments concernant A. et de comprendre un peu plus ses difficultés.

Les éducateurs de son groupe évoquent un besoin de contenance psychique et d'un regard sur lui, qui restent un étayage. En effet, il recherche souvent un adulte non loin de lui pour le limiter et s'interpose souvent entre deux adultes en train d'échanger. Il entend très bien tout ce

qui peut se dire et fait des liens entre les choses. Une activité psychique est donc présente, même si on repère chez lui un voile important de déficiences. De plus, il est très curieux.

A. éprouve des angoisses corporelles archaïques, comme une peur de disparaître et d'être perdu, qui se traduit par un mode fusionnel corporel et psychique avec l'Autre. Il est intrusif, essaie de « rentrer » dans l'autre et fonctionne par collage corporel et psychique. Il touche beaucoup les autres, adultes ou enfants, mais ne supporte pas d'être contenu physiquement. De plus, il utilise son regard de manière très particulière, intrusive.

A. est incapable d'avoir un jeu construit et élaboré. Il confond bien souvent l'inanimé et le vivant et aime les jeux qui rassemblent, tels que les puzzles, le dessin et le modelage.

Dans les transitions et passages d'un lieu à un autre, d'une situation à l'autre, et lors des séparations, il se déstructure complètement, il semble « éclaté » et crie. Il perd son unité et montre une peur du démembrement. Il travaille la question du trou et la manière de le combler (ce qu'on remarque lorsqu'il construit sa maison en atelier psychomotricité).

A. revient souvent sur des fantasmes d'accouchement et montre beaucoup d'intérêt pour ce qui est morbide, en particulier les accidents de la route.

De par son manque d'unité corporelle, il a besoin de rattacher sa pensée à un objet, ce qui se traduit par un fort accrochage aux machines telles que les tronçonneuses. Par conséquent, il ne peut se détacher des sons qu'elles provoquent (il les imite et se déstructure totalement lorsqu'il les entend dehors). A. demande souvent des chatouilles ou des massages, afin de sentir les limites de son corps.

Pour l'année 2011/2012, A. bénéficie des prises en charge suivantes :

- psychothérapie individuelle
- atelier psychomotricité Grands
- atelier « inventeurs »
- atelier spectaculaire
- atelier espace extérieur

La conclusion de cette synthèse permet d'évoquer la question d'une orientation future en Institut Médico Educatif.

Je rencontre donc A. dans le cadre de l'atelier Psychomotricité Grands, qui est un lieu qu'il investit beaucoup. Il est pris en charge au sein de ce groupe depuis septembre 2011.

De manière globale, la construction de la maison lui permet de s'apaiser. C'est un moment de rassemblement qui lui permet de se recentrer sur son corps. Il demande d'ailleurs notre aide pour que sa maison soit bien fermée, qu'elle ne présente aucun trou. Notre soutien lui est indispensable, sinon il devient très agité, crie et détruit la maison des autres.

A. est très intrigué par les questions qui touchent au corps et à son fonctionnement. Il a d'ailleurs des conduites masturbatoires et ne peut avoir une distance sociale adaptée. Il touche en effet beaucoup le corps des autres enfants, mais aussi celui des adultes, particulièrement celui des femmes, essaie de « rentrer » en eux. Il pose des questions quant au fait que l'on n'a pas le droit de toucher les autres personnes comme on le veut et quand on le veut. Dans ces cas-là, il n'est pas possible pour lui de jouer avec les autres enfants car tout contact corporel est érotisé. Le cadre doit alors être rappelé. A travers ces comportements-là, A. semble travailler la question des limites corporelles, lui qui a des angoisses importantes de morcellement. Lors d'une séance, et alors qu'il ne peut voir mon bras, caché du point de vue où il se trouve, il dit avec interrogation et inquiétude à l'éducatrice spécialisée que j'ai perdu mon bras. Cette angoisse de morcellement est également mise en évidence par le fait qu'il peut passer d'un jeu à un autre, de manière très rapide et sans lien quelconque entre les deux. De plus, nous repérons chez A. une grande adhésivité corporelle et psychique aux personnes, qui peut mettre en évidence un manque de conscience d'unité corporelle et des angoisses archaïques de perte du corps. Ceci est également repérable à travers son accrochage aux objets.

A. a des conduites de lâchage qu'il expérimente en tenant la main de la psychomotricienne et en la lâchant d'un coup, comme si quelqu'un le laissait tomber. Il travaille également la question de l'abandon, qui l'angoisse beaucoup, en demandant à jouer « au clochard ». Le jeu le met alors dans un état d'excitation important. Il a conscience de ses difficultés et sollicite notre soutien en disant « je ne peux pas m'arrêter tout seul ». A. travaille donc les questions de l'attachement, de l'accrochage, et des liens entre les objets et les personnes. On repère chez lui des angoisses de persécution et de mort importantes. Il nous explique que, par exemple, ce qui le ferait le plus souffrir, « c'est qu'on [l]e crève ». Il exprime également ces angoisses-là lorsqu'il nous raconte que l'on veut lui mettre un pétard dans la bouche pour le faire exploser et que cela lui fait peur.

Les fins de séances constituent toujours des moments difficiles à gérer pour A. La séparation semble représenter pour lui une sorte d'abandon, qu'il manifeste par une excitation excessive, des cris, et par le fait qu'il ne peut sortir de la salle sans qu'on vienne le chercher. Malgré ces difficultés-là, A. verbalise beaucoup ce qui semble lui poser problème et dit clairement qu'il ne réussit pas « à dire au revoir » et à se séparer. Il tape alors les objets contre les murs au moment du rangement et recherche des sensations de bruit intense, en frappant de manière excessive sur un tambour. Le bruit procuré lui fait perdre ses limites corporelles et toute présence psychique.

A. oscille entre des séances extrêmement compliquées à gérer pour lui, où l'excitation motrice et psychique est plus forte que tout et dans lesquelles il est complètement envahi par ses difficultés, et des séances riches, pendant lesquelles il a un comportement relativement adapté, semble paisible et sans difficulté particulière. Dans ces moments-là, A. peut jouer avec les autres, à cache-cache ou dans les maisons construites. Il poursuit dans tous les cas l'investissement de cet espace groupal et travaille toutes les problématiques qui le perturbent.

Quand il peut jouer avec les autres enfants, A. alimente le jeu, donne des idées et présente des ressources. Il est très engagé dans ce qu'il fait et semble prendre plaisir à jouer. Cependant, il faut toujours veiller à garder un cadre stable, car A. est très vite débordé. Les règles doivent être souvent répétées.

A. utilise vraiment le temps de parole du début de séance pour partager ses émotions et sentiments. Il peut nous raconter alors en détails ses week-ends et nous avons remarqué à plusieurs reprises qu'A. a des connaissances précises et nombreuses sur des sujets qui l'intéressent beaucoup. Il prend alors plaisir à nous les expliquer. Les temps de représentation en fin de séance sont également bien investis par A. ; ils lui permettent de se rassembler. Il dessine souvent des bonhommes de forme phallique, dont il ne peut pas parler et finit par déchirer sa feuille. Souvent, A. ne parvient pas à se concentrer sur son dessin ou son modelage car il est trop envahi par son agitation ou par celle des autres enfants.

Depuis quelques semaines déjà, les enfants de l'atelier ont décidé d'orienter leur jeu, non plus vers la construction de leur maison, mais plutôt vers l'utilisation de gros ballons. Seulement, la salle de psychomotricité ne possède que trois ballons pour quatre enfants. Ce jeu est l'occasion pour A. de travailler la question de la prise de conscience de l'Autre, du

partage d'un jeu et donc de la frustration. Il aborde par exemple la problématique du « vivre avec l'autre », qu'il expérimente à travers des jeux de bagarre, afin de récupérer le ballon qu'il souhaite. Il faut là-aussi veiller à respecter le cadre et ses limites, au risque que le jeu de bagarre ne se transforme en véritable conflit. A travers ces jeux, A. apprend à respecter la présence de l'Autre et à ne pas se sentir persécuté par lui. De plus, nous pouvons voir qu'A. prend plaisir à établir une certaine communication, un certain dialogue avec l'Autre, dans le but de trouver un terrain d'entente qui lui permette de vivre aux côtés de l'Autre, tout en gardant son unicité. Nous remarquons, petit à petit, que, au lieu de passer par l'agitation motrice et l'agressivité, A. commence à exprimer verbalement ce qui peut le déranger chez l'Autre et quelle est la source de ses émotions agressives.

Lors d'une séance, A. demande à être massé par le biais de balles en mousse. Nous découvrons alors un autre enfant, détendu et apaisé. Cela lui permet de se reconstituer une enveloppe corporelle et de se rassembler. Il retrouve à ce moment-là sa capacité à penser. Il peut même aider les autres et montre une grande sensibilité. Il fait très attention au regard que nous pouvons porter sur lui ainsi qu'aux émotions des autres enfants.

Ainsi, A. est un enfant en pleine recherche de sensations corporelles et qui expérimente son corps dans le jeu et la relation à l'Autre, afin de prendre conscience de ses limites corporelles et donc de son unité psychique. Il investit donc pleinement le cadre posé par l'atelier psychomotricité Grands. Cependant, A. semble encore envahi de manière importante par ses angoisses archaïques de morcellement et de perte du corps, mises en évidence par une excitation et une agitation intenses, qui le coupent souvent de toute situation sociale adaptée.

J'ai choisi de présenter le cas d'A. car dès le début, celui-ci est entré de manière assez simple en relation avec moi, venant me voir et me parler dans la cour de récréation. De plus, son comportement et sa manière d'être m'ont intriguée et m'ont amenée à me poser de nombreuses questions. Le fait que A. investisse de manière importante les temps de parole de début et de fin d'atelier, en verbalisant clairement ce qui lui fait peur, les questions qui le préoccupent ou les problèmes qu'il peut rencontrer dans la relation avec les autres enfants, a permis de faciliter l'établissement d'une relation thérapeutique et de contenance entre nous.

Cependant, cette relation établie m'a également mise face à mes propres difficultés. En effet, à de nombreuses reprises durant l'atelier, A. a essayé de toucher mon corps en glissant ses mains sous mon tee-shirt ou en s'agrippant à moi. Ce comportement inadapté, après avoir provoqué de l'étonnement chez moi, a déclenché une sorte de sentiment de gêne à l'encontre d'A., sans pour autant que celui-ci ne me fasse perdre mon rôle d'accompagnateur. Je me suis alors retrouvée face à des questions auxquelles j'ai eu du mal à répondre, et en particulier, celle de savoir pourquoi il a ce genre d'attitude particulièrement avec les femmes et particulièrement avec moi, au sein de l'atelier. Je fais cependant l'hypothèse que les contacts corporels que recherche A. avec les femmes sont peut-être dus à de possibles questionnements concernant la différence des sexes et le corps féminin, questionnements sûrement liés à son entrée dans l'adolescence. J'essaie, à présent, de gérer au mieux mes propres émotions face à de tels comportements, afin de soutenir A. dans ses difficultés, dans ses moments d'excitation, où il ne peut se contrôler, de par son manque de structuration psychique. J'essaie de l'aider, d'une part en rappelant les règles et en lui expliquant que je ne suis pas d'accord pour qu'il agisse de cette manière avec moi, d'autre part en essayant de mettre des mots sur les causes possibles de cette agitation ainsi qu'en lui tenant les mains pour lui montrer qu'il est possible d'être en relation avec l'Autre sans que cette relation ne soit intrusive. Tout en veillant au respect du cadre, j'accueille un peu plus sereinement qu'auparavant les difficultés d'A. En effet, en lui expliquant qu'il ne peut pas rentrer en contact avec moi en me touchant ou en essayant de glisser ses mains sous mes vêtements, et en lui proposant d'instaurer « une poignée de main » entre nous, A. semble utiliser cette sorte de « rituel » pour tenter de diminuer ses contacts intrusifs envers l'Autre.

Afin de montrer que nous pouvons avoir les mêmes questionnements dans la prise en charge d'un adulte, comme dans celle d'un enfant, je vais maintenant présenter l'étude de cas d'un patient adulte, Monsieur D., rencontré dans le cadre de l'Unité pour Malades Difficiles.

2) Ma rencontre avec Monsieur D., au sein de l'U.M.D.

a) Législation de la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques³⁸

- **Modes d'hospitalisation et dispositifs légaux**

La loi du 5 juillet 2011 relative « *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* » vient modifier la loi du 27 juin 1990 relative, tout en conservant ses fondements qui sont les suivants :

- le principe des soins libres pour les personnes atteintes de troubles mentaux
- l'hospitalisation sans consentement : à la demande d'un tiers ou sur décision du préfet
- les dispositifs d'urgence

La loi du 5 juillet 2011 apporte des modifications, notamment en termes de terminologie : il faut à présent utiliser les termes de « *soins sans consentement* », « *d'Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers* » (ASPDT) et « *d'Admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat* » (ASPDRE). Cette dernière dénomination concerne « *des personnes dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ». En Unité pour Malades Difficiles, les patients ne peuvent être admis qu'en SPDRE (sauf dans le cas, rare, où certains patients sont des détenus).

- **Conditions d'admission en Unité pour Malades Difficiles (U.M.D.)**

De la même manière, la loi du 5 juillet 2011 précise le fonctionnement des Unités pour Malades Difficiles : celles-ci s'adressent en effet aux personnes atteintes de troubles

38 GOUDARD E., *Corps, psychose, et relation, Une approche psychomotrice auprès d'Adultes Hospitalisés en Service Fermé de Psychiatrie*, Mémoire de psychomotricité, Université Bordeaux 2, juin 2012, p. 45

<http://prevention.sham.fr/sham/layout/set/print/Droit-Pratiques/Dossier/9-Reforme-de-la-psychiatrie-Unites-pour-malades-difficiles>

http://portail-web.aphp.fr/affairesjuridiques/IMG/pdf/Synthese_loi_5_juillet_2011.pdf

psychiatriques faisant l'objet de soins sans leur consentement (ASPDRE), sous la forme d'une hospitalisation complète. Les personnes admises en U.M.D. présentent « *un danger pour autrui, tels que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans des unités spécifiques* ». Leur état de dangerosité majeur les empêche donc d'être accueillies en unité de psychiatrie « classique ».

Le psychiatre prenant en charge le patient fait une demande d'admission en U.M.D, admission qui sera prononcée par le représentant de l'état, à savoir le préfet, à condition que le psychiatre responsable de l'U.M.D. donne son accord.

Les U.M.D. sont implantées dans des Centres Hospitaliers Spécialisés.

b) Présentation de la structure

- **Présentation générale**

L'Unité pour Malades Difficiles Boissonnet a été ouverte en 1963. Elle n'accueille que des hommes. A l'origine, elle dispose de 198 lits d'hommes, qui correspondent à son taux maximum. Actuellement, elle ne dispose plus que de 86 lits d'hommes.

En 1991, une Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale (U.P.I.D.), maintenant dénommée Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (U.S.I.P.), de 14 lits, est créée. L'U.S.I.P. ne fait pas partie directement de l'U.M.D mais est très liée à elle, puisque l'U.S.I.P. se trouve dans les bâtiments de l'U.M.D. Il s'agit d'une unité de soins sécurisée et très contenante, qui permet d'accueillir des patients hommes et femmes présentant des troubles majeurs du comportement, ne pouvant être pris en charge de manière satisfaisante au sein des services de psychiatrie générale. L'U.S.I.P. accueille ces patients, qui sont admis en SPDT ou en SPDRE, afin de prendre le relais de l'équipe du service d'origine en charge du patient, souvent en échec avec ce dernier, pour une durée maximum de deux mois.

A la fin de leur séjour, certains patients retournent sur leur service d'origine, d'autres en milieu carcéral ou d'autres encore sont admis au sein de l'U.M.D.

- **Architecture et composition des bâtiments**

L'architecture de l'U.M.D. est assez impressionnante de par les hauts murs qui l'entourent et qui, lorsqu'on n'a jamais pénétré dans l'enceinte, donnent libre cours aux fantasmes quant à la vie en son sein. L'entrée dans l'U.M.D. se fait par deux grands sas, qu'un concierge décide d'ouvrir grâce à des caméras de surveillance.

L'U.M.D. est constituée de cinq unités fonctionnelles, toutes situées dans des bâtiments différents (Ey, Minkowski, Clérambault, Moreau et Claude) : quatre d'entre elles accueillent 19 patients, la dernière en accueille 10.

Les fenêtres et portes qui constituent l'ensemble des bâtiments de l'U.M.D. sont systématiquement fermées à clé. Chaque soignant de l'U.M.D. dispose donc d'une clé qui lui permet de se déplacer dans l'ensemble de l'enceinte.

Chaque unité fonctionnelle est constituée :

- d'une cour grillagée, qui permet aux patients de prendre l'air ainsi que de fumer,
- d'un espace de vie commune (salle de télévision, tables et chaises, casiers des patients),
- d'un bureau vitré réservé aux soignants, donnant sur l'espace de vie,
- d'un dortoir, composé de chambres individuelles ou doubles selon les unités, qui possèdent un coin lavabo. Ce sont les infirmiers qui contrôlent l'allumage de la lumière ainsi que l'ouverture et la fermeture des volets, depuis l'extérieur de la chambre.

Chaque unité dispose en plus de chambres d'isolement, dont la configuration permet une protection particulière de patients qui ont une MCI (Mise en Chambre d'Isolement), en prévention ou suite à un comportement auto ou hétéro-agressif, et ce, seulement sur prescription médicale du psychiatre. Dans ces chambres, le lit est placé au milieu de la pièce, scellé au sol, et des contentions y sont attachées en cas d'un besoin de contenance du patient. Les toilettes dont elles disposent ne sont pas fermées et la porte est vitrée afin de permettre une surveillance extérieure.

Chaque soignant dispose d'un « bip », qu'il porte toujours sur lui en présence des patients. En cas de passage à l'acte d'un patient, d'une situation dangereuse ou potentiellement

dangereuse pour le soignant, ses collègues ou les autres patients, le bip permet de donner l'alerte, qui va être entendue au sein de toutes les unités. Les différentes unités fonctionnelles sont d'ailleurs disposées de manière à ce que les déplacements des soignants pour apporter leurs aide soit facilité.

- **Le Pôle Ergothérapie**

C'est au sein de ce pôle, bâtiment situé au fond de l'U.M.D., derrière les unités fonctionnelles, que j'effectue plus spécifiquement mon stage. La dénomination de « Pôle Ergothérapie » est historique, et s'explique par le fait que, au tout début de l'existence de l'U.M.D., le pôle en charge des activités thérapeutiques était composé d'ergothérapeutes, ainsi que d'infirmiers. A présent, l'équipe du Pôle Ergothérapie est composée de deux psychomotriciennes, de trois ergothérapeutes, d'un art-thérapeute, d'un éducateur spécialisé et d'un animateur sportif. Leur rôle est de proposer diverses activités thérapeutiques, centrées autour de différents médiateurs, et ce, sur un mode groupal ou individuel :

- les médiations corporelles et d'expression : psychomotricité, sport, tennis de table, APMCV (Activités de Prévention des Maladies Cardio-Vasculaires), arts de rue, mime, théâtre, art-thérapie, musicothérapie, chanson,
- les médiations manuelles : cuir, poterie, rotin, mosaïque, papier-carton,
- les médiations éducatives : stimulation cognitive, informatique, jeux de société, reportages, magazines et travail scolaire.

En ce qui concerne les indications thérapeutiques pour le Pôle Ergothérapie, le choix de l'U.M.D. est de fonctionner de la manière suivante : lors de l'admission d'un patient au sein de l'U.M.D., le psychiatre pose une indication pour le Pôle Ergothérapie, sans préciser une indication d'activité ou de prise en charge thérapeutique particulière. Ainsi, chaque patient se rend, accompagné d'un infirmier de son unité, sur le Pôle Ergothérapie, qu'un professionnel du pôle lui fait visiter, en lui présentant toutes les activités thérapeutiques dont il peut bénéficier. A la suite de cette visite, chaque patient peut choisir les activités qui l'intéressent, au maximum cinq, et auxquelles il se rendra chaque semaine, selon un emploi du temps organisé par l'équipe pluridisciplinaire du Pôle Ergothérapie.

Chaque unité fonctionnelle de l'U.M.D. organise régulièrement des réunions de synthèse, auxquelles l'un des professionnels du Pôle Ergothérapie, référent de cette unité, se rend. Au cours de ces réunions, est évoqué, en présence du psychiatre, d'une secrétaire, des infirmiers de l'unité, de la psychologue et d'une assistante sociale, le cas de chacun des patients : son état de santé, son comportement, ses difficultés, son évolution et tous les éléments et observations qui peuvent aider à adapter au mieux sa prise en charge.

Au sein même du Pôle Ergothérapie, les professionnels se réunissent tous les matins et tous les midis, pendant une heure de temps, pour préparer les réunions de synthèse des unités fonctionnelles, et donc pour recueillir les observations de chacun des professionnels au sujet de l'évolution d'un patient, lors des activités proposées par le pôle, pour faire le compte-rendu de ces réunions au reste de l'équipe, ou pour évoquer tout sujet pouvant permettre l'amélioration des prises en charge et de l'accueil des patients.

c) Etude de cas : Monsieur D., 31 ans, entre tout et son contraire

- **Présentation et anamnèse**

Monsieur D. est un homme né le 20 avril 1982. Il a donc 31 ans. Le diagnostic posé, en ce qui le concerne, est celui d'une schizophrénie paranoïde.

M. D. est un homme de taille moyenne, plutôt mince et menu. Ses cheveux sont courts et châtain et il porte des lunettes. Son allure un peu courbée lui donne un air peu assuré.

M. D. est un homme célibataire, sans profession, ayant eu une scolarité ordinaire, un brevet d'électricien ainsi qu'une formation en menuiserie et informatique. Son alimentation et son hygiène sont normales et autonomes, tout comme ses mobilisations et sa locomotion.

Un important réseau socio-familial semble s'articuler autour de lui, M. D. recevant régulièrement la visite commune de ses deux parents divorcés. Le divorce semble d'ailleurs toujours constituer un sujet douloureux pour lui, et son objectif est « qu'ils se remettent ensemble ». M. D. évoque très fréquemment le sujet de sa famille dont il semble proche, tout particulièrement de son père avec lequel il vivait en colocation jusqu'à son hospitalisation, mais très peu de sa mère, à laquelle il semble intolérant. Il parle également quelquefois de son frère et de sa sœur. Il bénéficie d'un suivi social.

M. D. est décrit comme impulsif, intolérant à la frustration, présentant des attitudes de prestance ainsi qu'une possible personnalité antisociale. M. D. présente un état d'agitation et de tension important, fait preuve d'agressivité verbale et physique. Sont évoqués également chez lui un état dépressif et un risque suicidaire, qui semblent tout de même absents ces derniers mois, ainsi qu'angoisse et troubles anxieux. Des antécédents de conduites addictives au tabac, à la cocaïne et au cannabis sont repérés chez lui. Cependant, M. D. ne fume plus depuis janvier 2013 et indique ne plus avoir envie de drogues, sujet dont il parle beaucoup en séance de psychomotricité.

M. D. bénéficie d'une première hospitalisation psychiatrique en 2003 (adressé par son psychiatre thérapeute), suivie de quatre autres hospitalisations en centre hospitalier dans le département voisin de celui de sa première hospitalisation. Le 13 février 2012, il est hospitalisé en SDT (Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers), suite à des menaces de mort proférées à l'encontre de sa tutrice. A ce moment-là, une décompensation psychotique à thème de persécution est décrite chez lui. M. D. explique alors que sa tutrice était ambiguë avec lui.

Le 29 février 2012, M. D. agresse une infirmière à la suite d'un malentendu, ce qui entraîne une modification de son mode d'hospitalisation en SDRE (Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État, anciennement Hospitalisation d'Office).

Le 21 mars 2012, M. D. est adressé par le Centre Hospitalier dans lequel il se trouve alors, à l'U.M.D., en raison de troubles majeurs du comportement, avec agressions à l'encontre du personnel soignant.

Lors de son admission au sein de l'U.M.D., M. D. présente des symptômes de défaut d'orientation dans le temps et éprouve des difficultés à faire un repérage précis des souvenirs dans le temps. Il se sent également persécuté. Les idées de persécution constituent un symptôme important de la schizophrénie. Le patient n'ayant pas la conscience de son unité physique et psychique, il peut croire en effet que ses pensées sont contrôlées par un élément ou une personne extérieurs. Il peut avoir l'impression que ce qui se passe autour de lui est toujours en rapport avec lui, se sentir sous l'emprise de l'autre ou imaginer qu'une personne extérieure veut lui nuire.

L'équipe soignante de l'unité qui accueille M. D., au sein de l'U.M.D., repère chez lui des difficultés à mentaliser les limites et à percevoir les distances relationnelles. Elle décrit

également des comportements de dissociation, caractéristique de la schizophrénie, avec un fond très interprétatif, à connotation sexuelle. La question de la sexualité est en effet très présente dans ses comportements et son discours. M. D. est un patient agressif envers les autres, qui a des idées délirantes sexuelles et des idées de persécution à l'encontre du personnel féminin. Il dit d'ailleurs être en conflit avec les femmes. M. D. exprime, selon le psychiatre, des « *propos délirants à mécanisme interprétatif et hallucinatoires* » et des « *propos discriminatoires vis-à-vis des femmes* ».

En mai 2012, M. D. est conduit en chambre d'isolement, suite à des attouchements et propositions sexuelles à un autre patient, sur fond de désinhibition. A cette période-là, il présente un état de tension important et pense toujours être persécuté par l'équipe.

En juillet 2012, son comportement passe d'un état relativement tendu à un brusque accès de thymie négative : M. D. se dévalorise, pleure, se culpabilise et se sent persécuté. Il faut ajouter à cela un ralentissement moteur.

Depuis septembre 2012, suite à une modification de son traitement médicamenteux, une amélioration de son comportement global ainsi qu'une diminution de l'activité délirante et du sentiment de persécution sont repérées chez M. D. Par ailleurs, l'équipe soignante constate un meilleur tonus et un meilleur contact de M. D. avec autrui. Cependant, son hospitalisation complète reste totalement justifiée. L'activité délirante de M. D. reste présente ; c'est d'ailleurs dans un contexte délirant que, fin septembre 2012, M. D. agresse un autre patient de son pavillon.

Actuellement, il semblerait que son état soit fluctuant, M. D. présentant encore fréquemment des comportements de tension et de violence qui l'ont conduit en chambre d'isolement après avoir frappé un autre patient en janvier 2013, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur et des propos incohérents et délirants.

- **Bilan psychomoteur**

J'effectue le bilan psychomoteur de M. D. sur deux rencontres : la première a lieu le 29 novembre 2012 et la deuxième, le 6 décembre 2012.

Lorsque nous allons le chercher au sein de son pavillon afin d'effectuer son bilan psychomoteur, ma maître de stage rappelle à M. D. les raisons pour lesquelles nous venons. Il répond alors qu'il sera évalué pendant le bilan et que ce sera sûrement un moment difficile

pour lui, mais que, dans tous les cas, cela le sera pour moi aussi, car il se chargera de m'évaluer.

La première rencontre se déroule de manière appropriée à la situation. M. D. s'adresse à moi de manière adaptée et accepte toutes les propositions que je lui fais, sans opposition particulière. Pour un premier contact, il me semble que M. D. est à l'aise avec moi et que, malgré ses dires, il ne cherche pas réellement à m'évaluer.

En revanche, lors de notre deuxième rencontre, il s'adresse à moi de manière plus directe, comme s'il osait m'interpeller davantage que la première fois. Il me semble qu'à travers ses réponses, il cherche à tester mes réactions. Je repère ce comportement-là surtout lors de l'évaluation du tonus. En effet, lors de l'épreuve du contrôle tonique volontaire, après avoir expliqué à M. D. que j'allais poser mes mains sur son bras et son coude afin de prendre connaissance de leur relâchement, M. D. me demande d'un air provocateur : « Mais, vous tremblez, Mademoiselle ? ». Puis, voyant peut-être l'étonnement et l'embarras sur mon visage, il m'explique qu'il faut que je sache qu'il est un charmeur. Peut-être pouvons-nous faire l'hypothèse qu'à travers ce type de comportement, qui semble au premier abord plein d'assurance, M. D. essaie de masquer au contraire une certaine angoisse de la relation duelle et ainsi me faire comprendre que ce genre de situation, qui implique une certaine proximité entre nous, est complexe à gérer pour lui. L'évaluation du tonus s'étant avérée difficile la première fois, j'ai alors décidé d'effectuer à nouveau des mobilisations passives des membres supérieurs ainsi que l'épreuve du ballant lors d'une séance ultérieure, plusieurs semaines après notre première rencontre, afin d'observer la mise en jeu et la modulation toniques de M. D. Il est compliqué pour M. D. de relâcher son tonus et de me laisser mobiliser ses articulations, sans accompagner le mouvement, tout particulièrement au niveau du membre supérieur droit. M. D. semble crispé, contracté, et il est impossible pour lui de ne pas parler, le silence paraissant angoissant pour lui. M. D. essaie de masquer son angoisse par l'humour. Par contre, lors de l'épreuve du ballant, ses épaules sont relâchées et abaissées, et M. D. présente un certain état de détente.

Lors de la deuxième rencontre du bilan, il me raconte également, et ceci de manière assez détachée, le meurtre dont a été victime sa belle-mère. Il évoque des détails sur l'objet ayant entraîné sa mort et, malgré nos remarques sur l'impossibilité, pour un être humain, de porter atteinte à l'intégrité physique d'un autre, même s'il existe des différends entre ces deux personnes, M. D. nous explique qu'il pense que ce meurtre « est formidable, car, de toute façon, [sa] belle-mère, c'était une pute ». L'utilisation d'un vocabulaire grossier et dégradant vis-à-vis des femmes sera d'ailleurs très présent tout au long de la prise en charge en

psychomotricité.

De manière générale, le bilan psychomoteur montre chez M. D. une fatigabilité importante : M. D. demande d'ailleurs combien de temps durera la séance et si nous nous verrons pendant une heure ou deux. De plus, j'ai l'impression que M. D. cherche à me faire comprendre qu'il est difficile pour lui de se concentrer et de rester attentif lorsque, durant certaines épreuves du bilan, il commence à parler et à attirer mon attention sur un autre sujet. Dans ces moments-là, il évoque alors des anecdotes de sa vie, empreintes très souvent d'idées délirantes.

En ce qui concerne la latéralité, M. D. est droitier et utilise la pince tridigitale pour écrire et dessiner. Il semblerait qu'il manque d'assurance au niveau graphomoteur : M. D. écrit en effet avec une certaine lenteur, accompagnée de tremblements de la main gauche. De plus, son tracé est peu assuré et peu appuyé. Il produit une écriture très petite, qui manque de lisibilité. D'ailleurs, M. D. exprime son manque d'aisance en me disant : « J'écris tout petit, je ne sais pas si je vais y arriver ».

En ce qui concerne le schéma corporel, le bilan me permet de repérer plusieurs éléments. D'une part, M. D. a une bonne connaissance des différentes parties du corps. Il est capable de nommer toutes celles que je désigne et de montrer toutes celles que je nomme. En revanche, lorsque je lui propose de les citer spontanément, M. D. éprouve quelques difficultés ; en effet, il en cite seulement six. D'autre part, comme le montre l'épreuve de Head, M. D. semble avoir une bonne connaissance de la droite et de la gauche sur lui-même. L'épreuve de Piaget, quant à elle, montre que M. D. a également une bonne connaissance de la droite et de la gauche sur autrui.

M. D. semble ne pas avoir de difficultés pour se repérer dans l'espace : il connaît en effet les notions topographiques de base (Fabienne Leplat). De la même manière, il a de bonnes coordinations dynamiques générales.

En revanche, son dessin du bonhomme m'interpelle : celui-ci est très minimaliste et n'a aucune caractéristique particulière. Il est composé d'un simple trait. La tête n'est représentée que par un simple rond qui ne possède ni yeux, ni nez, ni bouche, ni oreilles, ni cheveux. Le tronc du bonhomme, ainsi que ses jambes et ses bras, sont constitués d'un unique trait, qui ne respecte pas les proportions réelles, le trait qui représente le tronc étant plus long que celui représentant les jambes. Même si ce bonhomme est dénué de tout détail physique ou vestimentaire particulier, il possède tout de même, au niveau du haut de la tête, une courbe qui

représente, selon les dires de M. D., l'auréole d'un saint. Il écrit d'ailleurs à côté de son dessin « le saint ». Son dessin du bonhomme semble ainsi montrer un investissement corporel de M. D. très limité et une relation au corps très complexe.

Durant ces deux séances de bilan, il me semble que M. D. a une faible estime de lui-même. En effet, il se dévalorise et me dit alors « je ne sais pas si je vais y arriver », « c'est compliqué » ou « je suis sûr que j'ai fait des erreurs, je fais toujours une erreur ». Pourtant, et nous le verrons, c'est plutôt le contraire que je repérerai chez lui par la suite.

Les éléments relevés en bilan psychomoteur m'ont permis d'avoir une première approche fondamentale du patient mais les rencontres qui ont suivi ce bilan ont été essentielles car ce sont elles qui m'ont permis de découvrir plus précisément les problématiques de M. D., qui s'est davantage dévoilé au fil des séances qu'il ne l'avait fait en situation de bilan.

• **Projet de soins**

Suite au bilan psychomoteur, un suivi individuel en psychomotricité est donc proposé à M. D.

A ce jour, M. D. bénéficie des activités suivantes :

- Art-thérapie et Musicothérapie
- Sport
- Suivi psychologique, au sein d'un groupe de parole
- Suivi individuel en psychomotricité

La prise en soin en psychomotricité permet de travailler et d'aborder plusieurs problématiques, à travers divers objectifs :

- Permettre au patient d'exprimer ses émotions et d'accepter la frustration, sans que cela ne déclenche chez lui de l'agressivité.
- Proposer des séances qui permettent à M. D. d'être ancré dans la réalité.
- Proposer des situations d'expériences corporelles qui permettent à M. D. de focaliser son attention sur son ressenti corporel mais aussi de faire l'expérience d'un corps unifié

et non morcelé.

- Proposer des situations duelles sans qu'elles ne soient vécues, par le patient, comme trop menaçantes. Favoriser la communication verbale et non-verbale ainsi que l'établissement d'une distance relationnelle adaptée à la situation.
- Permettre à ce patient d'avoir une interaction avec des femmes sans qu'il ne se sente persécuté par celles-ci ou sans que la relation ne soit érotisée.
- Aborder la question de l'image du corps.

- **La prise en charge en psychomotricité**

Le cadre

Je rencontre donc M. D. tous les jeudis après-midi, de 15h15 à 16h15. C'est moi qui mène la séance de psychomotricité mais, de par la complexité du tableau clinique de ce patient, je suis toujours accompagnée de ma maître de stage. De plus, le contexte dans lequel nous nous trouvons fait que la porte de la salle de psychomotricité, qui donne sur un bureau la séparant des autres pièces où se déroulent les activités, reste toujours ouverte, de manière à ce que les autres professionnels puissent avoir un œil sur la séance, en cas de difficultés. Par contre, les portes donnant sur l'extérieur sont bien évidemment fermées à clé.

La salle de psychomotricité est un grand espace lumineux qui présente trois parties : la partie « bureau », un coin avec chauffeuses et poste de musique, et un espace constitué de tapis, dédié au travail corporel. La salle propose également un matériel important et varié : différentes sortes de balles et ballons (petits, grands, à picots, mousse, basket...), de nombreux instruments de musique, des jeux de société, de concentration et de mémoire, différents types de matelas, des cerceaux, des plots, des foulards, des rubans...

De manière générale, je propose tout d'abord un temps au bureau qui permet à M. D. de se centrer sur lui-même et sur ses ressentis. Nous discutons bien souvent de la manière dont s'est déroulée la semaine passée et dans quel état d'esprit il se trouve. M. D. est un patient qui investit énormément le langage et même parfois trop. Il est logorrhéique et cette verbalisation excessive semble lui permettre de masquer une certaine angoisse, suscitée peut-être par le fait d'être en relation avec moi. Ce moment-là permet à M. D. d'exprimer de nombreuses questions en rapport avec ses problématiques, notamment celles liées à son

rapport difficile aux femmes ainsi qu'à ses conduites addictives antérieures. Lors de ce temps au bureau, je propose également à M. D. des activités et jeux cognitifs, de réflexion, de mémoire et de concentration, ainsi que du dessin.

Puis, dans un deuxième temps, je propose un travail corporel, dynamique, que j'axe principalement sur la médiation du rythme et de la musique. J'ai choisi cette médiation-là pour deux raisons : d'une part parce que, lors de notre première rencontre, M. D. m'avait fait part de sa passion pour la musique et qu'il me semblait donc important de prendre en compte les centres d'intérêt du patient, d'autre part, parce que je pense que le rythme est un médiateur très intéressant, qui permet de favoriser la communication non-verbale, de développer l'aspect relationnel qu'implique l'interaction patient-soignant, tout en proposant un enveloppement corporel et sonore, sans que le patient ne se sente trop persécuté ou intrusé, comme peut l'être M. D. Je lui propose d'utiliser différents supports, comme les percussions ou les ballons de basket, et de construire ensemble un rythme, une succession de structures rythmiques harmonieuse. Cependant, le support du rythme n'est pas la seule médiation utilisée, comme je l'expliquerai par la suite.

Les séances

Comme l'équipe soignante de l'unité qui l'accueille a pu le dire, M. D. a des relations difficiles avec les femmes. C'est un élément qui est fondamental chez lui et que je retrouve de manière très prégnante en psychomotricité. Lors de chaque séance, et sans même que ma maître de stage ou moi-même n'abordions cette question-là, une allusion est faite au sujet des femmes. Tout sujet de conversation est systématiquement ramené à celui de la place de la femme dans la société en général, par rapport à celle des hommes, et particulièrement à la place de la femme dans la vie de M. D.

Je perçois chez M. D. une ambivalence générale prédominante. Sa relation vis-à-vis des femmes est en effet très ambivalente : d'un côté, il semblerait que M. D. éprouve de l'attraction pour celles-ci et soit à la recherche de contact avec elles mais, d'un autre côté, la femme, séductrice et prédatrice selon lui, semble représenter un danger. Les femmes sont, pour lui, du côté de la séduction, mais aussi du côté de la persécution ; il utilise d'ailleurs beaucoup le mot « drague ». Il semblerait que, dans toutes les situations dans lesquelles il peut

se retrouver en contact avec une femme, plane la question de la séduction et de la sexualité avec elle. C'est comme s'il ne pouvait pas y avoir de relation mixte sans relation amoureuse et sexuelle. Il en parle beaucoup, de manière assez directe et sûre, mais, en même temps, semble complètement angoissé par ce type de relation. Il se sent persécuté et, dans toutes les situations qu'il peut évoquer, la femme occupe souvent la place de la prédatrice. C'est pour cela qu'il me dit à plusieurs reprises qu'il s'en méfie. Il peut utiliser des propos assez crus pour en parler, me disant que la qualité qu'il préfère chez la femme, c'est le sexe et que, « de toute façon, quand les femmes sont en difficulté, elles couchent avec tout le monde ». Lors de plusieurs séances, il nous fait part de son contentement de venir en psychomotricité, car il est entouré de deux femmes, expliquant même que c'est quelque chose de difficile pour lui car il doit nous « combler » à toutes les deux. M. D., extrêmement angoissé dans sa relation à la femme, me place bien souvent dans la peau de celle qui cherche à le séduire ou alors à le piéger, à le manipuler et à le mettre en difficulté. D'ailleurs, il m'attribue souvent des paroles ou des actes violents que, selon lui, j'aurais à son égard. Lorsque je lui explique un exercice ou que je souhaite le guider dans ce que je lui propose, M. D. dit que, comme à son habitude, il se fait manipuler par les femmes, qu'il leur est soumis et que cela sera toujours le cas.

De plus, alors que, lors du bilan, il me semblait percevoir chez le patient une faible estime de lui-même, c'est à présent la situation contraire, M. D. me faisant des réflexions sur ma manière de m'adresser à lui ou de mener ma séance, mettant ainsi en avant une certaine assurance.

Tous ces éléments, en lien avec les observations faites en bilan psychomoteur, m'amènent à penser que M. D. présente des troubles de l'image du corps.

En effet, il semblerait que son ambivalence amène M. D. à renvoyer une image de lui-même différente d'une situation à l'autre. En ce sens, je peux dire que M. D. a un comportement qui oscille entre soumission d'une part, lorsqu'il se place du côté de l'homme se dévalorisant, à la recherche de maternage, ou en proie à des manipulations féminines, et toute-puissance d'autre part, lorsqu'il se place du côté de l'homme fort, séducteur et testant mes compétences. Dans ce dernier cas, la moindre verbalisation de ma part sur ce que j'ai pu observer chez lui, en termes de difficultés notamment, provoque une hausse du ton de sa voix et une certaine agressivité, M. D. ne pouvant accepter la frustration.

M. D. me parle énormément de son père. Je retrouve alors chez lui cette ambivalence de l'image du corps, ce comportement discordant à l'égard de ce dernier : soit il se positionne en tant que fils, que son père doit aider et protéger, soit il se positionne en tant que protecteur

de son père, à qui il donne des conseils.

Par ailleurs, M. D. semble très préoccupé par son image et son apparence, affirmant cependant le contraire : « je ne fais pas de fixation devant le miroir ». Souvent, il cherche à attirer mon attention sur les vêtements et chaussures qu'il porte et me fait remarquer qu'il a mis du parfum ou du déodorant pour venir en psychomotricité avec deux femmes. M. D. peut m'expliquer que le reflet qu'il renvoie dans le miroir « [lui] va largement », et exprimer pourtant son mécontentement quant à la forme de sa bouche, de son menton et de son nez et surtout quant à sa carrure plutôt menue, qu'il souhaiterait voir plus imposante, se définissant lui-même comme « sec, avec des bras pas très gros ». De plus, M. D. a le sentiment que les traitements médicamenteux dont il bénéficie seraient la cause d'une déformation corporelle, se sentant alors persécuté par les psychiatres qui les lui ont prescrits (« il y a quelque chose de louche dans la psychiatrie »).

Ces troubles de l'image du corps sont à mettre en lien avec un mauvais investissement du corps par M. D., pour qui il semble très difficile de se concentrer sur une situation d'expérimentation corporelle. En effet, de manière récurrente lorsque je lui propose un travail corporel, M. D. demande à aller aux toilettes, à boire, explique qu'il éprouve une douleur quelque part dans son corps ou ne peut s'empêcher de parler de manière décousue, la parole paraissant être une réelle fuite pour lui. Il m'est alors très difficile de rapporter des éléments de sa corporéité, le corps semblant être vécu comme très angoissant par M. D., et non comme un objet de plaisir, de relation à soi, aux autres et à l'environnement. M. D. semble mettre tout en œuvre afin d'éviter toute mise en jeu de son corps. D'ailleurs, parler de ses ressentis corporels et de ses émotions s'avère être extrêmement compliqué pour M. D. qui se montre verrouillé et défensif. Dans ce genre de situations, je retrouve un patient totalement envahi et morcelé. Je repère cette angoisse de morcellement typique de la psychose lorsque M. D., alors que j'essaie d'évaluer son tonus, me dit, en le mimant, « tenez, je vous donne mon bras ». Les symptômes de désorganisation caractéristiques de la schizophrénie sont alors très présents, à savoir de nombreuses idées délirantes, un sentiment de persécution, des délires érotomaniaques, des rires immotivés, un discours incohérent qui se traduit par des changements de sujets, des passages du coq à l'âne et des réponses étranges. M. D. a un discours ambivalent, celui-ci pouvant exprimer sa difficulté principale : « mon problème, c'est que je suis érotomane », expliquer ce qu'il en comprend, et dans la minute qui suit, affirmer le contraire « mais moi, je suis loin d'être érotomane ».

L'accompagnement de M. D. s'avère complexe à gérer et me met face à de nombreuses difficultés et questionnements. Comment proposer un travail thérapeutique à M. D. alors que celui-ci est envahi par son rapport complexe aux femmes et totalement angoissé par une relation duelle avec moi ? Puis-je réellement trouver une position thérapeutique avec ce patient ? En quoi les séances de psychomotricité peuvent-elles aider un patient dont les symptômes de la schizophrénie sont si présents ? La prise en charge en psychomotricité de M. D. est d'autant plus difficile que M. D. teste mon statut de stagiaire, femme de surcroît, l'ambiguïté de notre relation et les idées érotomaniaques à mon égard étant omniprésentes chez lui. A plusieurs moments, je me suis alors posé la question des limites d'une prise en charge en psychomotricité par deux femmes, d'un homme pour qui la question de la femme est omniprésente. Face à cette difficulté clairement verbalisée par le patient face aux femmes, je me suis demandé quel type de travail corporel et psychomoteur proposer à un patient envahi par son rapport complexe aux femmes et qui semble désorganisé par ma présence. Pour tenter de répondre à mes questionnements, j'ai été amenée à réfléchir de manière permanente au cadre posé.

D'une part, il m'a semblé judicieux, très rapidement après nos premières rencontres, que le toucher serait à proscrire de nos séances, afin de ne pas alimenter ces problématiques déjà très présentes. D'autre part, j'ai pensé qu'il était absolument nécessaire, pour lui comme pour moi, d'interposer une médiation entre lui et moi, la médiation étant « *ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre [...]. La médiation, corporelle ou autre, propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes [...].* »³⁹.

Le rythme m'est apparu clairement à l'esprit. Lors du choix de ce médiateur, j'ai pensé que l'utilisation des percussions ou des ballons pourrait permettre à M. D. de se concentrer sur l'instrument choisi sur lequel il porterait son regard et qui représenterait un moyen d'éviter que M. D. ne se sente persécuté par le mien. En effet, dans la psychose, le manque d'unité corporelle et psychique est présent ; le regard de l'autre peut ainsi être vécu comme angoissant, persécutant et pénétrant. De par les problématiques érotomaniaques et de

39 POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Editions Eres (2012), p. 365

persécution intenses de M. D. et de par la place de séductrice ou de manipulatrice qui m'était déjà beaucoup attribuée, j'ai trouvé pertinent de rentrer en contact avec lui à travers la médiation du rythme, le rythme et les percussions pouvant être considérés comme un tiers séparateur entre lui et moi, permettant de couper court à une relation trop directe. En plus de cela, le rythme permet d'être ancré dans la réalité, et propose une certaine consistance corporelle, à travers la mobilisation tonique et sa modulation. Il est un moyen privilégié d'expression des émotions et des préoccupations du patient, permettant une contenance psychique du patient.

Pour éviter que l'on ne s'enferme dans la pratique des percussions, j'ai décidé de proposer également à M. D. des activités autour de l'écoute musicale mais aussi de l'écoute réciproque de l'autre : marcher sur le rythme d'un tambour, taper dans un ballon doucement ou fort en fonction de l'intensité avec laquelle je frappe sur le tambour, effectuer un parcours en étant guidé par le bruit d'un instrument, effectuer un parcours où M. D. doit me guider par l'intermédiaire d'un ballon entre nous deux, faire des passes avec des ballons de différentes tailles et textures ou encore marcher dans la pièce lorsqu'il y a de la musique et prendre une posture lorsque celle-ci s'arrête. Ce sont des activités corporelles qui permettent à M. D. de réinvestir son corps dans le mouvement et dans le plaisir de bouger, et qui favorisent la communication et l'interrelation.

La complexité de cette prise en charge se trouve également dans le fait de maintenir un cadre à la fois contenant, enveloppant, avec un patient en proie à des angoisses corporelles et psychiques importantes qui doivent être rassurées, un cadre limitant, où la proximité physique doit être ajustée, et un cadre ferme, avec un patient pour qui la relation avec moi reste ambiguë et à qui je dois souvent rappeler pour quelles raisons je suis là.

Ainsi, même s'il est encore envahi par ces problématiques-là, M. D. semble prendre plaisir à venir en psychomotricité et ne s'oppose en rien à ce que je lui propose. La médiation du rythme lui permet d'être en relation avec moi tout en posant une distance relationnelle adéquate entre nous deux, qui lui permet d'être moins envahi par ma présence. Cela implique que l'on soit à l'écoute l'un de l'autre, ce qui semble encore compliqué pour M. D. En effet, j'ai l'impression que, que ce soit moi qui propose un rythme ou que ce soit lui, il ne prête pas vraiment attention à ce que je fais, et que, si notre production rythmique commune n'est que très peu harmonieuse, la faute m'en incombe. La médiation du rythme ainsi que les différents

jeux psychomoteurs proposés mettent en évidence une angoisse importante de M. D., qui se traduit par de la transpiration sur son visage, des tremblements, ainsi que des difficultés de modulation tonique. Les balles et ballons de différentes tailles me sont en effet envoyés avec la même intensité et la même force, malgré une variation de la distance entre nous, ce qui traduirait un mauvais accordage relationnel ainsi qu'une inadaptabilité à l'autre. De plus, il semblerait qu'à travers certains de ses lancers, M. D. cherche, de manière indirecte, à m'atteindre avec une certaine violence. Toutefois, il me semble percevoir chez lui une évolution plutôt positive au fil des séances, bien que totalement fluctuante, M. D. investissant progressivement le cadre posé et étant, selon moi, un peu plus apaisé, ouvert et présent qu'auparavant.

Même si j'ai pu observer des progrès chez M. D., il est évident que la prise en charge sur neuf mois d'un patient psychotique qui présente de telles difficultés dans la relation à soi et à l'Autre semble insuffisante et nécessiterait une poursuite sur le long terme. Si cette prise en charge devait continuer, je privilégierais en effet l'approfondissement de la médiation du rythme, qui me semble complètement adaptée à la pathologie psychotique.

CONCLUSION

La déstructuration globale, à la fois psychique et corporelle, causée par la psychose, provoque, chez le sujet qui en est atteint, d'importantes défaillances au niveau de son développement et de sa construction en un sujet rassemblé, différent des autres et singulier. Le patient psychotique, qui doit faire face à de puissantes angoisses corporelles archaïques, de morcellement, d'intrusion ou de dévoration, n'a pas acquis une sécurité interne qui lui permettrait de se vivre comme un être de relation, à lui-même, aux autres et à l'environnement. La désorganisation globale du sujet le place ainsi dans un corps et un esprit qui ne constituent pas pour lui un tout harmonieux et qu'il peut difficilement investir. Face à un monde qu'il ne peut maîtriser, le sujet psychotique se trouve donc obligé de créer sa propre réalité, à travers le délire et les hallucinations. Il est donc extrêmement compliqué pour lui de se trouver en interaction avec l'Autre, cet Autre représentant bien souvent un danger et une angoisse pour lui. Face à ces difficultés handicapant très fortement les personnes psychotiques, la psychomotricité trouve donc toute sa place, celle-ci tentant de tendre vers l'harmonisation du vécu corporel et psychique des patients, dans le lien à soi et à l'Autre.

Les importantes difficultés ressenties par les patients psychotiques se répercutent donc sur la manière particulière qu'ont les personnes psychotiques d'entrer en relation avec leurs pairs. Pour certains, il est extrêmement compliqué de rencontrer l'Autre, pour d'autres, cette rencontre est possible mais va se faire avec étrangeté. La relation privilégiée qui peut se tisser entre un soignant et un patient s'en trouve de la même façon affectée.

En écrivant ce mémoire, je me suis intéressée plus spécifiquement à la rencontre homme-femme dans la relation thérapeutique avec des patients masculins psychotiques qui, selon moi, est encore plus particulière et complexe, celle-ci étant sous-tendue par un éventuel aspect sexualisé et érotisé, avec lequel la psychomotricienne va devoir composer, d'autant plus que, dans la psychose, les thématiques sexuelles semblent être très présentes. En psychomotricité, le thérapeute est impliqué aussi bien corporellement que psychiquement dans la relation thérapeutique. Cette spécificité, qui constitue l'une des forces de notre profession, place le psychomotricien dans une position particulière ; en effet, il doit adopter une attitude professionnelle, tout en n'effaçant pas ce qu'il est, sa personnalité, ses émotions, ses forces et ses limites. Avec des patients masculins ayant un rapport au corps et à l'Autre troublé, la psychomotricienne va devoir d'autant plus s'interroger sur cette position particulière. En effet, il est important qu'elle cherche à se situer dans une adaptation

permanente de son accompagnement psychomoteur, dans un ajustement pertinent de son implication et de sa distance relationnelle, et dans une réflexion continue quant au cadre thérapeutique qu'elle va poser, afin que les difficultés parfois très présentes de certains patients à l'encontre des femmes, ne viennent rendre impossible toute prise en charge psychomotrice.

Lors du stage effectué en Unité pour Malades Difficiles, je me suis tout particulièrement rendu compte de l'importance de la mise en place d'un médiateur entre un patient homme et moi-même, cet outil qui fait partie du cadre et qui semble indispensable en psychomotricité. La rencontre psychomotrice permet au patient de mettre en jeu ses difficultés et ses conflits psychomoteurs dans un temps et un espace qui lui sont proposés, à travers le partage d'un support créateur, le médiateur, qui sert à la fois de lien et de séparation entre le patient et moi-même. C'est en instaurant un cadre souple mais stable que la psychomotricienne peut préserver l'intégrité du patient, mais également se préserver elle-même de la projection des préoccupations parfois violentes du patient. En effet, la rencontre thérapeutique peut bien souvent provoquer des ressentis et des émotions, chez le patient comme chez la psychomotricienne, sentiments dont cette dernière va devoir prendre conscience, afin de remplir uniquement sa fonction de soignante et d'ainsi permettre un accompagnement thérapeutique, bienveillant et contenant.

La relation thérapeutique soignante / soigné m'a quelquefois confrontée à des émotions que j'ai dû apprendre à gérer, à certaines difficultés et questionnements. C'est dans ce type de contexte thérapeutique que l'intérêt d'un travail pluridisciplinaire prend tout son sens : en effet, le fait de partager mes remises en question et de confronter mes observations à celles des psychomotriciennes des institutions dans lesquelles j'étais en stage, mais également à celles des autres corps de métier (éducateurs, animateurs, ergothérapeutes, psychologues...), a été extrêmement intéressant et constructif, car leur point de vue et leur professionnalisme m'ont aidée à faire évoluer ma pensée et ma pratique. Dans la même dynamique, je pense qu'un travail de « régulation », avec un professionnel extérieur à l'institution, serait complètement indiqué dans le cadre de toute prise en charge psychomotrice et notamment, dans le cadre du suivi thérapeutique d'un homme par une femme.

Enfin, la relation thérapeutique soignante / soigné a suscité mon attention, mais il serait pertinent de réfléchir à ce qui fait la particularité de chaque type de relation thérapeutique (soignant / soignée, soignant / soigné, soignante / soignée), chacune d'entre elles mettant en jeu des enjeux relationnels différents dans la pratique psychomotrice.

BIBLIOGRAPHIE

- **Ouvrages et articles :**

- **ANTIER E.**, *Dolto en héritage : Tome 2, Fille ou garçon ? La naissance de l'identité sexuelle*, Pocket, 2008
- **BOUTINAUD J.**, *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, Editions in Press, 2010
- **DEFIOLLES-PELTIER V.**, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Editions Grego, 2010
- **FREUD S.**, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, 1987
- **GIMENEZ G., PEDINIELLI JL.**, *Les psychoses de l'adulte*, Armand Colin, 2009
- **HAAG G.**, Article « L'évolution d'enfants autistes et psychotiques à travers l'enfance, l'adolescence et le début de l'âge adulte », 2000
- **HAAG G.**, Article « La sensorialité aux ébauches de pensée chez les enfants autistes », 1990
- **HERITIER F.**, *Hommes, femmes : la construction de la différence*, Editions le Pommier, 2010
- **KAPSAMBELIS V.**, *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, Puf, 2012
- **PANKOW G.**, *L'homme et sa psychose*, Flammarion, 2009
- **POTEL C.**, *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Eres, 2010
- **ROUYER V.**, *La construction de l'identité sexuée*, Armand Colin, 2007

- **Mémoires :**

- **GOUDARD E.**, *Corps, psychose, et relation, Une approche psychomotrice auprès d'Adultes Hospitalisés en Service Fermé de Psychiatrie*, Mémoire de psychomotricité, Université Bordeaux 2, juin 2012
- **POLLET-VILLARD L.**, *Schizophrénie et Psychomotricité, Le cas d'une U.M.D.*, Mémoire de psychomotricité, Université Paul Sabatier Toulouse, juin 2012

- **PRAT M.**, *Relation Soignant / Soignée*, Travail de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier, Institut de Formation en Soins Infirmiers de Nimes, 2011
- **SALVI F.**, *Un espace d'ouverture dans une Unité pour Malades Difficiles*, Mémoire d'Ergothérapie, IFE de Rennes, 2002

- **Sites Internet :**

- **PROFESSEUR LLORCA Pierre-Michel**, Article « La schizophrénie », Centre Médico-Psychologique B CHU Clermont-Ferrand (2004) : <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
- **ROSSLER W.**, Article « Epidémiologie de la schizophrénie », 2011 : http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2011/2011-48/2011-48-290.PDF
- « Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent », CFTMEA R-2000 : http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblio_bd/cftmea/cftmea1a.html
- **LEVERT I.**, Article « La relation précoce mère-enfant » : http://www.la-psychologie.com/relation_parent_nourrisson.htm

- **Film :**

- **WINOCOUR A.**, *Augustine*, ARP Sélection, 2012

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
I) LES PSYCHOSES	7
1) Qu'est-ce que la psychose ?.....	7
a) Historique et nosographie.....	7
b) Définitions et généralités	8
c) Les signes cliniques de la psychose	8
2) Les psychoses infantiles.....	12
a) Nosographie et classifications internationales	12
b) Symptomatologie	12
3) La schizophrénie, un exemple de psychose de l'adulte	14
a) Historique.....	14
b) Nosographie et classification internationale	15
c) Données épidémiologiques	16
d) Les principaux symptômes	17
e) Les formes cliniques.....	23
f) Les facteurs étiologiques	24
II) REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS MASCULINS PSYCHOTIQUES PAR UNE PSYCHOMOTRICIENNE	25
1) Les particularités des interactions et de la relation dans la psychose	26
a) Les limites corporelles et psychiques.....	26
b) L'image du corps	30
c) La particularité du regard	32
d) La distance relationnelle, entre intrusion, adhésivité, éloignement et fuite.....	33
2) Quand les émotions entrent en jeu... ..	38
a) Transfert et contre-transfert en psychanalyse.....	38
b) Transfert et contre-transfert en psychomotricité ?	39
c) Des images porteuses de représentations	41

3) Le cadre et les limites corporelles et psychiques en psychomotricité.....	44
a) Définition	44
b) Le cadre thérapeutique en psychomotricité	45
c) Les fonctions du cadre thérapeutique.....	48
4) La médiation thérapeutique, un outil indispensable à la relation.....	50
a) Définition	50
b) La médiation, un « entre-deux » à la relation	50
III) MA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE AUPRES DE PATIENTS MASCULINS	
PSYCHOTIQUES	53
1) Ma rencontre avec A., au sein de l'Hôpital de jour	53
a) Présentation de la structure	53
b) Le cadre de ma rencontre avec A.	55
c) Etude de cas d'A., garçon de 11 ans	57
2) Ma rencontre avec Monsieur D., au sein de l'U.M.D.	64
a) Législation de la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques.	64
b) Présentation de la structure	65
c) Etude de cas : Monsieur D., 31 ans, entre tout et son contraire	68
CONCLUSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE	83