



**HAL**  
open science

# **Les schèmes de mouvement en psychiatrie carcérale : favoriser les capacités proprioceptives et relationnelles de personnes schizophrènes par les coordinations de mouvement**

Cédric Malecot

## ► To cite this version:

Cédric Malecot. Les schèmes de mouvement en psychiatrie carcérale : favoriser les capacités proprioceptives et relationnelles de personnes schizophrènes par les coordinations de mouvement. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01359384>

**HAL Id: dumas-01359384**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359384v1>**

Submitted on 2 Sep 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Université Pierre et Marie Curie  
Faculté de Médecine – Paris VI  
Institut de Formation en Psychomotricité  
Site de la Pitié-Salpêtrière



**LES SCHEMES DE MOUVEMENT  
EN PSYCHIATRIE CARCERALE**

*Favoriser les capacités proprioceptives et relationnelles de personnes  
schizophrènes par les coordinations de mouvement*

Mémoire présenté par Cédric MALECOT  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire : Frédéric SANTAMARIA

Juin 2016

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie mon maître de mémoire M. Frédéric Santamaria pour le temps consacré à m'accompagner et m'inciter à une réflexion plus pertinente sur ma pratique de la psychomotricité.

Je remercie les personnes qui m'ont enrichi de leur expérience en parlant, en partageant et en pratiquant avec moi : Claudine Lunet, Mélisande Le Corre, Mathilde Etienne, Marie Hemelsdael, Sifu Alain Séry, Christophe Aroulanda, Isabelle Caut et Alexandre Constant. Leur professionnalisme m'a poussé à découvrir et expérimenter plus avant.

Je tiens à remercier mes amis, mes parents, mes deux sœurs et Jiwan pour leur soutien et la qualité de leur présence.

Tous les patients dont il est fait mention dans ce mémoire méritent d'être particulièrement remerciés. J'ai énormément appris à leurs côtés et je ne cesse d'apprendre.

Enfin, cette liste non exhaustive ne saurait s'achever sans un remerciement humble et profond à Sifu Rudy Exposito et ses enseignements passionnés sans qui cette grande aventure psychomotrice n'aurait peut-être jamais eu lieu.

UN GRAND MERCI A TOUTES ET TOUS

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>PARTIE I : PSYCHOSE, ENFERMEMENT ET MOTRICITE</b> .....	8
<b>I/ LA PSYCHIATRIE CARCERALE</b> .....	8
A. Des « fous » aux « aliénés » .....	8
B. L'organisation de la psychiatrie carcérale.....	9
C. Rôles et fonctionnements des UHSA .....	11
D. Consentement et intention .....	13
E. Les différences entre une UHSA et un centre de détention .....	15
<b>II/ LA PSYCHOSE SCHIZOPHRENIQUE</b> .....	17
A. La schizophrénie.....	18
1. Le syndrome dissociatif .....	19
2. Le délire paranoïde .....	20
3. Le repli autistique .....	21
B. Les différentes formes de schizophrénie .....	22
C. Etiologies et évolutions de la schizophrénie .....	22
D. De la prise de toxiques .....	23
E. Conséquences sur certains items psychomoteurs .....	23
1. Impacts de la schizophrénie sur le schéma corporel.....	23
2. Impacts de la schizophrénie sur l'image du corps .....	25
F. La prise en charge de la maladie .....	26
1. Conséquences des neuroleptiques sur la motricité .....	26
2. Les indications en psychomotricité .....	28
3. La 1ere rencontre avec le patient .....	28
<b>III/ LE MOUVEMENT ET LA MOTRICITE EN UHSA</b> .....	30
A. Physiologie du mouvement et limitations dues à l'enfermement .....	30
B. Temporalité et spatialité .....	31
C. Les schèmes de mouvement : de la philosophie à la danse.....	32
1. Les Niveaux d'Evolution Motrice .....	33
2. L'apport d'Irmgard Bartenieff.....	34

**PARTIE II : COORDINATIONS DE MOUVEMENTS, ENTRE THEORIE ET PRATIQUE..... 36**

**I/ LES APPORTS THEORIQUES DU MOUVEMENT COMME SUPPORT D'UNITE CORPOROPSYCHIQUE..... 36**

- A. Les récepteurs proprioceptifs ..... 37
- B. Mouvement ou geste ?..... 38
- C. Suzanne Robert-Ouvray et la fonction tonique ..... 39
  - 1. Mouvement et tonus ..... 40
  - 2. Les capacités communicationnelles du corps ..... 41
  - 3. Vers une motricité de communication et symbolisation..... 42
  - 4. Description des schèmes moteurs de base ..... 43
- D. André Bullinger et la fonction proprioceptive ..... 44
  - 1. Les trois niveaux de développement..... 45
  - 2. Les flux sensoriels : le traitement multimodal pour un « Soi perceptif »..... 45
  - 3. Les coordinations des espaces corporels et la constitution d'une identité..... 46
- E. Comment ces théories basées sur l'observation développementale du nourrisson peuvent-elles s'appliquer à la personne adulte souffrant de schizophrénie ?..... 49

**II/ LE GROUPE « MOUVEMENTS ET DETENTE » ET LES SCHEMES DE MOUVEMENT ..... 50**

- A. Déroulement d'une séance-type de « Mouvements et détente » ..... 51
- B. Extraits de séances..... 53
  - 1. Les schèmes, outils d'observation ..... 53
  - 2. Les schèmes, support thérapeutique ..... 55
    - a. La prise de conscience du corps ..... 55
    - b. La régulation tonique ..... 58
    - c. L'accordage relationnel..... 59

<b>PARTIE III : LES SCHEMES MOTEURS ET LEURS INTRICATIONS .....</b>	<b>62</b>
I/ L' AÏKIDO, UNE MEDIATION EN INTER-RELATION AVEC LES SCHEMES .....	65
II/ « GYMNASTIQUE DU HARA » ET « MOUVEMENTS ET DETENTE », LIGNES CROISEES .....	67
A. Les appuis, supports du mouvement et de l'individuation .....	67
B. Le souffle.....	69
C. La coordination.....	71
D. Du corps propre au corps en relation.....	74
1. L'accordage, un travail progressif de connexion.....	74
2. Référents spatiaux et empathie .....	75
3. Le kata : s'affranchir de la technique pour créer un espace de rencontre.....	78
E. La violence .....	79
F. Se représenter et s'exprimer autrement .....	82
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXE 1 .....</b>	<b>90</b>
<b>ANNEXE 2 .....</b>	<b>91</b>

## INTRODUCTION

---

Au cours d'un stage de deuxième année à l'hôpital psychiatrique Sainte Anne, j'ai découvert certains aspects de la psychomotricité auprès de populations majoritairement en souffrance. Elle apportait un regard et une offre de soin complémentaires du processus thérapeutique. J'ai choisi d'effectuer mon stage de fin d'études en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée ou UHSA. Ce type de structure accueille des personnes atteintes de troubles psychiatriques et dont le parcours exige une surveillance quotidienne dans un lieu sécurisé.

Le mouvement s'y trouve – ceci peut paraître logique – très réduit. La sécurité dicte ici un cloisonnement important. Rares sont les occasions permettant aux patients de se mobiliser psychocorporellement. Le mouvement demeure pourtant un élément essentiel du développement psychomoteur de l'homme. Il enrichit le vécu personnel de chacun et constitue un outil thérapeutique indéniable.

Les personnes présentes au sein de l'UHSA présentent des pathologies psychiatriques diverses mais un grand nombre d'entre elles souffre de schizophrénie. La majorité des personnes que j'ai eu l'occasion de suivre lors de ce stage affichait un désinvestissement corporel majeur.

Comment les schèmes de mouvements, et la kinesthésie en général, peuvent-ils améliorer la prise en charge de personnes psychotiques notamment en ce qui concerne l'unité psychomotrice et la relation à autrui ? Comment mettre en place des médiations psychomotrices favorisant les coordinations de mouvement ?

Ce mémoire ne vise aucunement à effectuer une recherche quantitative, encore moins exhaustive, de l'apport des schèmes moteurs dans la thérapie psychomotrice. Leur utilisation revêt en effet de multiples adaptations.

Je reviendrai dans un premier temps sur les points marquants de la psychiatrie carcérale en France, puis je chercherai à faire ressortir les difficultés inhérentes à la schizophrénie notamment en ce qui concerne l'image du corps. La première partie se terminera sur la situation de la motricité en UHSA et la présentation des schèmes moteurs.

Je synthétiserai ensuite la pensée d'auteurs comme Suzanne Robert-Ouvray et André Bullinger qui ont théorisé sur les coordinations de mouvements comme moyens de structuration psychocorporelle. La théorie de l'étayage psychomoteur et celle de la fonction proprioceptive évoquent en effet toutes les deux le besoin d'harmonisation entre différents niveaux et notamment entre le tonus et les influences extérieures.

Nous verrons dans la continuité de ces apports théoriques une application des schèmes au travers de différentes vignettes cliniques. Les temps d'hospitalisation varient en UHSA. Nous verrons en quoi les schèmes m'ont aidé dans mes observations des patients mais aussi dans les propositions d'activités malgré certaines contraintes.

Enfin, ce mémoire est pour moi l'occasion de réfléchir sur les intrications entre schèmes de coordinations motrices et la médiation aikido. Au travers d'une prise en charge individuelle, je chercherai à comprendre dans quelle mesure le travail sur les schèmes accompagne les patients dans une meilleure régulation tonique, une plus grande écoute de soi pour à terme aller à la rencontre de l'autre. Ce cheminement explore les variations au niveau des appuis, de la coordination mais aborde également la question de la violence et de sa représentation.

*« Mais que le corps soit un organisme, une force, une forme ou symbole, il reste  
l'indispensable substrat de tout sentiment de soi. »*

J.-D. Nasio

*Mon corps et ses images, 2007.*

## PARTIE I : PSYCHOSE, ENFERMEMENT ET MOTRICITE

---

### I/ LA PSYCHIATRIE CARCERALE

Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées ont été créées dans une intention affichée de soigner les personnes détenues souffrant de maladies mentales. Elles ont la double tâche, considérée par certains comme contradictoire, de soigner et de maintenir en détention. Elles s'inscrivent donc dans un double héritage issu à la fois du monde psychiatrique et du monde carcéral. Voyons ensemble quelques moments marquants de la psychiatrie carcérale en France.

#### A. Des « fous » aux « aliénés »

Il faut attendre le siècle des Lumières pour que la personne atteinte de maladie mentale soit considérée en tant qu'être humain. « Longtemps la folie a été interprétée comme un signe démoniaque »<sup>1</sup>. Avant la Révolution Française, aucune distinction n'est opérée entre les « fous » – terme qui provient de *follis*, ballon plein d'air – et les criminels. Le Petit Robert précise que le fou désignait auparavant une « personne atteinte de troubles, désordres mentaux » mais qu'il peut désormais être appliqué à une « personne qui, sans être atteinte de troubles mentaux, se comporte de façon déraisonnable, extravagante ». Le terme peut également qualifier une « personne d'une gaieté vive et exubérante ». Le fou se distingue aujourd'hui encore par des réactions apparemment inappropriées à la société.

Fin XVIII<sup>ème</sup> siècle, Philippe Pinel, un des fondateurs du courant médical français *aliéniste*, apporte deux concepts phares dans la considération de ces personnes au comportement inexplicable. Le premier, l'aliénation mentale, soutient que le malade n'est plus le sujet de sa volonté mais que la pathologie lui dicte ses actes et paroles. Le deuxième, le traitement moral, insiste sur l'importance de parler aux « petits fragments de raison » qui restent à la personne, non plus folle mais aliénée. L'aliénation mentale est un « état passager ou permanent, qui rend l'individu comme étranger à lui-même et à la société où il est incapable de se conduire normalement »<sup>2</sup>. Ici encore nous pouvons remarquer que c'est le

---

<sup>1</sup> FERRAGUT E., (2008), p.69.

<sup>2</sup> Petit Robert, (1986), p.48.

caractère inadapté, par son comportement, de l'aliéné qui est retenu et qui nécessite « une mesure d'internement ou de protection ». « Avec P. Pinel naissait la psychiatrie en même temps que l'on rendait au patient la liberté de ses mouvements du corps »<sup>3</sup>. Nous verrons que cette liberté demeura toute relative. Le concept d'aliénation mentale va néanmoins légitimer la libération des malades de leurs chaînes et leur séparation à l'intérieur des asiles – notamment à la Pitié-Salpêtrière pour les femmes – d'avec les autres malades. Dès 1810, le *criminel* et l'*aliéné* ne sont plus confondus, le Code pénal énonçant dans son article 64 l'absence d'infraction s'il y a démence au moment des faits. Certes le fou voit ses chaînes brisées, il est d'une certaine façon libéré de l'asile, on prend conscience de son trouble, pour autant il n'est pas encore soigné, simplement laissé à son sort.

Parallèlement, dès 1791, le Code pénal révolutionnaire abolit les principaux châtiments corporels, seule la privation de liberté – ou la mort – constituent la forme de punition applicable. Il faut néanmoins attendre 1981 pour voir abolie la peine de mort.

## B. L'organisation de la psychiatrie carcérale

Le XIX<sup>ème</sup> siècle voit les premières classifications des maladies mentales établies par Jean-Etienne Esquirol en France et Emil Kraepelin en Allemagne. En 1883, ce dernier rassemble sous le terme de « démence précoce » l'hébéphrénie, la catatonie et le délire paranoïde. En France, le terme *aliénisme* n'a été remplacé par celui de *psychiatrie* qu'en 1860.

Outre l'utilisation d'une pharmacopée psychotrope et l'émergence de concepts théoriques relatifs aux maladies mentales comme la psychanalyse, le XX<sup>ème</sup> siècle a vu se préciser des approches corporelles spécifiques dans le traitement des maladies mentales. L'idée d'un entraînement à des méthodes de mobilisation corporelle a paru rapidement positive auprès de ces patients apparemment hors du monde.

En 1986, les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) reçoivent un véritable statut de secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Situés au sein même du centre de détention, ils sont constitués de cellules uniquement dédiées à des soins dispensés de jour. Ils visent à dépister des troubles psychiatriques chez les nouveaux arrivants, lutter contre les addictions et effectuer un suivi psychologique. Les SMPR peuvent également être

---

<sup>3</sup> FERRAGUT E., *op. cit.*

implantés au sein de centres hospitaliers afin de proposer des consultations externes et offrir une continuité de soins aux personnes sortant de détention.

La loi de programmation et d'orientation de la justice dite « Perben I », votée le 9 septembre 2002, aboutit à l'instauration des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), dont le rôle et le fonctionnement seront traités ci-après.

A partir de 2010, les soins psychiatriques sont implantés dans l'ensemble des établissements pénitentiaires. Il existe trois niveaux de soins pour les personnes détenues :

- Soins ambulatoires par Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), ils concernent davantage les soins dits « somatiques ».
- Hospitalisation de jour en SMPR.
- Hospitalisation à temps complet en UHSA.

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions (CSAPA) ont également un rôle important au sein des centres de détention car les problématiques d'addictions sont également très fréquentes.

Cette offre de soins intra et extra-carcéraux subit, comme de nombreux secteurs, celui de la Santé notamment, des restrictions budgétaires et autres difficultés organisationnelles. « La rationalisation hospitalière enclenchée dans les années 1980 et accélérée aujourd'hui a conduit à une diminution très importante du nombre de lits disponibles en psychiatrie – de 83 000 à 40 000 entre 1987 et 2000 – alors que la population concernée a fortement augmenté durant la même période pour dépasser le million »<sup>4</sup>. Les taux d'occupation élevés des secteurs de psychiatrie générale génèrent des délais d'attente et l'absence de garde défère la fonction de surveillance au chef de l'établissement hospitalier, et *de facto* au personnel de soin, avec un risque d'évasion élevé. Ceci a également pour conséquences des hospitalisations parfois trop courtes et des recours excessifs aux Unités pour Malades Difficiles car seules véritablement sécurisées. Or ces unités spécialement dévolues aux patients présentant une forte dangerosité sont peu nombreuses avec seulement « 10 unités en France en 2014 pour 530 patients dont 40 femmes »<sup>5</sup>. Ceci peut avoir pour conséquence des séjours plus longs en chambre d'isolement pour les patients détenus.

---

<sup>4</sup> PRIEUR C., (2008).

<sup>5</sup> <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Unite-pour-malades-difficiles-UMD>. Site d'information, formation et sensibilisation sur la santé mentale, consulté le 12/11/15.

### C. Rôles et fonctionnements des UHSA

Selon une enquête de 2004, « plus des deux tiers des prisonniers sont en souffrance psychique et entre un cinquième et un quart d'entre eux peuvent être considérés comme psychotiques »<sup>6</sup>. Face à cette prévalence des troubles psychiatriques en prison et une organisation psychiatrique manquant de moyens et d'effectifs, l'idée des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées a germé. Elles ont une visée de complémentarité vis-à-vis des SMPR et accueillent les patients en hospitalisation à temps complet. Il s'agit d'établissements de soins situés dans l'enceinte d'un centre hospitalier mais présentant les conditions de sécurité d'un établissement pénitentiaire. « Les UHSA ne sont pas destinées à accueillir les malades mentaux dangereux, mais des détenus présentant un tableau psychiatrique nécessitant une hospitalisation ordinaire avec ou sans consentement »<sup>7</sup>, précise tout de même Magali Bodon-Bruzel, psychiatre, chef du pôle UCSA-UHSA-CSAPA de Fresnes (94).

En 2011, un programme national de 17 UHSA est lancé. Il aboutira à une capacité totale d'environ 700 lits. Une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée reçoit les patients provenant des centres de détention de la région, voire d'autres si ces dernières ne disposent pas d'UHSA.

Les UHSA sont sous l'égide du ministère de la santé, comme tout établissement de soins, mais aussi sous la direction de l'administration pénitentiaire c'est-à-dire du ministère de l'intérieur. Les surveillants pénitentiaires ont un rôle de garde et d'escorte notamment pour les « transferts » des patients, visites médicales, convocations au tribunal... De manière générale, ils ne sont pas présents à l'intérieur même du lieu de soins mais contrôlent l'ouverture des portes permettant l'accès à l'établissement et aux différentes unités. Ils peuvent être alertés à tout moment par le personnel de santé qui aurait besoin de leur intervention, par le biais du talkie-walkie porté par chaque soignant. Ce P.T.I. (Protection du Travailleur Isolé) déclenche un signal d'alerte par appui prolongé ou automatiquement en cas de chute. Ceci, ainsi que les alarmes fixées au mur, a pour but de garantir la sécurité du personnel soignant et des patients. Chaque UHSA a un fonctionnement qui lui est propre et qui suit la politique de l'établissement hospitalier auquel il est rattaché. Ceci concerne par exemple les temps en chambre ou en salle commune, ou encore la présence ou non de télévision en chambre.

---

<sup>6</sup> ROUILLON F., (2004). Etude épidémiologique des troubles psychiatriques chez les personnes détenues en prison.

<sup>7</sup> BODON BRUZEL M., (2013), p.19.

L'établissement dans lequel j'ai effectué mon stage de troisième année est constitué d'environ 120 soignants comprenant entre autres une chef de pôle, quatre médecins-psychiatres, deux psychologues, deux ergothérapeutes, une psychomotricienne ainsi que deux équipes d'infirmier(e)s diplômé(e)s d'état et d'aides-soignants qui se relayent dans chacune des trois unités. Une assistante sociale est également présente dans chaque unité afin de permettre un suivi administratif continu. L'administration pénitentiaire sur place est constituée d'une trentaine d'agents, un major, un capitaine et des gradés.

Cette UHSA compte un total de 60 lits et se subdivise en trois unités possédant chacune leur équipe de soignants, un pan distinct du bâtiment et leur cour de promenade respectives. En fonction de l'état psychiatrique et le niveau de stabilisation de chaque patient, ce dernier est dirigé vers des soins séquentiels. L'unité 1 reçoit des personnes en phase aiguë présentant des troubles du comportement et une absence de compliance aux soins. L'unité 2, service de psychiatrie générale, vise la stabilisation symptomatologique. L'unité 3 a pour rôle de travailler sur le parcours de vie, le passage à l'acte ainsi que l'autonomie et la préparation à la sortie de l'UHSA. Les patients peuvent cependant être amenés à retourner en détention ou en service de psychiatrie externe depuis les trois unités.

Les détenus admis à l'hôpital, en UHSA ou autres, sont considérés comme continuant à subir leur peine ou s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire. Les patients de l'UHSA sont des hommes et des femmes âgés de plus de 15 ans, présentant des troubles psychiatriques divers et ayant effectué un passage à l'acte ou du moins suspectés de l'avoir effectué. En psychiatrie, nous explique Frédéric Millaud, « on tente de réserver ce concept [passage à l'acte] de façon exclusive à des actes impulsifs, violents, agressifs »<sup>8</sup>. En psychanalyse, le passage à l'acte correspond à une « faillite de l'élaboration psychique avec la mise en route d'une action de résistance »<sup>9</sup>. Millaud poursuit : « il s'agit avant tout de se libérer, de tenter de résoudre un conflit irrésolvable »<sup>10</sup>. Qu'il résulte d'une tentative, inadaptée, de faire à face à une situation ou bien d'un arrêt de la faculté de penser, le passage à l'acte illustre une profonde détresse. « Souvent d'ailleurs les patients ne se reconnaissent pas dans leur passage à l'acte. Leur corps agit comme quelque chose qui ne leur appartient pas, ne leur ressemble pas ». Les conséquences et le risque de répétition de ces actes, aussi variés que désastreux, impliquent dans bien des cas de mettre la personne à l'abri des autres, à l'abri d'elle-même.

---

<sup>8</sup> MILLAUD F. (1998), p. 15.

<sup>9</sup> BODON BRUZEL M., *op. cit.*

<sup>10</sup> MILLAUD F., *op. cit.*

#### D. Consentement et intention

Le Placement libre et le placement d'office remontent à la loi sur les aliénés de 1838 qui fixait les modalités d'admission des malades mentaux. Elle a depuis évolué.

La circulaire interministérielle du 18 mars 2011 définit les modalités d'admission en UHSA. Comme toute hospitalisation psychiatrique, celle-ci peut se faire avec ou sans consentement. Il n'en est pas de même pour les SMPR. La position intermédiaire entre le monde carcéral et la santé des UHSA atteint ici un point sujet à débats. Pour Gérard Dubret, psychiatre des hôpitaux et expert près la cour d'appel de Versailles, « [Les UHSA sont] destinées à soigner durant leur peine les malades mentaux incarcérés, trop malades pour rester en détention, mais pas assez malades pour avoir été déclarés irresponsables<sup>11</sup> ». Quels liens peuvent exister entre responsabilité et hospitalisation sous contrainte ? Comment le soin se positionne-t-il dans cette situation apparemment paradoxale ?

En France, toute personne jugée responsable de ses actes se voit condamnée à des sanctions judiciaires. La Justice doit donc déterminer si un état mental pathologique est à la source ou non de l'infraction, et ensuite savoir si cet état est passager ou permanent.

L'alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal de 1994 (cf Annexe 1) enjoint de considérer irresponsable pénalement toute personne dont « le discernement ou le contrôle de ses actes » étaient altérés lors du crime ou du délit. Ceci a, théoriquement, pour conséquence une diminution de peine assortie parfois d'une obligation de traitement. Cependant, la personne, considérée irresponsable pénalement demeure punissable civilement. Elle peut ainsi être contrainte à verser un dédommagement financier aux parties civiles. Une fois la personne déclarée comme irresponsable pénalement, elle est confiée à l'autorité administrative : le représentant de l'Etat dans le département, à savoir le préfet, prend alors « si l'état actuel » de la personne est susceptible de « compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes », une mesure d'Hospitalisation d'Office (HO)<sup>12</sup>, appelée depuis le 05 juillet 2011 Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE).

Qu'elles soient consécutives à un manquement à la loi ou non, les prescriptions en psychiatrie font d'elle la seule branche de la médecine qui peut contraindre une personne aux soins. Ces soins psychiatriques contraints peuvent être, comme nous venons de le voir à la demande du représentant de l'Etat (SPDRE), ou à la demande d'un tiers (SPDT). Le principe veut que l'auteur d'une demande d'admission en SPDT ait un lien avec le patient

---

<sup>11</sup> DUBRET G., (2008), p. 543-550.

<sup>12</sup> Art L 348 de la loi du 27 juin 1790.

permettant de la regarder comme agissant dans son intérêt et que cette personne soit indépendante de l'établissement prenant en charge la personne malade.

Ainsi la psychiatrie *conventionnelle* et la psychiatrie *carcérale* peuvent comporter des similitudes en termes d'obligation de soins, mais elles diffèrent par de nombreux aspects. L'encadrement pénitentiaire de l'UHSA est parfois mal vécu. Chaque fois qu'un patient revient du pôle thérapeutique où se situent les salles d'ergothérapie et de psychomotricité, un surveillant effectue un contrôle avec un détecteur de métaux. Une patiente exprima un jour sa « honte » lors de cette vérification. Se dévalorisant beaucoup elle expliqua que ces moments lui rappelaient qu'elle était « au même degré que les criminels ». Lorsque je demande aux personnes participant à un groupe thérapeutique au sein de l'UHSA de se présenter, certains optent pour le terme *patient* quand d'autres s'identifient avant tout en tant que *détenus*. Un patient me parle ainsi de sa chambre en employant systématiquement le mot *cellule*. Cette différence de considération de son propre statut peut perdurer au fil des séances et véhiculer la question de la représentation que la personne a de soi. Ceci m'incite à me questionner sur deux points : comment adapter la prise en charge d'une personne qui se perçoit davantage comme un détenu qu'un patient ? Comment établir une alliance thérapeutique avec la personne qui ne se considère pas comme malade mais en tant que personne incarcérée, désirent écourter son temps d'incarcération sans effectuer de travail sur la maladie ? Il me semble que les propositions du thérapeute doivent s'adapter à cette appréciation du patient vis-à-vis de lui-même et de sa maladie.

Une fois l'aspect aigu de la maladie estompé, les patients effectuent un travail de reconnaissance de la maladie. Le but de l'équipe soignante est l'observance du patient c'est-à-dire qu'il suive son traitement. L'anosognosie, la non-reconnaissance de ses troubles par le malade, a souvent pour conséquence un arrêt du traitement ce qui peut faire ressurgir des aspects de la maladie. De plus, prendre conscience que l'on a une maladie plutôt que l'on est malade peut amener à un travail de reconstruction psychocorporelle.

Lors du deuxième mois de stage en UHSA, j'ai dû obliger un patient à venir au groupe du jeudi matin. Privé de tabac depuis 24 heures, ce dernier venait d'apprendre que la décision avait été prise de reconduire cette interdiction 24 heures de plus pour toute l'unité. Un état d'énervement semblait naître en lui et il refusait de venir. Ma maître de stage lui a rappelé avec diplomatie que l'obligation de soins est une prescription médicale puis, qu'elle fait partie des injonctions du juge. En tant que stagiaire nouvellement arrivé je me suis trouvé en difficulté pour expliquer le caractère coercitif d'une décision de justice et amener une personne à se rendre en psychomotricité. Le fait que ce patient ait pu, lors du temps de verbalisation de fin de séance, exprimer sa satisfaction d'être venu, d'avoir pu évacuer un

peu de cette tension, m'a rassuré. Ceci m'a néanmoins interrogé sur la pertinence de l'indication en psychomotricité ainsi que sur l'adaptation de mes propositions aux patients.

Dans une plus large mesure, le retour à la liberté de décision qui en psychomotricité peut se traduire par une réappropriation de son corps et de ses déplacements dans l'espace environnant, même si ce dernier est fortement limité, constitue un objectif essentiel.

Contraindre une personne à se soigner ou lui refuser de quitter l'unité de soins ou encore un lieu d'incarcération constitue à chaque fois une atteinte à ses libertés individuelles. Il importe néanmoins de prendre en compte les disparités qui existent entre un centre de détention et une UHSA afin de mieux comprendre les problématiques personnelles de chacun.

#### E. Les différences entre une UHSA et un centre de détention

Les chambres de l'UHSA où j'ai effectué mon stage sont individuelles et ne disposent ni de télévision ni de radio. J'ai entendu plusieurs patients souhaiter retourner en détention pour ce seul argument. Un patient m'expliqua un jour qu'il attendait ce retour pour arrêter de fumer. Il semblait présenter la télévision comme pouvant servir de moyen de substitution. Pourtant fumer s'avère plus facile en détention, les détenus peuvent fumer dans leur cellule et les autres lieux de vie, contrairement aux patients de l'UHSA qui doivent respecter des horaires stricts avec environ sept « sorties cigarettes » par jour. L'usage de cannabis est également plus fréquent en prison contrairement à l'UHSA où sa consommation est très rare du fait de la taille des unités, des contrôles pénitentiaires plus fréquents et intransigeants.

Une cellule en prison occupe 9m<sup>2</sup> qu'il faut habituellement partager avec une autre personne. Ceci amène davantage de promiscuité. Les patients en UHSA disposent tous de chambre individuelle.

Les temps en salle commune font partie des obligations de traitement du patient de l'UHSA. Rester en chambre en-dehors des temps prévus normalement au temps de sieste et de la nuit relève donc du projet médical. Les horaires en chambre ont lieu de 13h à 15h30 puis de 19h à 10h soit environ 17 heures par jour. Si le détenu peut quant à lui choisir de rester en cellule il peut dans certains régimes pénitentiaires, notamment en maison centrale, avoir la possibilité de sortir de sa cellule lorsqu'il le souhaite. Il se rend de façon autonome à ses consultations, à des cours ou aux lieux de culte. Certains centres de détention offrent la possibilité aux détenus de sortir en cour de promenade ou d'accéder à la salle de musculation lorsqu'ils le souhaitent, en respectant bien entendu un planning. Il apparaît ainsi

que la personne en UHSA est beaucoup plus limitée dans l'autonomie de ses déplacements. Si l'UHSA, par son organisation planifiée et répétée quotidiennement, s'avère pour certains rassurante, la pluralité des pathologies mentales s'ajoute à un confinement forcé source, parfois, d'angoisse, de désarroi et d'abandon de soi.

Une prison est considérée comme un lieu de vie, le détenu est domicilié sur son lieu d'incarcération. Même si bien souvent il ne dispose pas de contrat de travail et que les conditions de travail sont fortement critiquées, le détenu peut y exercer un travail rémunéré.

A l'inverse, le patient ne travaille ni ne *réside* à l'UHSA, son numéro d'érou est modifié à son arrivée pour être rattaché au centre de détention duquel l'UHSA dépend. Si le patient possède une adresse civile, il la conserve car l'UHSA est un lieu de soins, marquant par là un caractère plus transitoire. Cependant une fois encore il importe de permettre à la personne, patient ou détenu, de s'inscrire dans un parcours de soin qui lui-même s'intègre dans un parcours de vie.

Les parloirs entretiennent le lien entre la personne incarcérée et son entourage. Les parloirs sont des pièces allouées aux visites avec les personnes extérieures. Il peut s'agir de la famille du patient mais aussi de son tuteur, son avocat... Selon l'Observatoire International des Prisons, la fréquence des visites varie selon la situation pénale de la personne visitée mais également selon le type de visites (parloir ordinaire, salon familial ou unité de vie familiale). En ce qui concerne les patients d'une UHSA, le juge d'application des peines et des libertés décide d'autoriser ou de refuser l'accès aux parloirs. Le médecin peut également considérer l'état du patient comme inapte à une visite. La durée des visites est de quarante-cinq minutes, elles peuvent avoir lieu le lundi, le mercredi, le vendredi et le dimanche soit quatre fois par semaine. En réalité, les parloirs excèdent rarement une fréquence hebdomadaire. Les liens avec l'extérieur sont donc très contrôlés.

Au fil du temps la psychiatrie s'est transformée et a cherché à apporter une offre de soins à des personnes en souffrance en s'adaptant à leurs problématiques. Dans le cas des UHSA, le patient est également condamné ou prévenu. Cette composante complexifie la réponse thérapeutique à apporter. Selon Gérard Dubret, « [...] c'est le milieu carcéral lui-même, compartimenté, cloisonné à l'extrême, étanche aux transmissions soignantes, qui constitue le principal obstacle aux prises en charge, d'autant plus lorsqu'il s'agit de pathologies psychotiques. Le milieu carcéral, quels que soient les moyens qu'on lui attribue, ne deviendra jamais un milieu soignant »<sup>13</sup>. J'ai personnellement ressenti que cette compartimentation impactait les objectifs thérapeutiques de l'UHSA. Paradoxalement, le

---

<sup>13</sup> DUBRET G., *loc. cit.*

cloisonnement charpente de manière problématique les troubles psychotiques. La représentation que se fait la personne d'elle-même et les relations qu'elle tisse avec son environnement s'avèrent ainsi des points centraux en UHSA.

Dans un lieu où l'environnement impose son rythme de manière omniprésente, appréhender la personne et sa maladie dans leur ensemble s'avère nécessaire. Il convient à présent de voir plus en détails les troubles psychotiques car ceux-ci sont largement surreprésentés en psychiatrie carcérale et par conséquent au sein des UHSA.

## II/ LA PSYCHOSE SCHIZOPHRENIQUE

La psychomotricité prend une place grandissante dans les services de psychiatrie, y compris dans les UHSA. J'ai choisi de parler de la schizophrénie car elle m'a fortement interrogé au cours de mes stages et en particulier celui effectué en UHSA. Rencontrer différentes personnes souffrant de cette maladie, observer la pluralité de ses manifestations, m'a incité à en savoir davantage à ce sujet. Dès mon premier stage en psychiatrie adulte, j'ai été frappé par le décalage qui peut parfois exister entre l'aisance langagière, la qualité du discours voire plus rarement des capacités posturales et motrices, en comparaison avec le trouble mental dont souffre la personne psychotique. Il m'est plusieurs fois apparu que la personnalité « normale », en tout cas sans troubles directement apparents, paraissait encore accessible. L'aspect compartimenté qui caractérise cette maladie s'avère déstabilisant car la personne peut, à certains moments, s'accorder à autrui et présenter un discours adressé juste avant de montrer, par exemple, des signes délirants importants.

La psychiatrie française s'appuie sur deux classifications théoriques des troubles mentaux. La première se nomme la Classification Internationale des Maladies, dont la onzième version a été publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2014. La seconde est éditée par l'Association Américaine de Psychiatrie : le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Sa dernière version, le DSM-V, a été traduit en français en 2015. Il y est expliqué que « les éléments clés qui définissent les troubles psychotiques sont les idées délirantes, les hallucinations, la pensée désorganisée ainsi qu'un comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé »<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> APA, DSM-V, (2015).

Il résulte de ces deux classifications une multitude de symptômes, une hétérogénéité nosographique des cas et de nombreuses incertitudes quant aux origines, causes et facteurs de la psychose. Cependant il est possible de dégager certains points essentiels.

La psychose se distingue tout d'abord par sa durée. Elle est considérée comme aigüe lorsqu'elle est inférieure à six mois. C'est le cas dans les Bouffées Délirantes Aigües (BDA), les troubles thymiques aigus tels que la dépression ou le syndrome de Cotard mais aussi dans la psychose puerpérale qui peut apparaître chez la femme venant d'accoucher.

Au-delà de six mois, la psychiatrie occidentale considère la psychose comme chronique. L'élément caractéristique de cette psychose va être la dissociation c'est-à-dire la perte de l'unité psychique, qui provoque un relâchement des associations entre idées, émotions et attitudes. Les délires paranoïaques, dont le mécanisme est systématiquement interprétatif, ou encore les érotomanies, ne présentent pas de dissociation. Après avoir vérifié qu'il ne s'agit pas d'une prise de toxiques, de troubles de l'humeur marqués par un épisode maniaque ou dépressif, le médecin psychiatre va s'enquérir de la durée des troubles et enfin repérer si un syndrome dissociatif est présent. Si oui, le diagnostic de schizophrénie sera vraisemblablement prononcé.

#### A. La schizophrénie

Terme créé en 1911 par Eugen Bleuler en remplacement de la « démence précoce » d'Emil Kraepelin, « schizophrénie » est issu du grec *skhizein*, « fendre » et *phrên*, « esprit ». La maladie peut être définie comme un trouble psychiatrique caractérisé par une altération du contact avec la réalité. Elle débute généralement chez le sujet âgé entre 15 et 25 ans. Elle touche autant les hommes que les femmes mais serait plus précoce chez l'homme lorsque la maladie débute tôt. Elle concerne environ 1% de la population française, soit 600 000 personnes. Elle « sévit dans toutes les régions du monde mais semble plus fréquente en milieu urbain et chez les migrants »<sup>15</sup>. La prévalence de la schizophrénie est en moyenne trois fois plus forte chez les personnes détenues que dans la population générale, soit environ 3,8%. Au niveau sémiologique, elle se caractérise par trois entités cliniques : la dissociation, le repli autistique et le délire paranoïde dont l'analyse fournie par les ouvrages

---

<sup>15</sup> <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>. Site officiel de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, consulté le 09/02/16.

« *Psychiatrie* » par Ringuenet et Lardinois ainsi que « *Psychiatrie* » par Pasquier de Franclieu alimenterons mon propos.

## 1. Le syndrome dissociatif

Principal critère diagnostic, il correspond à la rupture de l'unité corporopsychique. Il fait partie, avec l'hallucination, des symptômes positifs, ou productifs, de la maladie c'est-à-dire des symptômes qui apparaissent chez une personne. Les symptômes négatifs désignent des traits qui disparaissent et peuvent demeurer inaperçus plus longtemps. La dissociation se manifeste tout d'abord au niveau de la présentation avec une désorganisation, une bizarrerie du contact voire une impénétrabilité et de la réticence. Elle peut toucher la sphère intellectuelle, la sphère affective et concerne très fréquemment la motricité.

- Dissociation intellectuelle : se manifeste par des troubles du cours de la logique avec de la diffluence (pensée floue, passages du coq-à-l'âne...) ou encore un rationalisme morbide. Elle peut aussi engendrer une altération de la pensée (barrage : arrêt du débit de paroles, fading : diminution du volume de paroles, etc.) ainsi qu'une altération du langage (néologismes, agrammatismes, écholalies...).
- Dissociation affective : la personne schizophrène est souvent partagée entre plusieurs émotions. Elle éprouve donc de grandes difficultés à faire des choix. L'affect, « tonalité émotionnelle associée à une représentation ou un état mental particulier »<sup>16</sup> se présente comme inadapté aux situations voire fortement émoussé pouvant aller jusqu'à l'athymhormie. Ceci se traduit par des rires immotivés ou des relations sexuelles dites désaffectées entraînant un risque de transmissions élevé d'IST. Cette composante humorale est au contraire très prégnante chez la personne schizo-affective c'est-à-dire souffrant de schizophrénie dysthymique.
- Dissociation motrice : elle peut prendre la forme de bizarreries, de maniérisme ou de théâtralisme, les gestes et les attitudes semblent alors manquer de naturel.

---

<sup>16</sup> DEMAILLY L., (2012), p.12.

Alexandre Christodoulou explique en parlant du patient schizophrène que « la rupture de l'unité psychique du sujet s'exprime dans le corps par l'angoisse de morcellement et de néantisation. Les repères du sujet avec son environnement sont flous, l'enveloppe corporelle est défaillante ». <sup>17</sup> Chaque personne va présenter des symptômes dissociatifs qui lui sont propres, c'est pourquoi on parle plus volontiers de « schizophrénies » que de la schizophrénie. Dans la plupart des cas néanmoins cette dissociation s'accompagne d'un délire paranoïde.

## 2. Le délire paranoïde

Egalement appelé « syndrome délirant », ou « idées délirantes » dans le DSM-V, il consiste en des croyances figées qui ne changent pas face à des évidences. L'analyse sémiologique du délire comprend l'étude de différents points :

- **Le mode d'apparition**, qui peut être soudain, on parlera de « brutal », ou insidieux.
- **Les thèmes** sont polymorphes dans le délire paranoïde. Il peut s'agir de persécution, du syndrome d'influence (le sujet est persuadé d'influer sur la pensée des gens), du syndrome de référence (conviction délirante que les événements survenant autour de soi sont en référence directe au contenu psychique de l'instant), ou encore de dépersonnalisation.
- **Les mécanismes** : ils sont de quatre types, l'imagination, l'intuition, l'interprétation et l'hallucination. L'hallucination correspond à des expériences de type perceptif qui surviennent sans stimulus externe. Elles sont également décrites dans la littérature comme des perceptions sans objet. « L'hallucination est présente lorsque l'expérience du corps est vécue comme réelle : le bras comprimé ne donne plus l'impression d'être comme rempli de fourmis, mais il est fourmilière » <sup>18</sup>. L'hallucination peut concerner tous les sens mais elle est souvent auditive et l'on remarque chez la personne des attitudes d'écoute.
- **L'adhésion** est le plus souvent totale chez le schizophrène. Il critique rarement l'authenticité de ses convictions.

---

<sup>17</sup> CHRISTODOULOU A., (2006), p.8.

<sup>18</sup> ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2004), p.43.

- **L'organisation** en secteur signifie que le délire ne touche qu'un champ de vie psychique du sujet. L'organisation en réseau affecte tous les champs et peut ainsi impacter les relations familiales, amicales et professionnelles.
- **La systématisation**, ou degré de cohérence interne du délire, est variable. Le délire peut obéir à une pseudo-logique reproductible ou au contraire être très fluctuant.
- **La participation affective** est également observée dans cette étude sémiologique.

Ainsi le délire, s'il oblitère la possibilité d'une relation socialement appropriée avec autrui, peut aussi être considéré comme un moyen d'adaptation du malade afin de retrouver une logique et un équilibre de vie. Cependant le délire, même construit, ne doit pas interférer de façon néfaste dans la vie quotidienne ni dans la sécurité des personnes. Il peut conduire à une diminution des conduites sociales, également appelé repli autistique.

### 3. Le repli autistique

Ce terme, provenant de « auto », soi, est créé par E. Bleuler en même temps que la schizophrénie. Avant de devenir un syndrome à part entière, l'autisme était un symptôme significatif de la schizophrénie. Par repli on entend un comportement de renfermement sur soi. Il fait partie des symptômes négatifs c'est-à-dire déficitaires, comprenant l'impénétrabilité ou hermétisme, une indifférence à la réalité autre que le délire ainsi qu'un isolement socio-affectif. Cet isolement peut également s'accompagner d'incurie. La détention renforce potentiellement ce repli avec des horaires planifiés et une séparation totale du monde extérieur.

En 1955, dans sa « description clinique de la forme typique », Henri Ey évoque la dissociation psychique prenant la forme de « retrait » : « il s'agit simplement, ici, d'une impossibilité à s'ouvrir au monde et d'une attraction centripète vers l'intérieur de soi [...] », et ajoute plus loin qu'il existe une « disproportion entre le « dedans » et le « dehors » de l'existence »<sup>19</sup>. Dans un chapitre sur la « distorsion du système logique » il explique que « le schizophrène n'est pas atteint dans son pouvoir de former les concepts ou les schémas temporo-spatiaux, ni dans son aptitude à se conformer aux attitudes catégorielles de base. Il se présente cliniquement comme s'il était détaché du système logique qui assure la conformité de sa pensée à la pensée collective et rationnelle du groupe »<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> EY H., (1996), p. 122.

<sup>20</sup> *Ibid.*

## B. Les différentes formes de schizophrénie

Paranoïde : la plus fréquente, le symptôme délirant y est prédominant. Elle touche plus fréquemment les hommes et comporte rarement de troubles cognitifs ou de l'humeur.

Hébéphrénique : prédominance du syndrome dissociatif ou une désorganisation de la pensée et des comportements. Les hallucinations et les idées délirantes ne sont en général pas un premier plan. Son pronostic de rémission s'avère néanmoins sombre.

Héboïdophrénique : dissociation et symptômes antisociaux y prédominent. Elle est marquée par des comportements violents et impulsifs associés à des symptômes de repli sur soi.

Catatonique : grande dissociation comportementale associée à un mutisme et une opposition. Cette forme est devenue très rare depuis l'apparition des neuroleptiques dans les années 50.

Dysthymiques : correspond au trouble schizo-affectif dans lequel une perturbation humorale s'additionne au trouble psychotique. Il peut s'agir d'épisodes maniaques, dépressifs ou des deux alternativement.

Pseudo-névrotique : marque la présence de symptômes névrotiques.

## C. Etiologies et évolutions de la schizophrénie

La maladie peut se déclarer de façon brutale sous la forme de Bouffées Délirantes Aiguës ou d'un épisode thymique atypique. L'entrée brutale et précoce, avec un facteur déclenchant, sont considérés comme des signes de bon pronostic d'évolution de la maladie. L'entrée dans la maladie peut au contraire se développer de façon insidieuse.

Les causes de la schizophrénie demeurent inexplicées mais la communauté scientifique s'accorde à dire qu'elles sont plurifactorielles. Le milieu social ou culturel ne semble pas directement influencer mais on note une forte part d'héritabilité. Elle est désormais étudiée sous le prisme d'une vulnérabilité génétique aux facteurs environnementaux. Louis Bindler, ancien chef de clinique de l'université Pierre-et-Marie-Curie parle de l'hypothèse « neurobiologique » qui impliquerait trois types de neurotransmetteurs cérébraux : la dopamine, la sérotonine et le glutamate. Il explique « qu'il existe des régions cérébrales dans lesquelles on constaterait un hyperfonctionnement des neurones dopaminergiques qui serait à l'origine des symptômes délirants »<sup>21</sup>. A l'inverse, une baisse de l'activité dopaminergique dans d'autres régions a été mise en lien avec des signes dits « négatifs ». Cette prédisposition

---

<sup>21</sup> BINDLER L., (2012), p.17.

génétique serait composée de « gènes de susceptibilité » à certains facteurs environnementaux ou encore de « mutations génétiques » ponctuelles altérant la plasticité neuronale. Il n'a pas encore été clairement démontré le lien direct entre la maladie et un ou plusieurs gènes. L'INSERM rappelle que « chez deux vrais jumeaux qui ont le même patrimoine génétique, le risque de schizophrénie de l'un est de 30 à 40 % si l'autre est malade »<sup>22</sup>. Il semble actuellement raisonnable de dire qu'un terrain génétique à risque ajouté à des facteurs psychiques et environnementaux, notamment des événements de vie stressants ou des prises de toxiques, puisse aboutir à une schizophrénie.

#### D. De la prise de toxiques

Il n'a pas encore pu être expliqué si la forte corrélation entre schizophrénie et prise de toxiques, notamment le cannabis, était une cause ou une conséquence de la maladie. Le cannabis est souvent décrit par les patients comme un moyen d'apaisement. Il est néanmoins considéré comme un « starter pharmacologique » chez les personnes possédant un patrimoine génétique vulnérable. Il est classé parmi les psychodysléptiques ou hallucinogènes, tout comme le LSD, l'ecstasy et les champignons hallucinogènes. Parallèlement, il peut constituer une cause d'emprisonnement.

La schizophrénie est une maladie complexe qui altère de nombreuses capacités de l'Homme. Du fait de la variabilité des symptômes de cette maladie mentale majeure caractérisée par une altération de la vie psychique au niveau de l'appréhension de soi et du rapport au réel, j'ai choisi de m'intéresser aux liens du sujet avec son schéma corporel, avec son image du corps et leurs influences réciproques sur la motricité.

#### E. Conséquences sur certains items psychomoteurs

##### **1. Impacts de la schizophrénie sur le schéma corporel**

Le schéma corporel est la représentation interne que l'on se fait de son corps permettant de se représenter les différentes parties qui le constituent. La définition la plus complète du schéma corporel nous a été fournie par le « père » de la psychomotricité, Julian de Ajuriaguerra : « Edifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise une construction active constamment remaniée des

---

<sup>22</sup> <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>. *Op. cit.*, consulté le 12/02/16.

données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »<sup>23</sup>. Et Marc Guiose de préciser « [qu'il] est lié à l'expérience motrice, au ressenti musculaire et cénesthésique qui permet l'intégration de l'espace »<sup>24</sup>. Il semble que, fréquemment, le schizophrène soit en difficulté pour intégrer les afférences sensibles qui lui parviennent. Pour Véronique Defiolles-Peltier, « de même qu'il perd le contrôle de sa pensée qui l'envahit, le patient perd les sensations de son corps : il ne ressent plus son tonus musculaire et il perd le contrôle de ses limites corporelles, ce qui engendre des sensations de morcellement. Le patient ne se ressent plus »<sup>25</sup>. Cette perte des limites, de la distinction entre ce qui m'appartient à ce qui est extérieur se répercute de manière pathologique de différentes façons. « Le symptôme le plus évident au niveau de la conscience du corps est la dépersonnalisation, c'est-à-dire la désintégration de la connaissance du corps et donc l'altération de la relation objectale qui l'accompagne »<sup>26</sup>. Le sentiment d'extériorité à soi peut également s'accompagner de troubles moteurs tels que l'apragmatisme, la catatonie ou la segmentarisation.

L'apragmatisme correspond à un silence de mouvement, une incapacité d'entreprendre des actions nécessitant une coordination. Cette absence de mouvement engendre une coupure d'avec la réalité et les limites corporelles de la personne, « [...] comme si l'absence de mouvement pouvait faire disparaître la personne »<sup>27</sup>. L'élaboration psychique nécessitant l'action est atteinte. Dans sa forme la plus extrême l'apragmatisme peut conduire à la catatonie.

Le DSM-V rappelle que la catatonie est historiquement associée à la schizophrénie, mais que ses symptômes sont également partagés par d'autres pathologies. Le syndrome catatonique est une manifestation psychomotrice caractérisée par une perte de l'initiative motrice confinant le sujet à l'immobilité. Lorsqu'on manipule le sujet, on observe une conservation des attitudes imposées, ou catalepsie, avec une raideur musculaire.

De façon plus générale, j'ai pu être en contact avec de nombreuses personnes présentant une segmentarisation. Elle équivaut à une perte de l'unité du corps. La personne ne considère pas son corps comme un tout unifié mais de façon parcellaire. Chaque partie du corps est vécue indépendamment des autres. Elle s'exprime par une désorganisation praxique, des difficultés de l'acte moteur et des dysharmonies toniques.

---

<sup>23</sup> AJURIAGUERRA J., (1970).

<sup>24</sup> GUIOSE M., (2007), p.89.

<sup>25</sup> DEFIOLLES-PELTIER V., (2000), p.161.

<sup>26</sup> ANDRE P., BENAVIDES T. et GIROMINI F., (2004), p.127.

<sup>27</sup> DEFIOLLES-PELTIER V., (2015), in Giromini F., Albaret J.-M., Scialom P., pp. 263-264.

Le patient schizophrène entretient un rapport au corps particulier et le but de mon propos n'est pas d'en résumer exhaustivement les symptômes. Il ressort néanmoins très souvent une incapacité à intégrer les informations sensorielles perçues par le corps ce qui empêche le sentiment d'unicité – caractère de ce qui est unique - et une motricité harmonieuse, globale. Cela est majoré en cas de crise, lors desquelles « le schéma corporel subit les assauts des hallucinations cénesthésiques et s'en trouve modifié, transformé ou amputé »<sup>28</sup>.

Dans un souci de clarté, Éric Pireyre propose de remplacer le terme de schéma corporel par celui utilisé en neurophysiologie : « sensibilité somato-viscérale ou sensorialité ». Quoiqu'il en soit le schéma corporel ne peut être envisagé sans son rapport à son environnement, qu'il soit spatial ou social. Selon Benoît Lesage, « il est absurde de postuler une représentation et un usage du corps qui ne soient pas affective et relationnelle, [...] la construction du corps et de ses représentations ne peut en aucun cas se désintriquer de celle de l'identité [...] »<sup>29</sup>.

## **2. Impacts de la schizophrénie sur l'image du corps**

L'image du corps est un concept issu de la psychanalyse et développé par Paul Schilder. Il cherche à comprendre l'investissement fantasmatique et libidinal de la personne pour son propre corps. Bien que fortement dépendante du schéma corporel, l'image du corps s'en distingue par le fait qu'elle ne repose pas sur la représentation de l'espace du corps ni sur l'espace avec lequel interagit le corps, mais sur la considération que la personne possède d'elle-même. Elle est réactualisée en permanence.

Gisela Pankow s'est attachée à distinguer deux fonctions fondamentales de l'image du corps. « La première [...] concerne uniquement sa structure spatiale, en tant que forme ou *Gestalt*, c'est-à-dire en tant que cette structure exprime un lien dynamique entre les parties et la totalité »<sup>30</sup>. Nous retrouvons ici la notion d'unité qui fait défaut aux personnes souffrant de schizophrénie. La deuxième fonction de l'image du corps théorisée par Gisela Pankow ne concerne pas la structure en tant que forme, mais en tant que *contenu* et *sens*. L'image prouve ici son irremplaçable utilité en fournissant un socle représentatif, un « renvoi à autre chose ». Le développement de l'image du corps résulte de l'importance subjective donnée

---

<sup>28</sup> DEFIOLLES-PELTIER V., (2000), p.130.

<sup>29</sup> LESAGE B., (2012), p.58.

<sup>30</sup> PANKOW G., (1969), p.23.

par le sujet à son corps en fonction de ses expériences et notamment celles apportées par la société dans laquelle il évolue.

Dans sa théorie de l'image composite du corps Eric Pireyre regroupe neuf composantes. Il reprend les trois explicitées par Françoise Dolto dans « *L'image inconsciente du corps* », à savoir l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène qu'il nomme respectivement la continuité d'existence, l'identité et l'identité sexuée en insistant sur leurs liens avec la sensorialité et les interactions environnementales. Il estime nécessaire d'y ajouter six notions théoriques : l'enveloppe, la représentation de l'intérieur du corps, les angoisses corporelles archaïques, la sensorialité – qu'Éric Pireyre assimile au schéma corporel développé plus haut – mais aussi le tonus et les capacités communicationnelles du corps que j'aborde plus spécifiquement en deuxième partie de ce mémoire. Ces deux dernières m'ont en effet paru fortement défaillantes chez les patients vus à l'UHSA.

## F. La prise en charge de la maladie

### 1. **Conséquences des neuroleptiques sur la motricité**

Les traitements médicamenteux antipsychotiques, également appelés neuroleptiques, ont un effet sur les symptômes productifs mais assez peu sur les symptômes négatifs ou déficitaires. Ils visent principalement à réduire les idées délirantes et les hallucinations et à diminuer la fréquence d'apparition des crises.

Au niveau des effets secondaires, ils peuvent être d'ordre endocrinien (diabète, prise de poids...), neurovégétatifs (sécheresse buccale, rétention urinaire, troubles mnésiques...), hématologiques, cardiovasculaires, allergiques mais aussi neurologiques.

Ces derniers ont fréquemment une incidence sur la motricité même si tous les patients ne sont pas atteints et que les effets varient. Ils prennent la forme d'effets extra-pyramidaux avec par exemple une akinésie – lenteur et perte de l'initiative motrice responsable d'une mimique peu expressive, d'une marche « à petit pas », de gestes lents, de diminution du balancement des bras au cours de la marche – mais aussi des tremblements et une hypertonie plastique assimilés à un syndrome parkinsonien.

Les neuroleptiques peuvent à l'inverse produire des effets hyperkinétiques comme les akathisies – impossibilité à s'asseoir ou rester assis – ou les impatiences motrices. Enfin,

ils peuvent engendrer un ralentissement psychomoteur, un émoussement affectif voire des épisodes dépressifs et un syndrome « d'asthénie-passivité-indifférence ».

La forme de complication la plus grave du traitement pharmacologique de la schizophrénie est le syndrome malin des neuroleptiques. Rare mais extrêmement grave, celui-ci engage le pronostic vital.

La surveillance standard d'un patient sous neuroleptique comprend donc la vérification régulière des constantes (thermie, tension...), de son métabolisme et autres données somatiques (vision, transit...) mais aussi des éléments sur lesquels le psychomotricien peut apporter un regard critique à savoir l'observance du traitement et la présence de mouvements anormaux tels que les dyskinésies aiguës, l'hyperkinésie, l'hypertonie voire un possible syndrome extrapyramidal constitué d'akinésie, de tremblements et d'hypertonie.

Il apparaît que la schizophrénie, mais également son traitement pharmacologique, engendrent de lourdes complications au niveau moteur. Au cours de mon stage, j'ai pu également constater une prise de poids relativement importante (environ 20kgs) chez deux patients. Cette prise de poids a des répercussions sur leurs capacités à se mouvoir. En demandant à un patient schizophrène ce qui le distinguait aujourd'hui d'avec la personne qu'il était quelques années auparavant, il me répondit : « j'étais bien dans ma peau, je faisais du sport ». Justifiée ou non, l'invocation du manque d'activité physique freine le patient dans son cheminement thérapeutique.

Les traitements et les modifications corporelles qu'ils induisent ont un impact sur le schéma corporel et l'image du corps. Ceux-ci sont grandement dépendant des expériences sensori-motrices du sujet. De plus, ils ne peuvent constituer la seule réponse thérapeutique. « Après avoir constaté les succès des molécules psychotropes, nous avons dû nous rendre à l'évidence qu'elles avaient des limites et qu'elles ne solutionnaient pas tout »<sup>31</sup>. La psychomotricité apparaît alors comme indispensable pour pallier ce déficit.

---

<sup>31</sup> FERRAGUT E., (2008), p.75.

## **2. Les indications en psychomotricité**

Elles se font en cohésion avec le projet thérapeutique du patient. Celui-ci est décidé en équipe interdisciplinaire avec le médecin psychiatre et les infirmiers. La prescription est obligatoire. La psychomotricienne peut être amenée à voir des personnes des trois unités. Il est crucial de prendre en compte les problématiques personnelles de la personne. La psychomotricienne est amenée à intervenir auprès de patients en phase aiguë. Les enveloppements secs ont notamment montré des résultats probants dans ces situations. Les ateliers de psychomotricité en groupe peuvent permettre de réunir des personnes des unités 2 et 3. Ceci crée des occasions de communication entre des personnes qui ont été amenées à se voir, afin de partager et de s'encourager. Une même personne peut être suivie en individuel et participer à un ou plusieurs groupes de psychomotricité et d'ergothérapie.

## **3. La 1ere rencontre avec le patient**

L'évaluation psychomotrice lors d'une première rencontre consiste en un entretien semi-dirigé, ponctué de tests cotés. La psychomotricienne cherche à mieux connaître le patient. Comment le patient se présente-t-il ? Comment se perçoit-il au niveau corporel, émotionnel ? A-t-il des moyens de se soulager ?

La psychomotricienne va observer ses capacités de repérage spatio-temporel en lui demandant des dates (par exemple la date de son hospitalisation). La figure de Rey, l'épreuve de rythme de Stambak ou le test des pas comptés de Vyl nous renseignent également sur ses capacités d'adaptation dans ce domaine.

Un examen du tonus nous renseigne sur sa qualité de tonus et la capacité de relâchement lors d'une mobilisation passive de ses membres. Il nous indique si le patient accepte d'être touché par la psychomotricienne ou moi-même.

L'évaluation de la motricité gnosopraxique distale est systématiquement pratiquée, tout comme les somatognosies car elles permettent d'en savoir davantage au sujet des praxies et du schéma corporel. Des items évaluant l'équilibre ou les coordinations fines peuvent compléter ces tests.

Le dessin du bonhomme de Goodenough et Royer renseigne sur l'investissement du corps et la représentation que s'en fait le patient. Peut-il le titrer ? Que peut-il dire de ce dessin ? Nous étudions également son niveau de reconnaissance des émotions par le biais de photos et la facilité avec laquelle le patient peut imaginer un scénario à partir de ces situations.

En fonction du déroulement de cet entretien, la psychomotricienne va diriger son évaluation dans une direction particulière. Elle cherchera à en savoir davantage sur la situation familiale du patient, ses intérêts, une éventuelle pratique corporelle antérieure.

La première rencontre est un moment crucial du processus thérapeutique. Il s'agit de comprendre de façon la plus objective possible les problématiques du patient tout en instaurant une relation de confiance. J'ai parfois éprouvé des difficultés à échanger avec le patient tout en cherchant à mémoriser les points pertinents que j'observais, et ce d'autant plus avec un patient schizophasique. En tant que stagiaire je m'efforçais de ne pas entretenir le délire de la personne tout en lui laissant la possibilité de s'exprimer afin de favoriser l'alliance thérapeutique.

Cette alliance peut notamment inciter le patient à prendre son traitement. En cas de bonne observance du traitement, ceci est consigné dans son dossier et permet possiblement de bénéficier de réductions de peine. Le juge ayant requis lors de l'énoncé du verdict une obligation de soins, le fait d'être soigné en UHSA, et *a fortiori* en psychomotricité peut amener à des réductions de peine.

Ceci interroge également sur la particularité de la pratique psychomotrice. Comment la psychomotricité peut-elle amener un nouveau dialogue entre le patient, consentant ou non, et une réalité qui lui est imposée, l'enfermement. Une piste de travail est bien entendu de repasser par le corps grâce aux nombreuses médiations possibles en psychomotricité : la relaxation, les enveloppements, l'expression corporelle et d'une manière beaucoup plus générale, le mouvement.

### III/ LE MOUVEMENT ET LA MOTRICITE EN UHSA

#### A. Physiologie du mouvement et limitations dues à l'enfermement

Le mouvement fait partie intégrante de la notion de psychomotricité. La motricité peut être définie par l'ensemble des fonctions qui assurent le mouvement. La psychomotricité se trouve parfois explicitée comme une thérapie visant l'harmonie du corps et de l'esprit par une mise en action, une mise en mouvement. Derrière ce raccourci simpliste et clivant se cache une réelle volonté d'accordage psychocorporel inhérente à la profession psychomotrice.

Pour Mme Agnès Servant, ostéopathe, psychomotricienne et formatrice à l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière à Paris, « le mouvement est la modification du rapport de segments corporels entre eux [...] »<sup>32</sup>. Il peut concerner une partie ou bien l'ensemble de l'unité corporelle. Il résulte de l'activation d'une commande neuromusculaire modifiant le positionnement de l'os sur lequel le muscle est inséré. La fibre musculaire est formée de cellules très allongées, les myofibrilles, elles-mêmes composées de protéines, l'actine et la myosine. Elles s'unissent lors de la contraction ce qui « produit un épaississement en diamètre et un raccourcissement en longueur. C'est ce dernier qui permet au muscle de tracter les os sur lesquels il s'attache ». Cette description d'anatomie fonctionnelle est tirée de l'ouvrage « *Anatomie pour le mouvement* » dans lequel Blandine Calais-Germain ajoute : « le plus fréquemment on décrit l'action du muscle en prenant comme point fixe, l'os proximal et comme point mobile, l'os distal. L'os distal est alors supposé libre à son extrémité »<sup>33</sup>. Cette distinction montre qu'une vision unilatérale du mouvement peut être élargie. Le référentiel du mouvement est voué à changer selon les cas de figure. Bonnie Bainbridge Cohen, créatrice du Body-Mind Centering, défend l'idée d'un mouvement humain permanent qui s'initierait au niveau cellulaire. Elle explique « être passée au travail sur le développement en retraçant les chemins de l'évolution [, ce qui] s'est avéré être bien plus puissant que ne l'avait été le travail sur le squelette et sur les muscles. Des expériences plus chargées en émotion sont survenues »<sup>34</sup>. La polysémie du mot *mouvement* illustre selon moi son importance conceptuelle. Le mouvement peut concerner une action mécanique mais également une émotion, un mouvement amoureux, ou encore une progression de notes vers le grave ou l'aigu. Dans le cadre de ce mémoire j'ai choisi de m'intéresser au mouvement en tant que fournisseur d'informations sensorielles, donc

---

<sup>32</sup> Polycopié enseignement de 2<sup>ème</sup> année de psychomotricité, Anatomie fonctionnelle, 2013, non édité.

<sup>33</sup> CALAIS-GERMAIN B., (1984), p.19.

<sup>34</sup> BAINBRIDGE COHEN B., (2002), p.135.

kinesthésiques, mais aussi comme support d'un dialogue psychomoteur entre soi et l'environnement.

Si le mouvement implique bien plus qu'un simple déplacement de matière dans l'espace il est utile de le resituer dans l'environnement qui lui permet d'évoluer. Evoluer étant ici compris dans le sens de se développer ou de se mouvoir. Le mouvement se définit comme un changement de position dans l'espace en fonction du temps. Il peut paraître évident qu'un lieu de privation de libertés impacte ces deux items psychomoteurs que sont l'espace et le temps. En UHSA, le rapport de la personne « captive » à son espace et à sa propre temporalité subit des modifications.

### B. Temporalité et spatialité

Maintenir en captivité une personne limite *de facto* ses mouvements. Cette action sur la liberté de mouvements s'exprime tout d'abord par le lieu. L'UHSA est un lieu de soin mais également un lieu de détention. Le patient passe ses journées dans des espaces précis. Il s'agit au quotidien de sa chambre, de la salle commune d'environ 40m<sup>2</sup> qu'il partage avec une quinzaine d'autres patients, de la salle de réfectoire et de la cour de promenade. Je précise à nouveau que cette limitation de l'espace et l'immuabilité du rythme peuvent revêtir un caractère rassurant pour certains patients. Un espace exigü peut être synonyme de contenance. Des murs trop hauts pouvant à l'inverse susciter des angoisses de chute chez certains patients.

La liberté de mouvements est atteinte également lors des déplacements qui sont, comme l'exige la représentation commune d'une prison, très limités et sous le contrôle des soignants détenteurs des jeux de clefs ou des surveillants. A titre d'exemple, accompagner un patient de la salle commune au pôle thérapeutique, situé dans le même établissement, implique de franchir six portes dont quatre nécessitent l'ouverture d'un surveillant depuis son centre de contrôle. Les déplacements se trouvent ainsi fractionnés, séquencés en termes de temps mais aussi de dynamique motrice. Afin d'éviter tout « effet de sas », deux portes sécurisées ne peuvent être ouvertes concomitamment ce qui engendre des délais d'attente variables pour passer d'un lieu à un autre.

Chaque temps de la vie quotidienne est régulé par des horaires stricts. Au réveil se succède le petit-déjeuner et deux heures après le déjeuner puis le temps de sieste... La journée est ponctuée de « promenades » qui sont également les seuls moments où les patients peuvent fumer du tabac. Bon nombre d'entre eux fument deux cigarettes à la suite lors de la même pause car ils savent qu'ils ne pourront ressortir en cour avant la prochaine.

Chaque demande auprès de l'administration s'effectue par courrier et peut ainsi impliquer des délais de réponse extensifs.

Tous les patients de l'UHSA sont écroués mais pas forcément condamnés. Ecroué signifie que la personne a reçu un mandat de dépôt, généralement de six mois, à son encontre. Celui-ci est renouvelable sur au maximum trois ans. Les procès nécessitant une expertise approfondie, notamment en cas d'homicide, suppose une enquête qui peut en effet durer un temps conséquent.

Les patients *condamnés*, jugés pénalement responsables, connaissent la date de fin de peine. Il peut cependant y avoir une « Réduction de Peine Supplémentaire » pour bon comportement ou accès aux soins. Il arrive dans ce cas que le patient soit informé de sa sortie un mois avant, voire moins. Les patients peuvent aussi, par décision du médecin psychiatre être renvoyés en détention dans des délais très brefs. J'ai d'ailleurs personnellement ressenti ces ruptures temporelles lors de mon stage. A mon retour de vacances, début janvier, plusieurs patients que je voyais en séance étaient partis, soit en service de psychiatrie externe soit en détention. Les relations entre patients sont également sujettes à ces changements brusques de temporalité avec des départs parfois soudains.

### C. Les schèmes de mouvement : de la philosophie à la danse

Le terme de schème puise son origine dans le latin *schema*, manière d'être, figure. Le schème est défini comme la « structure ou mouvement d'ensemble d'un objet, d'un processus », « une forme de mouvement intérieur »<sup>35</sup>. Le philosophe Emmanuel Kant le considère comme la représentation qui est l'intermédiaire entre les phénomènes perçus par les sens et les catégories de l'entendement.

Le schème a par la suite été proposé par le scientifique Jean Piaget pour décrire, aux stades les plus précoces du développement de l'enfant, l'organisation d'une action dans ses recherches sur la construction active de l'intelligence, ou plus précisément de l'accès à la représentation. « Les schèmes sont un ensemble organisé de mouvements (sucrer, tirer...) ou d'opérations (sérieur, classer...) dont l'enfant dispose (dans le premier cas) ou qu'il acquiert (deuxième cas) et développe par son interaction avec le monde environnant. » « La pensée

---

<sup>35</sup> Petit Robert, (1986), p. 1776.

naît de l'action »<sup>36</sup> nous dit-il. Les schèmes se généralisent par l'expérience et par la répétition. Le schème est, toujours pour Piaget, un moyen de compréhension mais sans pensée ni représentation. C'est la progressive coordination intentionnelle de ces schèmes qui va permettre à l'enfant l'accès à la représentation et ainsi à la conscience de soi et du monde qui l'entoure. Cette pensée en formation nécessite un appui corporel, les activités réflexes vont progressivement aboutir à des associations de mouvements et de cognitions, les « réactions circulaires primaires », puis des « réactions circulaires secondaires » c'est-à-dire des « schèmes intentionnels », des processus de pensée qui « se forment en lien étroit avec toute une activité d'expériences volitionnelles »<sup>37</sup>. Ce développement va suivre un cheminement propre à chacun mais il est possible de dégager des étapes transitoires, notamment en ce qui concerne l'accès à la verticalité.

### **1. Les Niveaux d'Evolution Motrice**

L'observation de la motricité innée d'un enfant depuis la position décubitus ventral jusqu'à la locomotion bipodale a permis de dégager différents enchainements nommés Niveaux d'Evolution Motrice. Il s'agit des retournements dos-ventre et ventre-dos, de la reptation, du quatre-pattes, de la marche dite « de l'ours », de la station debout et enfin de la marche.

Cette évolution motrice est également influencée par trois principes généraux. Ces ajustements posturaux dynamiques obéissent aux lois dites de différenciation, la motricité est tout d'abord globale et involontaire avant d'être localisée et volontaire, de variabilité, le développement psychomoteur est non uniforme et non continu, et de succession, celle-ci est dite céphalo-caudale et proximo-distale.

Grâce à la maturation de son système neurologique et à la multiplication des expériences, notamment l'alternance d'enroulements et d'extensions, l'enfant va apprendre à contrôler un niveau d'évolution motrice, puis le suivant. Cet accroissement des capacités fonctionnelles de l'enfant entretient une relation d'interdépendance avec son développement cognitif et affectif ainsi que ses capacités extéroceptives et proprioceptives.

---

<sup>36</sup> Cours de Mme Rousseau-Salvador, IFP Pitié-Salpêtrière, Octobre 2011, non édité.

<sup>37</sup> CHAPEROT C., CELACU V., (2010), p.438.

## 2. L'apport d'Irmgard Bartenieff

Danseuse, kinésithérapeute, élève puis collaboratrice de Rudolf Laban, Irmgard Bartenieff (1901-1981) « a travaillé sur des principes généraux tels que la connexité, la dialectique interne/externe, stabilité/mobilité, action/récupération [...] »<sup>38</sup>. Elle a ainsi dégagé une série de schèmes de mouvement visant un alignement corporel dynamique, une connectivité et un soutien profond. Le travail des schèmes de mouvements cherche à « améliorer nos compétences physiques et expressives à des niveaux subtils et profonds »<sup>39</sup>. Je me base ici sur la classification du Laban-Bartenieff Institute of Movement Studies pour décrire six schèmes fondamentaux.

Le premier de ces six schèmes est la respiration. La complicité entre mouvement et respiration peut paraître évidente. Les deux se complètent. La respiration a cependant bien plus qu'un rôle d'oxygénation, de phonation et d'olfaction dans notre organisme. Elle modifie la posture, module le tonus, mobilise les viscères et se trouve en lien direct avec nos émotions.

Le schème centre-périphérie est décrit par Benoît Lesage en ces termes : « c'est le schème de mouvement fondamental, celui qui soutient les autres en assurant un support interne, un noyau (*core*) auquel sont connectées les six extrémités du corps : mains, pieds, tête et coccyx »<sup>40</sup>. Il relie notre centre au reste de notre corps.

Le schème spinal implique les mouvements de rapprochement et d'éloignement entre la tête et le coccyx. Il s'effectue dans le plan sagittal. Ce jeu entre cyphoses et lordoses de la colonne vertébrale véhicule différents états d'être, différents vécus affectifs et émotionnels.

Le schème homologue met l'accent sur la synergie existant entre les deux membres supérieurs ou les deux membres inférieurs. Il met en exergue la dissociation entre les ceintures scapulaire et pelvienne et montre la fonction de support de l'une par rapport à l'autre.

Dans le schème homolatéral, la symétrie ne concerne plus le haut ou le bas du corps comme précédemment, mais son côté gauche ou droit agissant de manière associée. Ce type de démarche est appelé l'amble et se voit chez quelques quadrupèdes comme le chameau, l'ours ou la girafe.

---

<sup>38</sup> LESAGE B. (2014), p.62.

<sup>39</sup> <http://www.limsonline.org/bartenieff-fundamentals-bf-practice-class>. Site officiel de l'institut Laban/Bartenieff d'études sur le mouvement, consulté le 31/01/16.

<sup>40</sup> LESAGE B., (2012), p.192.

Le sixième schème, le schème controlatéral, correspond à un fonctionnement croisé entre le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit ou inversement. Il correspond à la marche adoptée par la plupart des mammifères quadrupèdes. Ce mouvement en *diagonale* frappe par son aspect dynamique résultant de la torsion et invite à la tridimensionnalité.

En se basant sur ces observations d'une motricité libérée, Irmgard Bartenieff a émis l'idée que chacun des schèmes existe potentiellement en nous mais tant que nous ne les expérimentons pas dans le mouvement ils ne sont pas exprimés. Elle met l'accent sur l'initiation motrice, l'intention spatiale du mouvement, son cheminement dans le corps et le type d'énergie utilisée.

Redonner des capacités à interagir avec l'environnement requiert une coordination de mouvements et une unicité corpopsychique. Comme l'explique Benoît Lesage dans son introduction à « *Jalons pour une pratique psychocorporelle* », « il ne s'agit pas seulement de recourir à la médiation corporelle pour mobiliser la sphère psychique, il y a une unité psychocorporelle à construire »<sup>41</sup>. Les schèmes de mouvement apparaissent comme une invitation à s'intéresser de plus près au fonctionnement de cette unité psychocorporelle. Le mouvement revêt ici un rôle de catalyseur de nos ressentis, de l'appréciation de notre environnement et se distingue donc d'une pratique sportive qui serait basée sur un score ou une performance.

---

<sup>41</sup> LESAGE B., (2012), p.10.

## **PARTIE II : COORDINATIONS DE MOUVEMENTS, ENTRE THEORIE ET PRATIQUE**

---

Dans la première partie de ce mémoire, je me suis attaché à montrer la double problématique d'enfermement de personnes schizophrènes hospitalisées en UHSA. Pour un grand nombre d'entre elles, les troubles psychomoteurs inhérents à la maladie sont doublés d'une privation de liberté amenant un champ d'expériences sensori-motrices très réduit. Le manque de mouvement apparaît ici comme potentiellement symptomatique. Quel rôle le mouvement revêt-il dans la prise de conscience de soi et la relation à notre environnement ? Comment les schèmes de mouvement peuvent-ils élargir le champ du vécu psychocorporel de personnes enfermées ?

### **I/ LES APPORTS THEORIQUES DU MOUVEMENT COMME SUPPORT D'UNITE CORPOROPSYCHIQUE**

La personne psychotique nous montre une façon singulière d'interagir avec son environnement. La psychomotricienne de l'UHSA travaillant auprès de ces populations vise à accompagner une unité psychocorporelle très souvent menacée. Celle-ci passe par un travail portant sur la somesthésie, également appelée sensibilité du corps. Notons que ce sens, est le premier à se mettre en place dans le développement ontogénétique humain. Il est également le seul dont l'homme ne peut se priver pour survivre. Les informations sensorielles sont fournies par des cellules nerveuses excitables par plusieurs types de stimulus. La somesthésie se compose entre autres de l'extéroception, la sensation des stimuli extérieurs, et de la proprioception c'est-à-dire la sensation propre à soi<sup>42</sup>. Cette dernière se compose de la statesthésie qui renseigne sur la position des membres ou des segments les uns par rapport aux autres lors d'une position statique, et de la kinesthésie qui indique la vitesse et la direction d'un mouvement. En d'autres termes, il est possible de classer un récepteur sensoriel en fonction de la position de son stimulus par rapport à l'organisme. Les informations issues de l'extérieur sont traitées par les extérocepteurs à la surface de la peau. Celles concernant l'intérieur de l'organisme sont traitées par des intérocepteurs. Les

---

<sup>42</sup> J'ometts ici volontairement la viscéroception et la nociception qui ne concernent pas directement mon propos.

informations sur l'état de contraction des muscles ou sur la position des articulations dans l'espace sont régies par les propriocepteurs.

#### A. Les récepteurs proprioceptifs

Voyons à présent quels sont les récepteurs de cette somesthésie proprioceptive. Comment le mouvement induit-il des réactions de leur part ?

Les fuseaux neuromusculaires sont des fibres spécialisées situées dans la partie charnue du muscle strié. Ils sont sensibles à la vitesse et la longueur de l'étirement du muscle. Ceci s'observe notamment lors des réflexes myotatiques comme le réflexe rotulien.

La mise en mouvement corporelle implique également les récepteurs sensoriels situés dans les articulations, les mécanorécepteurs articulaires. Ils peuvent être situés dans les capsules articulaires ainsi que dans les ligaments articulaires.

Enfin, notons le rôle des mécanorécepteurs tendineux, les organes tendineux de Golgi, qui se situent à la jonction entre muscle et tendon. Ils renseignent l'organisme sur les variations de la force contractile du muscle.

Les sensations reçues sont traitées par des centres d'intégration cérébraux et deviennent des perceptions. Claude Bonnet définit la perception par « la capacité qui permet à un organisme de guider ses actions et de connaître son environnement sur la base des informations fournies par ses sens ». Elle constitue donc une fonction cognitive. Elle a pour but l'interprétation et la structuration d'informations transmises par le système nerveux sensitif pour atteindre une connaissance plus détaillée sur soi et le milieu environnant. Cette connaissance issue de la perception permet, entre autres, les gnosies.

La proprioception nous renseigne au quotidien sur les moindres variations de notre corps. Elle demeure la plupart du temps inconsciente mais il est possible d'y porter une attention plus active. Selon Pauline Neveu, le « modelage des informations sensorielles [...] est, pour une part, lié à la construction de notre système nerveux », puis elle ajoute que « l'expérience propre à chaque individu »<sup>43</sup> va également l'influencer.

Dès lors, la psychomotricité a un rôle pour permettre à la personne souffrant de schizophrénie et présentant des troubles de l'unité psychocorporelle. Elle recrée du lien. « Faire sentir à l'autre ses tensions, ses points forts, ses capacités psychomotrices ainsi que

---

<sup>43</sup> NEVEU P., (2014), *in* Jaquet C., Neveu P., Pireyre E. W., De Sainte Mareville F., Scialom P.

ses émotions représente un outil thérapeutique certain »<sup>44</sup>. Ceci passe par un travail sur la capacité volitionnelle du patient. Cette distinction entre passivité et volonté se reflète au niveau moteur dans les notions de mouvement et de geste.

## B. Mouvement ou geste ?

Mme Servant invite à considérer « ce terme de mouvement [comme pouvant] être décliné en ceux de ‘gestes ou gestuelle’, évoquant les dimensions d’intentionnalité et d’expressivité ou encore en ‘acte ou action’, sous-tendant une finalité ou un but »<sup>45</sup>.

« Dans sa configuration la plus simple, on trouve le mouvement réflexe et dans sa configuration la plus complexe, la plus aboutie, le geste, empreint de désir, d’émotion, de désir »<sup>46</sup>. Le geste se distingue donc par une idée d’intention en comparaison au mouvement, généralement moins conscient, effectué sans volonté apparente. L’intention équivaut à l’action de la volonté par laquelle on fixe le but d’une activité ou encore la motivation qui conduit à intervenir. Elle a des répercussions sur la qualité du geste ainsi que sur la perception que s’en fait l’auteur du geste. Au cœur des problématiques vues lors de mon stage, l’appropriation, ou la réappropriation, de son corps par la personne psychotique m’est apparue comme centrale. Certains patients schizophrènes ont l’impression que la source de l’action, à savoir une intention ou une commande motrice, vient d’ailleurs ou appartient à quelqu’un d’autre.

Qu’il soit la résultante d’un but ou non, un mouvement, au sens élargi du terme, peut revêtir le même aspect. Il est intéressant de proposer des mouvements sans consigne précise puis de demander de refaire le même geste en intégrant l’idée d’intention. La consigne d’effectuer un arc de cercle avec le bras est parfois différemment réalisée si le participant se voit ensuite demander de penser au lancer d’une balle vers l’avant ou encore de mimer un chat lançant un coup de griffe. Le geste revêt alors un caractère expressif.

Ce qui importait dans le cadre de ce stage, selon moi, concernait la prise de conscience du travail corporel pour améliorer le sentiment d’unicité psychocorporelle. L’expressivité n’a pas été travaillée de prime abord, elle s’est invitée d’elle-même dans de nombreux exercices. J’ai surtout axé mes propositions sur une écoute des ressentis et sur une progressive amenée vers des représentations. Ceci peut se faire en imaginant l’action avant de l’effectuer, en reprenant des exercices vus en activités dans le temps de relaxation ou bien

---

<sup>44</sup> PIREYRE E. W., (2014), in Jaquet C., Neveu P., Pireyre E. W., De Sainte Mareville F., Scialom P., p.26.

<sup>45</sup> Polycopié enseignement de 2<sup>ème</sup> année de psychomotricité, Anatomie fonctionnelle, 2013, non édité.

<sup>46</sup> PIREYRE E. W., (2014), p.73.

encore en donnant des noms aux mouvements effectués lors de la séance. Les représentations et les capacités expressives de chacun s'enrichissent mutuellement. L'expression sert également de support à l'interaction avec autrui.

Comment le mouvement est-il un aussi grand pourvoyeur d'unité psychocorporelle ? Éric Pireyre cite Nasio « [...] nous sommes ce que nous sentons et voyons de notre corps. Notre moi est l'idée intime que nous nous formons de notre corps, c'est-à-dire la représentation mentale de nos ressentis corporels »<sup>47</sup>. Le mouvement, aussi infime soit-il, nous permet d'interagir avec notre environnement et plus précisément avec autrui au sein d'un espace et d'un temps donnés.

La commande nerveuse permettant la motricité, sous forme de mouvement ou de geste, s'effectue depuis les aires motrices et prémotrices du cortex cérébral. Dans le même temps, la motricité effectue la synthèse des afférences sensibles issues du milieu. Les deux s'enrichissent réciproquement. Dans son livre « *Le sens du mouvement* », Alain Berthoz explique que ce sens, également appelé kinesthésie, « résulte de la coopération de plusieurs capteurs et exige que le cerveau reconstruise le mouvement du corps et de l'environnement de façon *cohérente* »<sup>48</sup>. Le cerveau est activé avant même l'initiation du plus simple des mouvements. Il anticipe et utilise l'expérience vécue pour projeter l'action à venir. En d'autres termes, « la perception transforme nos mouvements en gestes. La sensation est au mouvement ce qu'est la perception pour le geste. De la même façon qu'il n'y a pas de sensation, il n'y a pas de mouvement. D'où l'importance de considérer le tonus comme vecteur des émotions et canal d'expression »<sup>49</sup>.

### C. Suzanne Robert-Ouvray et la fonction tonique

Suzanne Robert-Ouvray, kinésithérapeute, docteur en psychologie et psychomotricienne, va plus loin encore en expliquant que « la proprioceptivité ou sens moteur, est la sensibilité innée de notre unité psychocorporelle. C'est la sève du tronc commun psychocorporel » et elle s'avère « fondamentale et indispensable »<sup>50</sup>. En s'appuyant sur le développement du nourrisson, Robert-Ouvray a développé une des principales théories psychomotrices appelée théorie de l'étayage psychomoteur. Ce processus entretient l'interdépendance du corps et de l'esprit tout au long de la vie. Cette

---

<sup>47</sup> PIREYRE E. W., (2015), p.17.

<sup>48</sup> BERTHOZ A. (1997), p.11.

<sup>49</sup> PIREYRE (2014), in Jaquet C., Neveu P., Pireyre E. W., De Sainte Mareville F., Scialom P., p.81.

<sup>50</sup> ROBERT-OUVRAY S. B., (1996), p.25.

théorie distingue quatre niveaux de fonctionnement qui s'alimentent et apportent à l'être humain un équilibre psychomoteur harmonieux. Il s'agit des niveaux tonique, sensoriel – avec les sensations dures des tensions ou molles de la détente – affectif, évoquant la polarité satisfaction/insatisfaction et enfin le niveau représentatif concernant les images de ce que vit le nourrisson. Ces quatre niveaux vont s'étoffer mutuellement et lui permettre de progressivement s'unifier.

Il s'avère intéressant de travailler sur la polarisation au sein de chacun des niveaux psychomoteurs mais aussi entre les niveaux eux-mêmes. Toujours selon la théorie de l'étayage psychomoteur, le tonus revêt un rôle fondamental, « la tension corporelle provoque une sensation qui se colore d'un affect et le tout est enveloppé dans une représentation »<sup>51</sup>. Cette tonicité constitue le premier *palier* de cet équilibre psychomoteur.

Comment s'effectue la progressive appropriation psychocorporelle par l'harmonisation tonique ? Comment le tonus et le mouvement s'influencent-ils ?

## **1. Mouvement et tonus**

Le tonus constitue l'état de contraction du système musculaire. Le tonus a un rôle de support mais également de coordination motrice. Il répond à un besoin d'équilibre que ce soit en résistance à la pesanteur, fonction antigravitaire, mais aussi lors du mouvement pendant lequel il fonctionne comme soutien de la contraction phasique. La contraction musculaire peut donc être isotonique, la longueur entre les points d'insertion du muscle se modifie sans changement de la tension musculaire. Elle peut également être isométrique, la tension augmente sans que la longueur du muscle soit modifiée. Le tonus a par ailleurs un rôle important en ce qui concerne la communication non-verbale et l'expressivité. Il revêt une grande importance dans « le soutien de l'éveil, de la vigilance, de la motivation et de l'intention »<sup>52</sup>.

---

<sup>51</sup> ROBERT-OUVRAY S. B., (1996), p.150.

<sup>52</sup><http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/anatfonctPSM2/poly/POLY.Chp.3.html>. Site officiel de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie à Paris, consulté le 05/02/16.

Il est fréquent de distinguer trois niveaux toniques :

- Le tonus basal caractérise la tension des muscles au repos, il est permanent et involontaire. Il est parfois décrit comme le lieu d'inscription de l'affectivité.
- Le tonus postural concerne le maintien d'une attitude et de la station debout. Il est dû en particulier à l'équilibre entre les forces des muscles du plan postérieur et celles de la pesanteur.
- Le tonus d'action évoque quant à lui les degrés de tension d'un muscle participant à l'action. On parle alors de mouvement phasique.

Ces distinctions dépendent de l'intensité mais aussi du rôle du tonus. Robert-Ouvray explique qu'à partir du sixième mois, grâce à la maturation de son système nerveux et grâce aux états intégrés de ses parents qui peuvent donner du sens, le petit d'homme va pouvoir accéder à une « ambivalence tonique ». Il expérimente ces différents états toniques, l'hypertonie d'appel et l'hypotonie de satisfaction, avant de progressivement les « intégrer » et développer des états tonico-émotionnels intermédiaires. « Plus les coordinations entre les couples d'opposés auront été nombreuses, plus les coordinations des schèmes se seront faites librement, plus l'enfant sera 'riche' de combinaisons sensorielles qui préparent les représentations de soi et des autres [...] »<sup>53</sup>.

Ceci implique de vivre des échanges constructifs au sein du noyau familial et social. Si le langage oral est à cet âge très peu développé, les interactions de l'enfant avec son entourage constituent le gage d'un développement harmonieux. La communication prouve sa nécessité et requiert des échanges adéquats dont le tonus est un vecteur essentiel.

## **2. Les capacités communicationnelles du corps**

Elles font partie des neuf composantes de la théorie sur l'image composite du corps d'Éric Pireyre. Elles s'appuient sur la transmission d'émotions qui ne sollicitent pas le langage verbal. Expérimenter différentes émotions et avoir la possibilité de leur donner sens va amener l'enfant à concevoir sa personne et ce qui l'entoure. « La motricité et le langage ne sont pas les uniques participants à la création du psychisme de l'enfant, mais nous pouvons les retenir comme des systèmes et des moyens de communication fondamentaux

---

<sup>53</sup> ROBERT-OUVRAY S. B., (1993), p.94.

basés sur des modulations vibratoires »<sup>54</sup>. « La vie affective [...] répond toujours à une activité de connaissance liée à une interprétation par l'individu de la situation où il est plongé. Elle est une pensée en mouvement [...] »<sup>55</sup>.

Cette communication non-verbale a été étudiée par Henri Wallon puis reprise par Julian de Ajuriaguerra sous le nom de « dialogue tonico-émotionnel ». C'est en intégrant les variations de tonus en lien avec ses ressentis physiologiques et psychologiques que l'enfant se construit et établit un mode de relation avec son entourage. Progressivement cet échange va s'affiner et marquer une base solide dans le développement de chacun. Ceci passe par les modes de portage, par le sens tactile mais également par les autres enveloppes sensorielles c'est-à-dire les sources sonores, visuelles, olfactives et une fois encore proprioceptives. La motricité a besoin d'échos et de réponses pour constituer une base communicante adaptée.

« La résonance émotionnelle, l'écho renvoyé par autrui, s'avèrent indispensables pour que l'activité prenne un sens [...] et qu'à travers elle, l'enfant découvre une autre façon d'être, plus détendue et plus consciente »<sup>56</sup>. Dans le cas de la schizophrénie, ce dialogue tonique peut être une voie d'entrée pour travailler avec des personnes dont les capacités langagières manquent de solidité. Il arrive par ailleurs fréquemment qu'une régulation tonique efficace et harmonieuse fasse défaut à ces patients.

### **3. Vers une motricité de communication et symbolisation**

Il est admis qu'au cours des premiers mois de la vie, le nourrisson fonctionne sur un mode archaïque, sa motricité est régie par des réflexes primaires. Je cite à titre indicatif le réflexe de succion, le réflexe d'agrippement, le réflexe de marche automatique et le réflexe tonique asymétrique du cou. Ce fonctionnement cérébral sous-corticospinal va progressivement laisser place à une motricité volontaire. Ces réflexes primaires disparaissent autour du troisième mois et doivent, selon certains théoriciens, motiver des examens neurologiques s'ils persistent après huit mois.

Les réflexes peuvent être considérés comme des coordinations de mouvement présentes dès le commencement de la vie humaine. Ils se produisent indépendamment de la réflexion. « Les réponses réflexes à des stimulus extérieurs sont les exhibitions motrices d'une précoordination des schèmes de base qui ne demandent que la maturation

---

<sup>54</sup> ROBERT-OUVRAY S. B., (1996), p.25.

<sup>55</sup> MARZANO M., (2007), p.334.

<sup>56</sup> BUCHER H. (2004), p.167.

neurologique pour s'exercer volontairement »<sup>57</sup>. Le mouvement sera ainsi plus efficace et moins coûteux en énergie. Le mouvement volontaire diffère du réflexe par son contrôle neuronal avec des modules parallèles et distincts, ainsi que par sa rythmicité. Pour qu'il soit volontaire le mouvement doit correspondre à un moment choisi. Nous retrouvons ici la question d'intention évoquée pour déterminer la responsabilité d'une personne. Dans le cas d'un passage à l'acte résultant d'une impossibilité d'élaborer, la volonté personnelle devient discutable. Robert-Ouvray me paraît une fois de plus apporter un éclairage utile lorsqu'elle écrit : « le mouvement est inscrit dans la mémoire corporelle de l'enfant, mais il lui reste à l'intégrer comme une activité volontaire »<sup>58</sup>. Il s'agit de la deuxième partie de l'étayage psychomoteur.

L'appropriation graduelle de sa motricité permettra à l'enfant d'accéder à une meilleure compréhension de ce qui l'entoure. Cet accès à la compréhension et à la symbolisation peut s'appuyer sur la coordination motrice en « schème de base » qui « est la plus petite unité motrice de notre organisation motrice »<sup>59</sup> explique Robert-Ouvray.

#### **4. Description des schèmes moteurs de base**

Suzanne Robert-Ouvray distingue cinq « grandes unités dynamiques » ou schèmes moteurs de base. Ils concernent les deux membres supérieurs, les deux membres inférieurs et le tronc. Chacun d'eux est constitué de trois éléments dont l'intermédiaire est une articulation approchant ou éloignant un segment de son centre. Dans le cas du membre supérieur, l'épaule fait une rotation interne qui entraîne une flexion du coude, qui entraîne à son tour une rotation externe de la main. Pour chacun des schèmes, le résultat est une succession d'enroulements-déroulements : main sur épaule, pied sur hanche ou encore tête vers le bassin. Le mouvement linéaire n'existe qu'en apparence. Les schèmes assurent la synergie entre différentes actions. Ces mouvements forment la trame de fond des capacités instrumentales telles que porter un aliment à sa bouche ou la locomotion bipodale, mais ils vont par ailleurs enrichir les connaissances de l'être humain sur sa corporéité.

« Grâce à la structure et à la dynamique des schèmes de base, l'enfant a une connaissance innée et proprioceptive des trois plans spatiaux et une connaissance sensorielle de l'organisation d'une relation à trois termes : les deux rotations et la flexion, à la fois intermédiaire et résultante de l'opposition des deux autres »<sup>60</sup>. Dans l'article « Aïkido et

---

<sup>57</sup> ROBERT-OUVRAY S. B., (1993), p.156.

<sup>58</sup> *Ibid.*, p.72.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p.34.

<sup>60</sup> *Ibid.*, p.36.

thérapie psychomotrice », Jean Dreuilhe cite Robert-Ouvray : « La base narcissique psychomotrice, nous dit-elle, est constituée de trois critères fondamentaux de la motricité primaire ou mature : l'enroulement, la symétrie et la coordination »<sup>61</sup>. L'enroulement – que nous pouvons rapprocher du schème spinal de Bartenieff – est favorisé par les postures symétriques. Les postures asymétriques offrant quant à elles une prédisposition aux mouvements de torsion et de rotation puis comme nous le verrons avec André Bullinger, à la constitution de l'axe corporel.

Robert-Ouvray explique plus loin : « en retrouvant les sensations propres aux schèmes primitifs et structurants, le sujet a accès à des pré-représentations archaïques ». Il ne s'agit donc pas simplement de se mouvoir mais de fournir des jalons dans la construction identitaire, notamment la valorisation narcissique et l'accès à l'ambivalence. L'enroulement se pose ainsi comme un élément nécessaire pour que l'enfant puisse introjecter c'est-à-dire s'approprier des images perçues. Cette construction est un processus personnel dont l'entourage doit respecter le rythme. « [...] Je retrouve toujours une corrélation négative entre des expériences motrices trop précoces, qui ont forcé le rythme tonique de l'enfant, et la capacité de ces enfants à s'autocentrer sur eux-mêmes et à se faire confiance »<sup>62</sup>.

#### D. André Bullinger et la fonction proprioceptive

Le tout-petit va unifier les différentes modalités sensorielles reçues sous la forme de correspondances inter-sensorielles pour construire son identité et son rapport au monde. Il apparaît alors flagrant que l'être humain ne se construit pas segment par segment mais globalement, ses différentes parties en interaction les unes avec les autres. Voyons à présent comment s'enrichit cette construction identitaire. L'intégration de la fonction tonique trouve un écho dans la notion de fonction proprioceptive d'André Bullinger.

André Bullinger, psychologue et professeur d'université suisse décédé en 2015, a longuement étudié le développement psychomoteur de l'*infans*. L'*infans* ne possède pas encore la parole mais passe par de nombreuses expériences structurantes. Bullinger part du postulat que « l'organisme est un objet matériel du milieu » et que le petit d'homme doit « habiter » cet organisme pour le faire sien. Il réserve le terme *corps* aux représentations relatives à l'organisme.

---

<sup>61</sup> DREUILHE J., LACOMBE J.-P., (2000), pp.102-111.

<sup>62</sup> ROBERT-OUVRAY S. B., (1996), p.42.

## 1. Les trois niveaux de développement

Bullinger dégage trois niveaux de développement qui, dit-il, recouvrent partiellement les stades décrits par Piaget. Le premier niveau correspond aux interactions entre l'organisme et son milieu qui vont générer des « objets de connaissance ». Le second reprend la notion de schèmes sensori-moteurs décrits par Piaget en 1936 (*Cf. Supra.* p.33), auquel Bullinger préfère le terme de coordinations sensorimotrices. Il affirme que le geste, dans ses composantes tonique, dynamique et temporelle constitue alors l'objet de connaissance. Puis vient le troisième niveau dans lequel les représentations ayant trait à l'organisme sont stables et ne nécessitent plus l'action de façon continue. Ce dernier niveau concerne l'effet spatial du geste, la trace. Ces derniers deviennent ainsi objet de connaissances. Les coordinations sensorimotrices vont rendre l'enfant à la fois acteur et sujet de son développement même si elles ne sont pas encore « évocables ». Cet élargissement du champ de connaissance se base également sur l'interaction avec le milieu et ses stimuli.

## 2. Les flux sensoriels : le traitement multimodal pour un « Soi perceptif »

Les flux sensoriels sont définis comme « des signaux continus et orientés, susceptibles d'être détectés par un système sensoriel »<sup>63</sup>. Ils informent l'organisme des modifications ayant cours au sein de son environnement.

Tous les sens sont basés sur le mouvement. Hormis l'ouïe, l'habituation s'effectue lorsqu'un stimulus sensoriel est répété. L'habituation implique la présentation d'un *stimulus inconditionnel*, c'est-à-dire un stimulus qui déclenche une réponse automatique. Qu'il soit auditif, olfactif, vestibulaire ou visuel, le changement soudain d'un flux crée une réaction d'alerte dès lors qu'il est perçu.

Selon Bullinger, la fonction proprioceptive, qui inclue la proprioception et les flux sensoriels, permet d'accéder à des capacités représentatives. La proprioception, nous l'avons vu plus haut, renseigne l'organisme sur les positions du corps propre. La constitution de la fonction proprioceptive s'effectue donc lorsque les informations en provenance de la proprioception et les modifications de signaux sensoriels se croisent et se coordonnent.

La proprioception est permanente au sein de notre organisme mais elle peut subir une diminution de sensibilité comme c'est le cas dans de nombreux troubles schizophréniques. « Les flux perçus permettent des habituations à des configurations sensori-motrices

---

<sup>63</sup> BULLINGER A., (2015a), p.77.

répétées »<sup>64</sup>. A chaque stimulation sensorielle, l'organisme va réagir en suivant une série de comportements : alerte, orientation, évaluation de la distance pouvant aboutir à une finalité instrumentale. Bullinger explique que ces étapes supposent un recrutement tonique et des capacités de coordination appropriés.

### 3. Les coordinations des espaces corporels et la constitution d'une identité

La composante tonico-posturale est pour Bullinger constamment sollicitée, y compris pour les tâches qui paraissent plus complexes. Le développement ne peut se passer de cette fonction archaïque. La réussite d'un geste véritablement fin et complexe dépend obligatoirement de l'ajustement tonico-postural qui le soutient. Le tonus revêt une fois de plus une importance cruciale en formant un soubassement cohérent à la motricité. Bullinger énumère les différents moyens de régulation tonique qu'il dit différer « par le moment dans le développement où ils sont accessibles et par la forme de la régulation qu'ils offrent ».

- ❖ Les états de vigilance. « Ces variations brutales de l'état tonique et leurs conséquences sensorielles représentent probablement un des premiers matériaux pour l'activité psychique »<sup>65</sup>.
- ❖ Le contrôle des flux sensoriels. Il s'agit de mettre en corrélation les sensations provenant des récepteurs extéroceptifs avec ceux de la sensibilité profonde. Bullinger insiste sur le caractère non-permanent de ces structures qui nécessitent l'action pour perdurer.
- ❖ Le milieu humain. Bullinger parle de « dialogue polysensoriel » alimentant la modulation tonique. Il évoque l'image de « faces externe et interne d'une frontière » nécessaire pour se constituer en tant que sujet. La face interne correspondant au ressenti tonique personnel et la face externe relevant des modulations du « milieu humain ». Nous pouvons ici dresser un parallèle avec le « handling » winnicottien ou encore le dialogue tonico-émotionnel de Ajuriaguerra.
- ❖ La possibilité représentative. Elle est au départ soutenue par les « habitudes » de la fonction proprioceptive. Ces protoreprésentations deviennent indépendantes de l'action à mesure que la personne est capable de prendre en compte « non seulement le geste, mais aussi l'effet spatial du geste »<sup>66</sup>.

---

<sup>64</sup> *Ibid.*, p. 162.

<sup>65</sup> *Ibid.*, p.77.

<sup>66</sup> *Ibid.*, p.143.

Cette « composante tonique » dont parle Bullinger prouve son importance dans la nécessité des ajustements posturaux et instrumentaux mais aussi comme support d'expression lors du dialogue tonico-émotionnel. Le tonus sous-tend de nombreuses capacités chez l'humain, il est intéressant ici de voir comment son organisation se structure. Les variations toniques modèlent l'individu dans la constitution de sa subjectivité. Elles s'effectuent néanmoins à partir de postures qui ont des « formes biologiquement déterminées ». Voyons à présent la constitution de quatre fonctions détaillées par Bullinger et les coordinations sensori-toniques nécessaires à leur épanouissement.

Création de la verticale. La gravité terrestre, cette force d'attraction universelle, s'applique à toutes les créatures du monde vivant. Suite à la perte de l'enveloppe utérine inhérente à la naissance, le nourrisson doit composer avec la pesanteur dans une coordination de regroupements et de réactions d'appui. Il coordonne pour cela sa proprioception et son sens vestibulaire.

Création d'une contenance. Elle se caractérise par une élaboration instrumentale de la bouche. Après la naissance, le petit d'homme passe à une alimentation fractionnée dans laquelle la coordination « Capture-Exploration » est essentielle. L'alternance entre hypertonie d'appel créée par la faim et l'hypotonie de satisfaction de son besoin crée une première temporalité. Elle a également pour conséquence la découverte d'une enveloppe qui se remplit que l'on peut rapprocher avec l'idée de contenance.

Création d'un arrière-fond. Elle va nécessiter une coordination « Capture-Arrière-Avant », elle-même à mettre en lien avec un équilibre entre flexion et extension du buste. Cette coordination peut être rapprochée du schème spinal dans la classification de Bartenieff, également appelé schème d'enroulement. Ce schème va notamment libérer les tensions situées dans la zone postérieure (lordoses cervicales et lombaires) faire « exister un espace entre l'avant et l'arrière, créant l'épaisseur du buste »<sup>67</sup>.

Constitution de l'axe corporel. L'accès au redressement va permettre les mouvements de rotation du buste et de la tête. Cette étape est « cruciale » souligne Bullinger car elle est indispensable à la coopération bimanuelle. « [...] Il [l'enfant] peut passer un objet d'une main à l'autre sans déstabilisation au plan médian. *A contrario*, tant que l'axialité n'est pas construite, les deux héli-espaces droit et gauche restent isolés et le sujet n'a pas de « point de vue »<sup>68</sup> qui les rassemble et les coordonne, il reste éclaté entre des zones disjointes.

---

<sup>67</sup> BULLINGER A., (2015b), p. 76.

<sup>68</sup> <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/danseth/POLY.Chp.1.4.html>, consulté le 24/02/16.

Conséquemment, la coordination des postures asymétriques gauche et droite permet de constituer un « axe corporel », premier point d'appui à la fois physique et représentatif. L'axe corporel est considéré comme un support de l'individuation. Benoît Lesage explique que « l'axe c'est ce par rapport à quoi le mouvement s'organise, c'est un point de vue central en quelque sorte. [...]. S'il faut souvent passer par un ressourcement qui va impliquer le bassin et le rapport au sol, il faut ensuite construire l'axe, lié à la vigilance, à la présence. »<sup>69</sup>

Pour Benoit Lesage toujours, ce qui « relie et différencie les différents plans de l'espace » se nomme l'axialité (distinct de l'axe). Il précise « [qu'] elle rend le corps disponible à l'espace et réciproquement ». Cette axialité rend possible une unité corporopsychique tout en permettant l'interaction avec notre milieu car elle permet un espace de préhension élargi au niveau du torse et des mains.

Création du corps véhicule. La coordination des hémicorps haut et bas revêt un enjeu fondamental dans le développement de l'enfant. Elle conduit aux capacités de locomotion grâce à la maîtrise du bassin et des membres inférieurs, élargissant l'espace de préhension. Cette coordination résulte des capacités de redressement et des rotations. Le schème spinal voit ici sa progression se faire par les schèmes homolatéral et controlatéral. L'aisance du corps devient générale. L'enfant investit le bas de son corps et peut commencer à s'affirmer. Bullinger relève la simultanéité entre la *maîtrise des sphincters*, muscles contrôlant un orifice ou un conduit et la capacité du bébé à diriger ses émotions résultant d'un manque ou d'une frustration. A mesure qu'il maîtrise son organisme, l'enfant semble à même de cibler davantage la source de ses émotions.

« Ces coordinations en action, des schèmes sensori-moteurs au sens de Piaget permettent alors de guider l'action lorsqu'elle se réalise – l'action elle-même constitue le support des activités représentatives »<sup>70</sup>. Ces coordinations organisent les actions et apportent la possibilité de mettre du sens sur ce que vit la personne. Ces « protoreprésentations » sont « fragmentaires » dit Bullinger car « elles ne relèvent que des dimensions sollicitées par les coordinations »<sup>71</sup>. Le terme de protoreprésentation est employé pour marquer leur dépendance à l'action. Si l'action s'arrête, la netteté de la représentation s'estompe, voire disparaît.

---

<sup>69</sup> *Ibid.*

<sup>70</sup> BULLINGER A., (2015a), p.65.

<sup>71</sup> *Ibid.*, p.164.

E. Comment ces théories basées sur l'observation développementale du nourrisson peuvent-elles s'appliquer à la personne adulte souffrant de schizophrénie ?

Les patients avec qui j'ai eu l'occasion de travailler avaient dans l'ensemble effectué une première décompensation au sortir de l'adolescence. On peut présumer que leur développement psychomoteur avait atteint un niveau représentatif jusqu'alors efficient. Cependant la maladie semble avoir détérioré l'adéquation entre leurs différents niveaux d'organisation. Les fondations de cette organisation n'assurent plus leur rôle de base solide. Dès lors travailler sur les variations tonico-émotionnelles et sur les différentes coordinations trouve tout son sens. Il ne s'agit en aucun cas de reprendre un développement à un hypothétique stade auquel se serait arrêté la personne mais de lui proposer des expérimentations psychocorporelles structurantes.

En variant les influx des récepteurs sensoriels, notamment par des positions et des vitesses d'exécution différentes, le participant sollicite et renforce sa fonction proprioceptive. Non seulement les flux sensoriels sont plus nombreux mais ils enrichissent le participant en lui offrant une meilleure écoute de son corps et une interaction avec les autres plus grande. Le thérapeute doit accompagner et enrichir cette découverte, il donne du sens et aide le patient à faire le lien entre ces différents stimuli.

La littérature nous montre une volonté de comprendre le mode d'interaction de l'homme avec son milieu. Le terme « schème » a ainsi de nombreuses fois permis de dégager des patterns permettant la mise en lumière des coordinations sensorielles, toniques, motrices, affectives ou cognitives. Cette interaction progressive suit un développement qui, notamment dans la schizophrénie, peut être défaillant. Ces coordinations avec soi ou l'extérieur ne sont plus opérantes, ou du moins optimales. Qu'il s'agisse des schèmes moteurs de base décrits par Suzanne Robert-Ouvray, des coordinations sensorimotrices décrites par André Bullinger ou des six schèmes fondamentaux d'Irmgard Bartenieff, je remarque qu'ils respectent le développement psychomoteur de l'être humain en général. Ils cherchent à comprendre leurs fonctions de soutien et de coordination psychocorporels.

Les schèmes paraissent donc un moyen approprié de faire du lien chez des personnes dont la problématique lèse les capacités d'unité corporopsychique.

## **II/ LE GROUPE « MOUVEMENTS ET DETENTE » ET LES SCHEMES DE MOUVEMENT**

Les raisons participant de la création de ce groupe sont diverses. De par une courte expérience en unité psychiatrique pour adultes et mes échanges avec ma maître de stage, j'ai rapidement cherché à proposer des séances mêlant dynamisme et conscience corporelle. Nous souhaitons offrir une réponse en adéquation avec des problématiques très fréquentes au sein de l'UHSA : perte d'élan vital, désinvestissement corporel ou encore dissociation motrice avec des difficultés de coordinations globales et de régulation tonique.

Je voulais m'appuyer sur une médiation leur permettant de recouvrer une part d'aisance corporelle, de réappropriation de leurs capacités kinesthésiques et motrices. Ceci dans une optique d'apaisement interne, de sécurité affective, d'amélioration relationnelle et bien sûr de structuration psychocorporelle de base. Le tout dans une approche ludique, favorisant l'alliance thérapeutique et l'appropriation des propositions.

Le groupe « Mouvements et détente » débute ainsi fin septembre 2015 avec une fréquence hebdomadaire. Nous avons préféré le proposer dans la matinée car les patients sont habituellement plus enclins à des activités corporelles le matin. La séance dure environ une heure et quart. Elle se situe dans une plage horaire restreinte, entre le petit-déjeuner qui se termine vers 10h30 et le déjeuner de midi. Ce groupe accueille entre trois et six patients des unités 2 et 3, sur indication au regard d'une problématique psychocorporelle spécifique. Les médiations utilisées sont le sport et la relaxation.

Les objectifs thérapeutiques sont :

- La mise en mouvement psychocorporelle sur un versant dynamique
- La conscience et la structuration corporelles
- Le respect des limites
- L'appropriation de techniques de soulagement des angoisses

Chaque patient participe à un minimum de cinq séances à l'issue desquelles nous réfléchissons, ma maître de stage et moi, à la pertinence de proposer cinq séances supplémentaires. Entre chacune de ces sessions de cinq séances, un bilan a lieu avec la personne pour savoir comment elle peut juger de sa progression dans le groupe et quels axes de travail elle pourrait accentuer. Dans le cas où nous estimons utile de mettre fin au groupe, un bilan de fin de prise en charge a également lieu pour faire le point avec la personne et lui

expliquer les raisons de cette décision. Je précise ici que cette décision a rarement eu lieu, les personnes étant tantôt transférées en détention, tantôt libérables. De plus, nous pouvions voir la personne en séance individuelle, ou groupale, en parallèle.

J'ai rapidement été confronté à différentes difficultés. Comment mettre en place des séances à la fois ludiques et structurantes ? Comment exploiter les capacités, relativement hétérogènes, de chacun sans délaisser l'autre ?

#### A. Déroulement d'une séance-type de « Mouvements et détente »

- Le rituel

Une séance débute systématiquement par le rituel. Il s'agit d'un mouvement dans lequel la personne élève ses bras en direction du plafond et les redescend le long du corps jusqu'aux pieds, en s'enroulant sur son axe. Ce mouvement global invite la personne à se recentrer sur soi et accentue sa présence psychocorporelle dans la séance. Le rituel a en effet pour but de marquer le début de la séance de façon rassurante. Il vise à offrir un repère spatio-temporel à tout le groupe et à marquer la distinction entre l'extérieur et la séance. Ce mouvement est pratiqué en Qi Gong sous la dénomination « faire tomber la pluie ». Le Qi Gong (Cf. les références de l'ouvrage d'Yves Requena en bibliographie) peut être présenté comme une forme de gymnastique énergétique faisant partie des piliers de la Médecine Traditionnelle Chinoise. En fonction des personnes présentes et de leur niveau de stabilisation, il m'arrive d'expliquer le nom de ce mouvement. Cela peut permettre de joindre une image à un mouvement et favoriser les capacités représentationnelles. Nous effectuons ce mouvement trois fois, il m'est très vite apparu qu'il consistait en une extension axiale suivie d'une flexion axiale complète, très similaire au schème d'enroulement spinal décrit par Bartenieff. Ce mouvement est depuis repris par certains patients dans leur chambre ou dans d'autres groupes thérapeutiques ce qui semble indiquer un bon investissement de leur part.

- L'échauffement

La séance est suivie d'un échauffement articulaire complet. Il a pour but de mobiliser la personne dans son ensemble, affiner son schéma corporel en nommant les parties à mobiliser et de préparer à la suite de la séance qui est plus dynamique. Nous effectuons un échauffement global en suivant un déroulé cohérent : nous commençons par nos appuis au

sol, la voûte plantaire, puis mobilisons les articulations principales du membre inférieur (chevilles, genoux, hanches), nous travaillons sur la colonne vertébrale puis échauffons épaules, coudes et poignets avant de terminer par les cervicales. L'échauffement est répété dans un ordre précis afin de faciliter son intégration par les patients. Au fur et à mesure des séances, je leur demande d'être actifs dans le déroulé de l'échauffement en nommant et en montrant les mouvements à effectuer.

Les échauffements, comme leur nom l'indique, apportent une modification des sensations thermiques. La mobilisation articulaire sollicite en effet une action des muscles. Cette thermogenèse musculaire provient d'un recrutement métabolique et de mécanismes physiques tels que le frottement des fibres ou des filaments les uns contre les autres lors de l'alternance de contraction puis de relâchement.

- La partie dynamique

Afin de travailler de façon globale, je propose des exercices alliant mouvements et déplacements dans l'espace en variant les directions et les niveaux spatiaux (au sol, debout...). Je détaille davantage cette partie de séance dans la suite du mémoire.

- La partie relaxation

D'une durée relativement courte, environ 15 minutes, elle consiste principalement en un retour au calme, un retour à soi, afin de favoriser la prise de conscience corporelle. L'idée est d'effectuer des mouvements mais cette fois avec un rythme plus lent et une plus grande écoute de soi. Des mouvements effectués en partie dynamique peuvent aussi être repris.

Je me suis inspiré des méthodes de relaxation à point de départ physiologique comme la méthode Jacobson. J'ai ensuite basé ce temps sur des exercices de conscience corporelle de type Feldenkrais car cette méthode m'a paru être davantage accessible aux patients.

- Le temps de verbalisation

Ce temps invite les patients à mettre des mots sur ce qu'ils ont pu ressentir au cours de la séance. Comment l'ont-ils vécue ? Peuvent-ils élaborer sur leur participation, leur état du moment ? Ce temps permet également aux patients d'échanger entre eux, voire de s'encourager.

## B. Extraits de séances

Les premières séances demandent un gros de travail de préparation de ma part car j'ignore comment enchaîner de manière logique le cours d'une séance mais aussi les séances entre elles. Reprendre des exercices vus aux séances précédentes apporte de la continuité mais je crains que les patients s'ennuient en proposant les mêmes exercices chaque semaine.

Je ne sais pas alors comment proposer des variantes qui soient à la fois personnalisées et qui laissent la possibilité au participant de se les approprier. Il me faut trouver des propositions adaptées, qui puissent être modulables en fonction des capacités de chacun tout en permettant une marge de progression.

Etant désireux de ne pas privilégier une partie du corps au détriment d'une autre, je me sers tout d'abord de mouvements concernant le haut du corps, puis d'exercices concernant les jambes comme les fentes ou les sauts à pieds joints.

Je remarque vite que mes propositions ne suivent pas une progression fluide, que le niveau de difficulté demandé est bien souvent trop élevé – et ce malgré les demandes préalables des patients – et enfin que ces propositions privilégient très peu une coordination globale du corps mais consistent plutôt en un inventaire d'exercices musculaires poly-articulaires.

La coordination motrice globale est pourtant au cœur des problématiques auxquelles les patients doivent faire face. Je m'en aperçois au cours de la troisième séance de « Mouvements et détente », avec une personne que je nommerai Daouda.

### **1. Les schèmes, outils d'observation**

*Vignette clinique : Daouda<sup>72</sup>*

Daouda est un jeune homme de 22 ans, il souffre de schizophrénie dysthymique et a été indiqué en psychomotricité pour une évaluation des « problématiques psychocorporelles ». Quand je le rencontre il a été hospitalisé deux mois à l'UHSA pendant l'été puis est revenu pour une deuxième hospitalisation. Il est alors à l'UHSA depuis un mois et demi. Il est dans la relation malgré une amimie, une précarité de l'expressivité corporelle et peu de critique vis-à-vis de sa maladie. Il a développé sa musculature principalement aux niveaux thoracique et scapulaire. Ses jambes paraissent à l'inverse frêles et sans grande

---

<sup>72</sup> Pour des raisons de confidentialité, les noms ont été modifiés. Pour la fluidité du récit j'ai également choisi des prénoms, même si je m'adresse aux patients par leur nom de famille.

stabilité, sa démarche est hésitante. Un travail au niveau de la structuration et de l'investissement corporels semble nécessaire.

Ce jeudi-là, Daouda est un peu fermé mais accepte les propositions du groupe « Mouvements et détente ». Lors d'un travail sur l'enroulement et le déroulement, ce patient est en position accroupie, une physio-balle calée contre son dos. Il doit attraper à deux mains un sac lesté de la personne placée en face de lui en s'enroulant, avant de transmettre ce sac à la personne située derrière lui. Il doit pour cela effectuer un mouvement de pression dans le sol de ses appuis plantaires et amener tout son axe spinal en extension, c'est la phase de « déroulement ».

Daouda anticipe la difficulté de cet exercice et prévient qu'il n'y arrivera pas. Il faut ici rappeler qu'il souffre depuis plusieurs semaines d'une douleur à la hanche droite qu'il incombe à l'injection de son traitement. Aucune exploration somatique n'a cependant pu confirmer les causes de cette douleur. Avec un encouragement des autres participants et une réassurance de ma part quant à ses capacités et la sécurité de l'exercice, il se met en position accroupie. Je décèle d'emblée un fort recrutement tonique, certainement dû à l'appréhension. Au moment d'effectuer le mouvement de « déroulement », Daouda est figé, quasi-stuporeux, il garde le sac lesté en main mais ne parvient pas à appuyer sur ses jambes. Cette hypertonie axiale l'empêche de réagir à la mobilité de la physio-balle, aussi se laisse-t-il lentement tomber sur les ischions. Il semble avoir cessé toute intention de mouvement et nous l'accompagnons vers une position en décubitus dorsal afin de lui permettre de se reposer.

Peu de temps après, Daouda souhaite se remettre debout et j'observe qu'il tente de se relever en passant directement de la position assise à la position debout, sans même s'aider de ses mains. Il ne passe pas non plus par des mouvements de torsion ou une position intermédiaire comme basculer sur le côté pour poser un genou au sol. Je remarque ainsi une nette dissociation entre les hémicorps haut et bas. L'hémicorps haut étant clairement privilégié et celui du bas semblant comme étranger à la personne, que ce soit dans ses sensations, sa motricité mais également dans l'investissement narcissique de ces lieux corporels.

Enfin, il est intéressant de noter que la source des préoccupations de Daouda se situe au niveau de l'articulation coxo-fémorale c'est-à-dire l'articulation effectuant la jonction entre ces deux hémicorps. Cette liaison entre les hémicorps se trouve défailante. Elle ne peut remplir son rôle de *centre* que ce soit au niveau de la coordination mais semble-t-il également comme base narcissique sécuritaire dont parle Suzanne Robert-Ouvray. Je n'ai malheureusement pas l'occasion de travailler plus avant ces questions avec Daouda car il quitte l'UHSA peu de temps après suite à une levée d'écrou. Il retourne auprès de sa famille.

Ces différentes constatations m'ont incité à utiliser les schèmes de mouvements comme outils d'observation mais également comme trame de médiation. Nous les avons abordés très succinctement en cours mais ils sont également visibles dans de nombreuses médiations corporelles et j'étais désireux de voir comment la mise en application de concepts comme ceux développés par Irmgard Bartenieff pouvait enrichir mes propositions. Comment l'utilisation des schèmes posturo-moteurs de Bartenieff permet-elle de proposer des mouvements adaptés aux problématiques psychocorporelles de chaque patient ? Quel apport ai-je pu observer des schèmes au cours de séances groupales ? J'ai choisi d'organiser ma réponse au travers de trois niveaux distincts et en même temps interdépendants : la prise de conscience du corps, la régulation tonique et les capacités relationnelles.

## **2. Les schèmes, support thérapeutique**

### **a. La prise de conscience du corps**

La prise de conscience du corps constitue un des objectifs majeurs de la thérapie psychomotrice à l'UHSA. Elle consiste en une découverte par le vécu de nos organisations corporelles. Elle s'impose comme une condition nécessaire dans le travail d'unité psychocorporelle par un enrichissement de notre expérience sensible. Elle représente également un des points sur lesquels Richard rencontre de grandes difficultés.

#### *Vignette clinique : Richard*

Richard est âgé de 34 ans. Il est atteint de schizophrénie paranoïde à mécanisme imaginaire avec des idées de persécution. Arrivé à l'UHSA en juillet 2015, il est suivi par ma maître de stage pour des enveloppements secs pendant trois séances dans le courant du mois d'août. Richard présente en effet une forte tension interne et est empreint d'hallucinations cénesthésiques. Il semble à la suite de ces séances mieux contenu psychocorporellement, il exprime se sentir « comme un nœud qu'on dénoue ». La psychomotricienne décide alors d'entamer des séances d'écoute musicale avec lui. Malgré un investissement affectif certain, Richard déploie son délire de manière logorrhéique lors du temps de parole. Il affiche une confusion appuyée concernant ses origines et son identité. Il présente une forte dépersonnalisation. Son dessin du bonhomme représente une tête avec les organes de la relation mais sans corps.

Tout en maintenant les séances individuelles d'écoute musicale, nous décidons de l'intégrer au groupe « Mouvements et détente » auquel il participe depuis son commencement. Le traitement pharmacologique de Richard nécessite de nombreux ajustements et engendre de multiples effets secondaires, dont une asthénie prononcée. Il est de ce fait absent à plusieurs séances.

Il montre de manière quasi-systématique une anxiété anticipatoire avant les séances qu'il présentera comme une « préparation ». A la question : « comment vous sentez-vous aujourd'hui ? », Richard répond : « on va voir » et montre des signes d'akathisie. Avant une autre séance, il lance « on va souffrir ! » en affichant un sourire de prestance. Le fait qu'il anticipe la difficulté des séances et ce de façon récurrente, peut laisser penser qu'il n'est pas dans l'instant présent. Ceci se manifeste également par un comportement précipité et imprécis. Au cours des séances, Richard fait preuve d'impulsivité. Cette impossibilité d'inhiber le mouvement peut refléter un trouble spatio-temporel, tonique ou bien encore être le cumul des deux. Il a du mal à se fixer. Lors des propositions de relaxation dynamique, il poursuit le mouvement initié bien après la consigne de fin. Ces persévérations sont très coûteuses en énergie. De surcroît, Richard fait montre d'une grande fatigabilité. Lors de la première séance, Richard somnole pendant le temps de relaxation et n'effectue pas les propositions.

Il ne semble pas être à l'écoute de son corps que ce soit dans les propositions dynamiques ou dans le temps de relaxation, basé sur le ressenti personnel avec des mouvements normalement beaucoup plus lents. Il devient fréquemment adhésif à ma maître de stage ou un autre soignant ce qui semble indiquer un besoin de repère, une recherche de figure d'attachement pour reprendre le terme de Bowlby.

Ce manque de repères internes transparaît dès les premières séances. Richard affiche une langueur profonde puis s'agite jusqu'à avoir « la tête qui tourne » et devoir se reposer. Un travail sur des « foulées bondissantes » va le mettre particulièrement en difficulté. Il s'agit d'effectuer des bonds avec une jambe puis l'autre, comme le ferait un athlète du triple saut. J'insiste sur l'idée de diriger le mouvement en emmenant son bassin vers l'avant. Cet exercice travaille selon moi le schème centre-périphérie car il demande de déployer son énergie de façon intense et globale en puisant des ressources dans son centre. L'alternance des mouvements d'expansion avant un retour sur soi s'effectue à la fois aux niveaux de l'équilibre mais aussi de l'énergie employée. Richard doit arrêter l'exercice de façon régulière afin de ne pas s'épuiser totalement.

Au fil des séances, ma maître de stage et moi constatons une diminution de son impulsivité. Sa motricité alterne entre des moments d'activité intense et des passages plus

calmes. De façon générale Richard se précipite moins. Si sa régulation et son adaptation toniques demeurent précaires, il semble à-même de sentir quand s'arrêter pour souffler, enlever son pull ou simplement boire de l'eau. Il porte donc plus de considération à l'écoute de ses ressentis. « La répartition hétérogène de la tonicité corporelle et les alternances entre postures et mouvements soulignent l'existence de forces et tendances contraires dans la création du mouvement qui, par son intermédiaire, rendent possible l'expérience des formes premières d'ambivalence et de conflictualité »<sup>73</sup>. Richard semble prendre conscience de l'existence d'intermédiaires. Il explique avoir eu des courbatures à la suite d'une séance et essaie donc de s'économiser. Sa respiration, auparavant très bruyante et inadaptée, semble retrouver un rôle de soutien de l'action.

Mais son délire, très polymorphe, demeure prégnant. Il n'arrive également pas à identifier de lui-même les points sur lesquels il lui faut continuer de travailler et notamment son impulsivité. Parallèlement, ma maître de stage décide d'arrêter les séances d'écoute musicale pour l'intégrer au groupe « Jeu dramatique ».

Cette vignette me paraît pertinente pour montrer comment le travail sur la coordination motrice, à la fois entre les différents segments corporels mais aussi entre l'initiation et l'inhibition motrices, a permis de travailler de façon précise les difficultés de Richard. Son impulsivité et les troubles temporo-spatiaux sous-jacents ont ainsi pu être abordés. L'amélioration de son tonus et de l'écoute de ses ressentis a cependant été ténue et n'a pas diminué ses productions délirantes. Elle a néanmoins conduit Richard vers un degré plus fin de proprioception et a certainement contribué à son parcours thérapeutique. Il poursuit actuellement son travail au sein du groupe « Mouvements et détente » et y montre une progression constante.

Les flux sensoriels, vestibulaires et kinesthésiques majoritairement, ont vraisemblablement contribué à stimuler la fonction proprioceptive de Richard. Le contrôle des flux sensoriels est selon Bullinger un des principaux moyens de régulation tonique.

---

<sup>73</sup> KONICHECKIS A., (2015), p.250.

## **b. La régulation tonique**

### *Vignette clinique : Malik*

Malik est un jeune homme de 27 ans, il souffre de schizophrénie hébéphrénique. Au début de la prise en charge en psychomotricité, Malik s'avère très peu communicatif, tant corporellement que verbalement. Son hypertonie de fond est générale et entraîne une posture figée avec des jambes raides et les épaules hautes. Il conserve en permanence un sourire de prestance. Il affiche également de grosses difficultés au niveau des coordinations dynamiques globales. Il n'utilise pas ses bras pour l'aider à maintenir son équilibre. Malik semble par ailleurs ne pas être latéralisé. Il confond régulièrement sa gauche et sa droite et utilise indistinctement un bras ou l'autre. Nous travaillons avec le groupe des déplacements en insistant sur la différence qui peut exister entre la marche avec action simultanée du bras avant et de la jambe avant (schème homolatéral) puis la marche avec simultanéité du bras arrière avec la jambe avant (schème controlatéral). Nous varions les niveaux spatiaux et effectuons ces observations sur soi en position décubitus ventral avec un exercice rebaptisé par les patients « le rampé militaire ». Il s'agit ici de coordonner son pied d'appui avec la traction effectuée par la main homolatérale ou controlatérale.

Ce jeudi 04 février, Malik affiche toujours un sourire de façade mais paraît plus détendu. L'anxiété qu'il semblait ressentir au cours des premières séances est progressivement remplacée par une plus grande confiance en lui. Nous reprenons les exercices de déplacements dans la pièce en utilisant les schèmes homologues (les deux membres supérieurs ou inférieurs en synchronisation), homolatéraux et controlatéraux. Chacun est libre de choisir la méthode qui lui convient le mieux mais il doit traverser la pièce en conservant un même mode de locomotion. Avec un étayage régulier, Malik semble progressivement réaliser qu'il est plus efficace lorsqu'il se sert de l'appui de ses orteils pour pousser en concomitance avec son bras homolatéral lors du « rampé militaire ».

Malik a également plus de facilités pour effectuer une action avec son bras droit ou son bras gauche. Il hésite moins et peut même réaliser le mouvement de manière spontanée sans que ma maître de stage ou moi ayons besoin de l'encourager comme auparavant. En déliant son geste, Malik semble se libérer de blocages internes. Son tonus paraît alors gagner en fluidité, il avance beaucoup plus rapidement et avec moins d'énergie dépensée. Il peut davantage doser son effort et se concentre plus longuement. Cette réussite semble lui procurer une satisfaction certaine. Il a également davantage de facilités pour s'adapter aux propositions effectuées avec un partenaire.

### **c. L'accordage relationnel**

Je propose des modes de déplacement distincts afin de travailler sur les différents schèmes moteurs. Tous les niveaux et tous les plans de l'espace sont sollicités. Les exercices peuvent également s'effectuer à plusieurs. Nous utilisons un objet médiateur tel que le bâton ou le ballon comme lien entre deux partenaires. Il s'agit de se mouvoir d'une façon précise, choisie à l'avance par le binôme, en s'adaptant au rythme mais aussi à l'intensité avec laquelle le partenaire tient l'objet médiateur. Pour ajouter un côté ludique, nous organisons des petites courses entre les binômes. Cet exercice sollicite de nombreuses compétences et en premier lieu une attention au tonus du partenaire. Il est nécessaire de s'accorder à son partenaire pour ne pas faire chuter le ballon ou le bâton. « La communication tonique primaire émotionnelle reste à la base de la capacité de l'humain à être empathique avec autrui [...] »<sup>74</sup>. Le tonus musculaire représentant l'expression de la vie affective, les deux s'enrichissent conjointement.

Cette écoute de soi mais aussi des différences de niveau entre partenaires peut s'effectuer autrement. Au cours d'une séance, après un l'échauffement global et différents exercices de mobilisation, je propose d'effectuer des bonds dans la pièce. Dans un premier temps je demande aux participants de ne pas utiliser leurs bras pour effectuer le saut à pieds-joints, sur les cinq participants seuls deux y parviennent dès le premier essai. Ces deux personnes semblent donc se servir instinctivement de cette coordination entre hémicorps bas et haut. Cependant l'amplitude des mouvements brachiaux est limitée et ne leur apporte qu'un léger mieux. Une régulation tonique adéquate et une amplitude de mouvement allant au maximum de leur souplesse articulaire leur permettraient de bondir plus loin avec la même dépense d'énergie.

Nous expérimentons ensuite ces sauts, à pieds-joints mais aussi à cloche-pied, sans l'aide des bras, puis en accompagnant le mouvement du bras homolatéral et enfin avec le bras controlatéral. Pour certains utiliser le bras controlatéral paraît véritablement aidant, pour d'autres c'est l'inverse. Un participant dit même préférer ne pas utiliser ses bras pour effectuer les bonds. Au-delà d'une recherche d'efficacité entre dispositions anatomiques et recrutement tonique adapté, cet exercice invite chacun à être à l'écoute des modifications de ses perceptions engendrées par des variantes d'un même mouvement.

---

<sup>74</sup> ROBERT-OUVRAY S. B., (1996), p. 167.

Cet exercice montre également que les ressentis de chacun sont différents pour une action semblant aussi simple et banale qu'un saut. Mon rôle en tant que stagiaire psychomotricien est ici d'insister sur le caractère personnel d'un ressenti et sur le respect des ressentis de chacun.

L'exercice se poursuit avec une consigne supplémentaire. Entre chaque bond il est demandé aux participants de s'arrêter, prendre un petit temps pour souffler et de visualiser la direction qu'il souhaite prendre. Ils peuvent aller en avant, en arrière, sur les côtés gauche et droite mais aussi en diagonale. Cet exercice a deux objectifs particuliers :

- ⇒ Un travail d'anticipation nécessaire à la préparation du geste.
- ⇒ Un travail de structuration spatiale pour ne pas heurter les autres participants.

Il est également envisageable d'effectuer cet exercice en lançant un cerceau le plus loin possible et d'y arriver en un bond. Cela permet une meilleure visualisation de l'espace parcouru. Certains sont ainsi surpris de leurs capacités, ce qui les stimule. D'autres semblent prendre en meilleure considération le rythme et les capacités de chacun.

La valorisation narcissique de Malik est accentuée lors de sa cinquième et dernière séance. Un infirmier de l'unité 2, qui ne l'a pas vu depuis des mois, est présent ce jour-là et exprime lors du temps de verbalisation le cheminement qu'il a pu observer chez Malik. Ce dernier reste peu expansif mais son visage paraît cette fois véritablement expressif. Il confirmera cette impression lors du bilan en disant : « ça fait plaisir qu'on me dise que j'ai progressé ». Il paraît plus enclin à évoquer ce qu'il ressent.

Dans le cas de Malik, les progrès ont été très rapides. Les points restant à travailler avec lui, tels que l'expressivité ou la dimension émotionnelle et affective du vécu corporel, pouvaient difficilement être abordés en séance de « Mouvements et détente ». Il intègre alors le groupe « Expression corporelle » et continue celui de « Sport et psychomotricité ».

En utilisant les schèmes je dispose de plus de facilités à proposer des variantes et j'ai la capacité de respecter le rythme de progression de chacun au sein du groupe. Ma maître de stage m'expliquait qu'un des enjeux de travail de groupe est de conserver une unité groupale dynamique tout en permettant aux individualités de s'exprimer et de travailler sur leurs problématiques, ce qui est difficile dans un groupe ouvert.

Ces exercices basés sur les schèmes moteurs ont visiblement permis de stimuler certains items psychomoteurs chez les patients du groupe « Mouvements et détente ». La régulation tonique, la prise de conscience de son corps ou encore la considération de l'autre constituent les points marquants que j'ai pu observer lors de ces séances groupales. Qu'en est-il lorsque la relation thérapeutique se fait en prise en charge individuelle ? Les apports des schèmes moteurs sur un retour à soi puis un échange avec l'autre fonctionnent-ils similairement ?

Il apparaît des précédentes vignettes cliniques des troubles prenant racine dans un développement psychomoteur primaire, ou du moins précoce. Daouda présentait une difficulté à accomplir le mouvement d'enroulement puis de déroulement propre au schème spinal et inhérent à l'axialité. Les faibles capacités proprioceptives et de régulation tonique de Richard, l'hypotonie de Malik et l'accès difficile à son vécu émotionnel renvoient eux à une construction identitaire défailante. Construction qui nécessite une modulation tonique et un rapport avec autrui appropriés. Les schèmes moteurs entretiennent donc des liens étroits avec l'ajustement tonique. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure le tonus et les possibilités qu'il fournit au niveau communicationnel peuvent aider les patients dans ce cheminement personnel initié par les schèmes.

Le domaine d'application des schèmes s'étend donc de manière très diverse, à la manière de ramifications ou pourrions-nous dire d'intrications.

### **PARTIE III : LES SCHEMES MOTEURS ET LEURS INTRICATIONS**

---

Reprendre le cheminement des coordinations de base du sujet avec ses différentes composantes personnelles mais aussi avec son environnement semble favoriser sa structuration psychocorporelle. Les schèmes moteurs s'intègrent aux axes thérapeutiques psychomoteurs d'une UHSA de diverses façons. Je souhaite ici m'appuyer sur une expérience de prise en charge individuelle de plus de sept mois. Elle m'a personnellement et professionnellement enrichi et permet de comprendre plus avant comment les schèmes moteurs appuient la pratique psychomotrice, notamment au sein d'une institution telle qu'une UHSA.

#### *Vignette clinique : Vincent*

Vincent est un jeune homme de 23 ans, il souffre de schizophrénie paranoïde à mécanisme interprétatif. Il est indiqué en psychomotricité pour une présentation figée et un manque d'affects. Notre première rencontre s'effectue en septembre 2015. Il a été hospitalisé à l'UHSA quelques mois plus tôt mais a effectué entre temps un séjour en centre de rééducation pour une blessure au genou.

Il présente effectivement une posture très rigide, les ceintures scapulaire et pelvienne semblent indissociées. Au niveau locomoteur, son pas est lourd, il ne déroule pas son pied. Vincent a reçu une balle au niveau de l'épiphyse distale du fémur droit lors de son interpellation pour un refus d'obtempérer et mise en danger de la vie d'autrui. Il boîte et explique que cette blessure n'est pas résorbée. Il dit effectuer lui-même « la rééducation » en répétant des exercices vus en kinésithérapie.

Son expressivité corporelle et faciale est très pauvre, le ton est monocorde et bas, le regard adressé mais fixe et très peu expressif. Il est cependant dans la relation, répond à toutes les questions de manière compliant et courtoise. Vincent a une bonne qualité de discours.

A l'exception de la balle reçue, Vincent dit se sentir bien dans son corps. Il ne peut pourtant plus sauter ni courir et sa blessure l'empêche de prier en position à genoux. Il s'excuse des tremblements de sa langue qui sont dus selon lui à la prise de traitement. Il

semble gêné et a besoin de se justifier par rapport à cette manifestation corporelle. S'agit-il de mouvements extrapyramidaux ou de dysharmonies toniques de type réactions de prestance ? Je m'interroge alors avec ma maitre de stage sur leurs interférences avec la possibilité de s'apaiser et de s'ancrer.

En ce qui concerne son vécu émotionnel, Vincent explique qu'il a « toujours le sourire ». Il affiche en effet un sourire franc et affirme être de bonne humeur. Il peut évoquer sa maladie en ces termes : « c'est croire en des choses qui n'existent pas et extrapoler ». Il ne peut en dire plus au sujet de sa maladie. Vincent présente une bonne reconnaissance des émotions sur autrui mais des difficultés à les reproduire.

Au niveau tonique, l'examen du tonus réalisé uniquement au niveau des membres supérieurs confirme le versant hypotonique observé au cours de la marche trainante de Vincent ou de ses productions manuelles. Il montre une grande capacité de relâchement y compris lors des mobilisations passives alors que nous nous voyons pour la première fois.

Le test de la Figure de Rey met en avant un potentiel morcellement avec une copie par associations et non à partir d'une globalité. Vincent compense ce manque de stratégie générale par une méticulosité et des capacités attentionnelles performantes. L'hypothèse d'un corps faiblement investi est alors envisageable. Vincent présente néanmoins une bonne structuration temporelle en ce qui concerne les dates ou la chronologie d'évènements.

L'imitation de gestes issue de l'Evaluation de la Motricité Gnosopraxique distale confirme cette compensation intellectuelle au profit d'un corps peu investi. Grâce à une attention soutenue et une observation attentive, Vincent parvient à réaliser les imitations de gestes en « pièce-à-pièce ». La structuration de son schéma corporel ne semble pas optimale.

Cette méticulosité est également présente lors de la réalisation du dessin du bonhomme de Goodenough et Royer (voir Annexe 2). Vincent insiste sur des détails de vêtements mais réalise un visage simpliste. Les yeux sont constitués d'un trait, ce que Vincent justifie par « on dirait un chinois » puis « c'est parce qu'il sourit ». Les extrémités sont également simplistes : les oreilles sont vides, les mains ont quatre doigts. Je reviendrai plus loin dans le texte sur l'intérêt de ce dessin.

Cette première rencontre met en avant les capacités intellectuelles et attentionnelles de Vincent qui est réservé mais de bonne relation. Ces capacités semblent difficilement contenir un corps désinvesti et étayer un accès aux sensations et aux perceptions précaire.

Les objectifs thérapeutiques s'orientent donc sur un travail de création d'unicité à travers la prise en compte des informations sensorielles et sensitives dans le but d'améliorer son image du corps. Nous commençons un travail d'éveil sensoriel en séances individuelles hebdomadaires.

Au cours des premières séances, Vincent est dans l'échange, l'alliance thérapeutique semble opérante. Malgré une amimie toujours prégnante, une posture figée et l'hétérogénéité d'une hypertonie axiale et hypotonie périphérique, le regard est adressé et il peut se mobiliser avec efficacité.

Nous poursuivons le travail sur la sensorialité pendant huit séances. Nous cherchons ensemble à affiner son sens tactile par des exercices sur les appuis, le poids. Nous mobilisons également son sens vestibulaire avec des changements de niveaux et de plans de l'espace, et bien sûr kinesthésique avec des déplacements. Vincent est peu mis en difficulté et montre des aptitudes certaines dans les mobilisations tant corporelles que plus scénarisées ou imaginaires. Il semble peu investir le travail effectué en psychomotricité. Il ne montre aucune spontanéité et très peu d'intérêt pour les exercices même s'il les effectue sans opposition.

Les verbalisations demeurent pauvres, Vincent reste apparemment figé dans un mode de fonctionnement affectif immuable. Les soignants évoquent peu d'interactions avec lui. Nous constatons une intégration très limitée. Vincent continue de se reposer sur des capacités diverses mais parcellaires. Ceci rend plus difficile le travail de reconnaissance de ses troubles amenant à un travail en profondeur.

## I/ L'AIKIDO, UNE MEDIATION EN INTER-RELATION AVEC LES SCHEMES

Au cours des vacances de Noël, je propose de m'inspirer d'exercices vus en option « Aïkido et psychomotricité » et d'une pratique personnelle antérieure. Vincent a lui-même évoqué sa pratique de la boxe cambodgienne, le bokator, dans son adolescence. Les exercices réutilisant certaines de ces techniques semblent avoir été reçus avec enthousiasme. Il a également pu expliquer qu'il avait apprécié une séance un peu « physique ».

Le fait que les mouvements de Vincent soient particulièrement limités au sein de l'institution nous incite à lui proposer une activité permettant de se mobiliser de façon dynamique en y apportant une composante relationnelle. Ceci correspond selon moi parfaitement avec la pratique de l'aïkido.

L'aïkido est un art martial japonais fondé par maître Morihei Ueshiba au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Je renvoie le lecteur vers les ouvrages suivants pour une vision plus approfondie de l'aïkido : « *L'art de la paix* » par Morihei Ueshiba et « *Fragments de dialogue à deux inconnues* » par Franck Noel. Il faut rappeler qu'en aïkido l'idée du combat est intrinsèquement exclue puisque celui-ci se termine au moment même où il commence. La finalité n'est pas d'opposer des forces contraires mais de s'ajuster à autrui comme nous pourrions le faire dans un dialogue tonico-émotionnel adapté. Lorsque *uke* et *tori*, noms des partenaires travaillant en binôme en aïkido, pratiquent le jeu d'attaques et de parades, un dialogue s'instaure en termes d'implication gestuelle et spatio-temporelle.

L'objectif thérapeutique majeur consiste alors à induire par une modulation tonique et psychomotrice, une intentionnalité motrice, porteuse de sens. Comment accompagner Vincent dans la mise en lien des différents domaines que sont la motricité, le tonico-émotionnel et l'échange avec autrui ?

Les axes thérapeutiques ciblent l'amélioration de l'aisance corporelle globale de Vincent et un travail sur des exercices interactifs pour favoriser ses capacités relationnelles. Les coordinations motrices visées concernent le schème centre-périphérie, le schème spinal et les coordinations homolatérales et controlatérales.

L'aïkido n'est donc pas ici envisagé comme une suite de techniques à apprendre mais comme un tiers médiateur permettant d'aborder de nombreux items psychomoteurs.

Il nous faut également aménager le cadre par rapport à la pathologie de Vincent et son histoire personnelle. Les accusations à l'encontre de Vincent sont le parricide à l'arme blanche et vol avec violences. Le cadre va ici encore être marqué par le déroulement des séances et en premier lieu le rituel. Dès le début, je lui demande de créer lui-même notre rituel afin de susciter sa créativité et son appropriation de l'activité. La séance suivante, il choisit le salut debout, nommé *ritsurei*, suivi d'une série de dix pompes. J'y vois là un point de départ intéressant. Une activité corporelle solitaire et extrêmement répandue en prison, les pompes, se joint à un signe de respect et d'entrée en relation avec autrui, le salut. Nous nous saluons de nouveau à chaque fin de séance avant de prendre un temps de parole.

L'adaptation concerne par ailleurs l'utilisation des termes et des attitudes employés. Nous proscrivons les mots, et même dans un premier temps les gestes, à connotation violente. Nous ne frappons jamais l'adversaire mais imprimons un geste qui déclenche l'utilisation d'une technique chez le partenaire de travail. Nous changeons régulièrement de rôle pour être tantôt *uke*, « celui qui accepte, qui chute » et *tori*, « celui qui fait la technique, qui exécute le geste ». Je dois bien évidemment veiller à sa sécurité et considérer sa blessure au genou.

Le rituel est suivi d'un échauffement complet en insistant sur les articulations qui sont davantage sollicitées pendant la séance notamment les ceintures scapulaire et pelvienne ainsi que les poignets.

Nous abordons ensuite différents applicatifs en travaillant sur les modulations d'amplitude (geste très large puis confiné à son amplitude minimale), de vitesse ou encore de contraction musculaire. Les influx kinesthésiques et l'intention sont ainsi davantage stimulés. Ces exercices sont montrés pour un apprentissage par miroir puis appliqués dans un travail en binôme ou la présence psychocorporelle est indispensable.

## II/ « GYMNASTIQUE DU HARA » ET « MOUVEMENTS ET DETENTE », LIGNES CROISEES

Les prises en charge du groupe « Mouvements et détente » diffèrent d'une relation thérapeutique duelle comme c'est le cas avec Vincent. Chacun de ces patients effectue cependant en séance de psychomotricité des exercices basés sur le mouvement et sa structuration psychocorporelle. Quels items en particulier les schèmes décrits par Bartenieff permettent-ils de travailler ? Quels points communs et quelles divergences ressortent ? Commençons par la base qui soutient l'édifice, les appuis.

### A. Les appuis, supports du mouvement et de l'individuation

« Au moment où nous nous sentons complètement soutenus, nous pouvons ouvrir notre corps à l'espace »<sup>75</sup>. L'aïkido illustre constamment cette nécessité de soubassement solide pour interagir avec son environnement. La marche traînante de Vincent et son hypotonie sont au début de la prise en charge majorées par sa grande taille. Il mesure environ 1m90. Je privilégie tout d'abord le travail sur son axe corporel avec une attention particulière à sa posture. Je l'invite à abaisser son centre de gravité en descendant sur ses appuis plantaires.

En aikido, le contact entre pratiquants permet de tester l'ancrage. Le pratiquant choisit une position, debout, dans laquelle il se sent confortable mais également stable. Son partenaire peut alors effectuer de légères poussées dans différentes directions pour vérifier cette stabilité. Séance après séance, Vincent montre une capacité à s'autocorriger en reprenant de lui-même une posture plus ancrée. « Nous ne pouvons 'lutter' contre la pesanteur que lorsque nous la sentons agir en sens opposé au redressement désiré »<sup>76</sup>. Cette écoute attentive de ses appuis et de sa posture s'est par la suite effectuée plus spontanément.

Les patients venant en salle de psychomotricité se voient demander de retirer leurs chaussures et leurs chaussettes. Certains refusent d'être pieds-nus et nous respectons leur décision. Les raisons de ce refus sont diverses : pudeur, manque d'hygiène... Une fois les chaussures retirées, ils ont l'occasion d'accéder à des sensations parfois inhabituelles. « Le sol est froid ! », « ça glisse ! ». Les appuis changent et offrent la possibilité de créer des

---

<sup>75</sup> BAINBRIDGE-COHEN B., (2002), p.146.

<sup>76</sup> BERGE Y., (1975), p.53.

intermédiaires. Un patient s’amuse ainsi à glisser en arrière en poussant sur ses mains. La prise de conscience corporelle s’accompagne dans son cas d’une liberté motrice.

Lors du travail sur les foulées bondissantes, nous avons vu que sont sollicitées à la fois l’énergie et les capacités vestibulaires. Elles demandent une grande concentration et accroissent les sensations au niveau de la voûte plantaire. Tout le poids du corps est supporté par un seul pied à la fois. Au poids du corps s’additionne la force d’inertie du mouvement lors de l’atterrissage. Nous avons travaillé avec Richard à diminuer l’impact au moment de la réception en l’amortissant au maximum.

Ce travail d’écoute de ses sensations proprioceptives et kinesthésiques a également permis à Malik de mieux appréhender ses appuis, lui permettant de se repousser avec efficacité lors du « rampé militaire ». En comparant des déplacements effectués une première fois en privilégiant le schème homolatéral puis controlatéral, certains patients peuvent vraisemblablement affiner leur contrôle moteur mais surtout la qualité de perception de leur axe corporel.

Les techniques de déplacement s’avèrent être un élément central de l’aïkido. Elles doivent s’effectuer en conservant son axe gravitaire, garant de l’équilibre. Cet équilibre signe une affirmation de soi dénuée de tensions, une disponibilité. « Exister, c’est peser ! » nous rappelle Benoît Lesage<sup>77</sup>. Un des enjeux de cette affirmation identitaire résulte de l’alignement entre cet axe gravitaire et l’axe corporel. Bullinger considère que l’axe corporel se compose du tronc, du cou et de la tête. Cet axe peut être figuré par une ligne partant du périnée et se terminant à l’extrémité supérieure de la boîte crânienne. Comme nous l’avons vu en deuxième partie (*Cf. Supra*, p.48), cet axe se constitue lorsque la personne est capable d’unifier ses deux héli-espaces droit et gauche. L’enjeu consiste à accroître les facultés d’accès à cet axe, ce que l’on appelle axialité. Il arrive que le pratiquant en aïkido, mais dans de nombreuses activités de la vie quotidienne aussi, doive croiser cette ligne centrale. En travaillant autour de cet axe, en s’en servant de base solide soutenant l’action mais aussi le psychisme, nous visons l’accroissement de la présence à soi.

J’ai pu constater qu’un mouvement des membres supérieur et inférieur ipsilatéraux requiert souvent moins d’effort de concentration qu’un mouvement *croisé*. En alternant mouvements homolatéraux et controlatéraux, le pratiquant mobilise à la fois des coordinations motrices globales mais aussi ses capacités cognitives telles que les fonctions

---

<sup>77</sup> LESAGE B. (2014), p.73.

exécutives d'anticipation et d'adaptation ou de contrôle. Malik a très vite déterminé la façon qui lui permettait de se déplacer au sol avec le plus de facilité. Il me semble que le travail sur les schèmes moteurs a, chez Vincent et Malik, généré une attention plus fine des transferts de poids du corps. Il a également permis d'effectuer les mêmes mouvements à des vitesses d'exécution et des niveaux de l'espace variés. Se déplacer à quatre pattes requiert un recrutement tonique plus intense que debout. Ils ont pu décomposer le mouvement et choisir la façon de se mouvoir qui leur convenait le plus. Le travail sous-jacent aux exercices proposés en groupe « Mouvements et détente » était de mobiliser son corps dans sa globalité tout en prenant conscience de l'importance de chacune des parties. Ce jeu de contraste entre différentes intentions représente un outil majeur de la thérapie psychomotrice. Le but visé étant l'harmonisation entre les différentes parties du corps mais également l'adéquation corporopsychique à des situations nouvelles.

## B. Le souffle

En parallèle, poursuivre l'accompagnement des mouvements par la respiration a, je pense, exacerbé cette attention à soi, aux réactions physiologiques générées par les exercices. J'ai déjà parlé de la progressive capacité de Richard à pouvoir s'arrêter lorsqu'il se sentait essoufflé. Sa prise de conscience corporelle a inclus un meilleur accès à sa respiration.

Les schèmes ont servi de support d'expérimentation à Malik pour constater des différences et des préférences entre différentes façons de se mouvoir. Au cours des séances, ses coordinations dynamiques générales se sont améliorées mais elles se sont surtout accompagnées d'un relâchement tonique et d'une respiration plus profonde, visible notamment lors des temps de relaxation.

Bonnie Bainbridge Cohen préconise, lorsqu'un schème semble défaillant, de revenir au schème précédent. De ce fait le schème de la respiration, qu'elle place comme Bartenieff en première position, correspond à la base première de ce travail. Il est en l'occurrence possible de mettre la respiration en corrélation avec le tonus qui constitue un socle essentiel à la posture et aux mouvements. Robert-Ouvray utilise la métaphore de la sève pour décrire le rôle du tonus dans ce grand arbre figurant l'étayage psychomoteur. La respiration influe de manière directe sur le tonus. Elle implique davantage que les voies aériennes et la cage thoracique. Elle concerne également la colonne vertébrale et le caisson abdominal. En tant que schème, elle permet donc de travailler sur l'axe corporel de la personne et son niveau tonique.

Le travail sur le souffle permet également de faire prendre conscience du lien entre le dedans et le dehors car l'énergie véhiculée par la respiration influe de manière directe sur l'efficacité de la technique. Avec Vincent, j'ai agrémenté notre échauffement du *Funakogi Undo* qui consiste en un balancement des bras d'avant en arrière en joignant l'émission de deux sons, « *Ei* » et « *Ho* ». Chaque son doit être produit en contractant l'abdomen. Il doit également être émis avec vigueur, sur un rythme franc et rapide. Le *funakogi* cherche à évacuer une énergie ancrée au plus profond de soi. Il mêle selon moi la respiration au second schème d'organisation du mouvement de Bartenieff à savoir la connexité noyau-périphérie. Il amène le participant à extérioriser par un cri – et donc le souffle – une force que je qualifierais de primaire.

Cet exercice a plusieurs visées mais je retiens surtout l'attention particulière qu'il suscite au niveau de notre *hara*. Dans la tradition asiatique, le *hara* représente à la fois le centre de gravité mais aussi le centre du souffle vital. Situé à quelques centimètres sous le nombril et à l'intérieur du corps, il est le lieu où « commencent la collecte et l'accumulation du Qi »<sup>78</sup>. Le *Qi*, ou *Ki* en japonais, n'ayant pas de correspondance directe dans notre langue mais symbolisant le souffle ou l'énergie premiers. Irmgard Bartenieff a décrit le point de référence du schème centre-périphérie à quelques centimètres derrière l'ombilic. Et de ce centre diffusent notre motricité et notre intention.

Initier le mouvement à partir du centre, de notre *hara*, organise notre corps de manière globale et cohérente. Il invite à considérer notre corps comme un tout. Le travail de *tai sabaki* insiste sur l'évitement d'une opposition frontale avec un assaillant par le déplacement des pieds. Sa traduction littérale équivaut en réalité au déplacement de tout le corps. Nous retrouvons la notion d'unicité structurante qui fait souvent défaut aux personnes schizophrènes. A partir de ce point de référence peuvent s'établir des interdépendances intracorporelles puis avec l'environnement.

Les déplacements en aikido se font dans un premier temps de façon très codifiée. Les techniques sont répétées jusqu'à leur compréhension ou du moins leur exécution de façon autonome. Après quoi le pratiquant peut les utiliser et les combiner selon son bon vouloir. Avoir abordé les schèmes de mouvements homolatéraux et controlatéraux avec Vincent a permis selon moi de mémoriser et intégrer plus rapidement certains déplacements. Nous avons ainsi pu nous concentrer sur son contrôle tonico-postural et une coordination globale plus personnelle.

---

<sup>78</sup> REQUENA Y., (1989), p.364.

### C. La coordination

La coordination combine différents éléments et les organise en visant une finalité, un but. Cette organisation gestuelle concerne les différents segments corporels mais aussi leurs rapports avec l'environnement et cherche donc une harmonie avec le milieu.

Lors de notre troisième séance utilisant la médiation aikido, je demande à Vincent de donner un nom à nos séances de psychomotricité. Nous nous servons de cet art martial pour expérimenter nos mouvements de manière différente lui dis-je. Je suis d'ailleurs bien loin de pouvoir prétendre au rang d'enseignant en aikido. En fin de séance, avec étayage de ma part, Vincent propose de nommer notre pratique « Gymnastique du hara ». Nous retenons cette appellation et j'insiste sur l'idée de se mobiliser entièrement à partir de ce point central. Je suis désireux de l'aider à travailler une base, physique et narcissique, sur laquelle il puisse compter. Le fait qu'il trouve lui-même comment nommer notre médiation a permis je pense une plus forte appropriation des séances tout en clarifiant leurs objectifs. Nous cherchons ensemble à améliorer les coordinations de Vincent. Le terme de « coordonnées » rappelle ici sa signification de données spatiales par rapport à un point de référence. Quel que soit le plan de l'espace dans lequel nous évoluons, notre centre garantit une base physique et psychique fiable.

#### *Ukemi*

Le mot japonais *ukemi* a été traduit en français par « chute ». La chute indique le changement de niveau induit par une technique de projection. Il contient cependant une connotation qui peut paraître négative ou synonyme de défaite. *Ukemi* provient de la contraction de *ukeru* qui signifie recevoir, et de *mi*, le corps. Apprendre à recevoir une technique en conservant notre intégrité nous enrichit et représente davantage une progression qu'une défaite.

*Ushiro ukemi*, ou chute arrière, sollicite principalement le travail du schème spinal d'enroulement. Elle permet d'éviter de se blesser lors d'une projection et protège particulièrement la tête. Il est donc indispensable de bien rentrer le menton vers le buste et de « s'arrondir » le plus possible.

*Mae ukemi*, chute avant, consiste en une chute vers l'avant mais cette fois en diagonale. Elle sollicite davantage les schèmes controlatéraux. Si le dernier point d'appui

est le pied gauche, le membre supérieur droit sera le premier à contacter le sol. *Mae ukemi* diffère d'une roulade en gymnastique car elle ne s'effectue pas dans le plan sagittal. La première raison réside dans le fait que l'aïkido, issu d'une tradition martiale utilisant des armes, considère préférable de conserver une main de libre y compris lors de la chute. Ceci dans le but de rester armé. Le deuxième intérêt de *mae ukemi* est de limiter le contact de la colonne vertébrale avec le sol tout en créant une spirale engendrant davantage d'inertie.

Nous retrouvons ici les observations de Suzanne Robert-Ouvray sur la nécessité de savoir s'enrouler pour pouvoir se redresser. Le redressement se distingue de l'extension par sa souplesse. La régulation tonique est en jeu dans ce travail. L'ukemi nécessite un fond tonique sûr tout autant qu'un relâchement musculaire. La marche en équin de Vincent traduisait une hypertonie postérieure. Le travail d'enroulement et de déroulement a montré à Vincent l'utilité de la posture en cyphose pour rouler sans à-coups sur le tapis. Elle illustre ce besoin de modulation tonique adaptée.

Suga Toshiro précise que « l'apprentissage de l'ukemi est autant spirituel que physique. Vous apprenez à vous oublier en même temps que vous assouplissez vos os, vos muscles, vos tendons. »<sup>79</sup> Dans le cas de Vincent, « s'oublier » peut se comprendre comme se délester de toute velléité prédominante de l'égo. L'ukemi l'encourage à se lancer, à privilégier une activité sensorielle raisonnée plutôt qu'une sur-intellectualisation dont il fait montre parfois. La valorisation induite par les propositions effectuées avec succès par Vincent permet de renforcer son estime de soi qui, si elle n'est pas défaillante, ne semble pas constituer une base narcissique stable sur laquelle il peut s'appuyer. Le sol devient une base solide et fiable sur laquelle Vincent peut prendre appui. Lors des séances les plus récentes il prend plaisir à chuter, il alterne chutes arrière et chutes avant et peut donc se mouvoir à sa guise dans différents niveaux spatiaux.

Cet ancrage peut semble-t-il être rapproché d'une confiance en soi ou du moins d'une plus grande affirmation de soi. Au fil des séances j'observe que Vincent paraît moins effacé. Il lui arrive de mener l'échauffement auprès d'autres patients en salle commune lors du temps de « réveil musculaire ». Il m'avait auparavant confié préférer ne pas être mis en avant. Ce manque de confiance en lui semble depuis avoir fortement diminué. Il a conscience de ses capacités. Lors de nos séances individuelles, il effectue l'échauffement de manière

---

<sup>79</sup> <http://www.leotamaki.com/2016/02/ukemi-par-suga-toshiro.html>. Site de réflexions et d'interrogations sur la pratique martiale par Leo Tamaki, enseignant d'aïkido 4<sup>ème</sup> dan, consulté le 25/02/16.

autonome et je l'accompagne. Je l'encourage parfois à affiner son geste ou augmenter l'amplitude de certains mouvements.

Richard rencontre quant à lui plus de difficultés à homogénéiser ses gestes et à réguler son tonus. Lors du deuxième bilan de « Mouvements et détente », c'est-à-dire après la dixième séance, il parle de sa vie comme d'un « dépotoir ». Il semble souffrir de ne pouvoir davantage la contrôler. Il regrette de ne pouvoir voir son fils ou d'avoir arrêté sa profession dans la restauration. Tout comme Vincent il y a quelques mois, il semble incapable de disposer d'une base narcissique sécurisée. Il ne peut se reposer sur un ancrage personnel fiable. Je pense que le travail axé sur le schème centre-périphérie lui a néanmoins permis de déployer une énergie profondément ancrée. Il a ainsi pu contacter une solidité interne.

Là où Richard a besoin d'un exercice *explosif* pour avoir accès à ses sensations, Vincent ne peut effectuer des mouvements de ce type du fait de sa blessure au genou. Le schème centre-périphérie est travaillé de façon différente, notamment avec le *Funakogi undo*. Cet exercice basé sur une expiration courte et marquée occasionne un travail d'extériorisation d'une énergie enfouie en notre for intérieur. « En thérapie psychomotrice, centrée sur le mouvement, on attend du patient qu'il se tourne vers le monde extérieur, le contact avec les autres et l'autre. En thérapie psychomotrice orientée vers le corps, on attend du patient qu'il se tourne vers son monde intérieur. Ces deux méthodes thérapeutiques se sont progressivement développées séparément l'une de l'autre »<sup>80</sup>. Au travers des schèmes, le mouvement propose une façon dynamique et personnalisée de se mouvoir. Le fait de se sentir auteur de ses actions renforce le sens de la possession du corps. Le travail des schèmes apporte une palette d'expérimentations corporelles, de la plus primaire à la plus sophistiquée, afin d'accompagner la personne schizophrène dans son rapport à soi mais aussi aux autres.

Il s'agit en effet de se coordonner soi-même pour pouvoir se coordonner avec autrui. Vincent semble ainsi s'ouvrir au fur et à mesure des séances, son regard est plus éveillé, sa poignée de main, auparavant très molle, devient ferme, signe d'une plus grande présence à soi et à autrui.

En parlant du mouvement clé des techniques d'immobilisation, *Ikkyo*, Christian Tissier, pionnier de l'aïkido en Hexagone, explique qu'il « peut sembler assez simple et relativement facile à décrire de façon schématique ». Il insiste néanmoins sur le fait que « ce

---

<sup>80</sup> SIETSMA L., (2002), p.94.

qui, par contre, ne peut se montrer ni s'expliquer clairement, c'est la relation profonde, la recherche centre à centre, l'échange, qui doit s'instaurer entre les deux partenaires lors de sa pratique [...] »<sup>81</sup>. Par le travail des ukemi, l'aïkido apporte une continuité du travail des schèmes centre-périphérie et spinal car une fois la chute arrière bien intégrée, il est possible de l'effectuer sous l'impulsion d'un partenaire. La force cinétique n'est pas perdue mais en quelque sorte recyclée. Nous pouvons alors travailler la notion d'acceptation de l'autre. Nous voyons également le respect de l'intégrité du partenaire lorsque nous sommes dans la position de celui qui imprime la chute.

#### D. Du corps propre au corps en relation

##### **1. L'accordage, un travail progressif de connexion**

La connexion entre deux personnes lors d'un travail en aikido est omniprésente. Même si le contact tactile est rompu, le lien entre deux pratiquants doit constamment perdurer. Effectuer la technique trop tôt ou trop tard nous empêche de travailler avec fluidité, sans effort.

S'adapter au rythme de l'autre réside au cœur de la pensée de l'aïkido. La relation duelle offre une approche différente de l'accordage rythmique. Lorsque nous travaillons à deux, le mouvement est adressé à l'autre uniquement. En groupe, le mouvement peut être adressé à l'autre, aux autres, ou paradoxalement, à soi. Je m'efforce de laisser Vincent expérimenter seul, je lui laisse le champ libre pour se déplacer dans la pièce et travailler ses ressentis. Cependant ma présence est toujours palpable. En groupe, il arrive qu'un participant se sente isolé, ne serait-ce que pour un temps très court. Nous sommes deux soignants pour plusieurs patients. Je pense que cette relative solitude peut parfois accroître le travail d'écoute de ses ressentis personnels.

La relation duelle de la « Gymnastique du hara » invite davantage selon moi à un ajustement avec autrui. L'écoute du partenaire s'y avère cruciale. Elle nécessite donc une base personnelle plus solide.

Lors de séances de « Gymnastique du hara », nous n'utilisons pas d'objet médiateur, le travail d'accordage tonique s'effectue par les sens visuel et tactile. Le travail d'accordage

---

<sup>81</sup> TISSIER C., (1990), p.18.

tonique effectué en « Mouvements et détente », décrit en deuxième partie et consistant à se mouvoir de différentes façons, en binômes et en tenant un ballon ou un bâton, a été réalisé différemment. Les personnes du groupe ne se connaissent pas toutes et le toucher peut être vécu de manière intrusive. L'objet médiateur pallie ce risque d'intrusion. Il crée une distance relationnelle intéressante pour être à l'écoute des mouvements et du rythme d'autrui tout en conservant son intégrité proxémique.

La plupart des techniques que nous avons abordées étaient réalisées à mains nues dans un contact peau-à-peau. Les capteurs sensoriels de la main sont parmi les plus développés de notre organisme. Ils permettent bien souvent une sensibilité plus affinée que dans le reste de notre corps. Lors des techniques vues en « Gymnastique du *hara* » – mais aussi avec certains binômes de « Mouvements et détente » – les informations tactiles transmises par la main et le poignet doivent engager une réponse de l'ensemble du corps. Se servir du mouvement, de façon raisonnée, peut ainsi apporter de grands bénéfices. « Tout comme la peau, le mouvement participe aussi à ces fonctions psychiques de rassemblement et d'intégration »<sup>82</sup>. Il enrichit les perceptions et demande une modulation constante à la fois tonique, vestibulaire et aussi émotionnelle.

Dans un milieu dur comme peut l'être la prison, la sensibilité est parfois considérée comme un ennemi ou un signe de faiblesse. Il est nécessaire d'adapter les propositions la concernant. De plus, le mouvement est parfois perçu par les personnes schizophrènes comme dangereux. Il peut s'accompagner d'angoisses. Les schèmes moteurs supportent ce travail de sensibilité à soi de manière progressive et personnelle pour ensuite rétablir du lien. « Se relier à soi-même, vivant et sensible, permet de se relier à l'autre car on lui prête un intérieur »<sup>83</sup>.

## **2. Référents spatiaux et empathie**

Au sujet de l'expérience du corps propre, le dictionnaire du corps cite Emmanuel Kant. Il « faisait déjà remarquer que la localisation spatiale des objets de la perception sensorielle est toujours implicitement relative au corps du sujet »<sup>84</sup>.

Le corps constitue le premier repère permettant à l'enfant d'acquérir la structuration spatiale. Le point de repère par rapport à soi, ou égocentré, est la base de ce positionnement dans l'espace. Au fur et à mesure des expérimentations et de la maturation neurologique,

---

<sup>82</sup> KONICHECKIS A., (2015), p.241.

<sup>83</sup> OULANIER-ZANETTE C., (2002), p.94.

<sup>84</sup> MARZANO M., (2007), p.361.

l'enfant est capable de se repérer par rapport à un référentiel extérieur fixe, exocentré, situé dans l'environnement avant de s'en détacher complètement, de manière allocentrée.

Lors de la journée de l'AFPUP<sup>85</sup> du 10 octobre 2015, Alain Berthoz explique en parlant de l'empathie que « pour se mettre à la place de l'autre, il faut constituer un corps propre et être capable de manipuler les points de vue et les référents spatiaux. Il note que « chez les personnes schizophrènes, il existe de profondes difficultés à changer de points de vue et surtout de passer de l'un à l'autre ». Les exercices effectués par imitation dits « en miroir » demandent une flexibilité mentale lorsqu'ils respectent la réversibilité du partenaire. En face-à-face, le bras gauche du partenaire correspond à mon bras droit et inversement. En proposant de varier les niveaux et les plans de travail nous alimentons cette richesse à la fois motrice mais aussi cognitive et donc psychique.

A propos du « corps propre », rappelons « [qu'] un tel corps ne peut être que s'il est un corps au même sens que tout autre corps : étendu dans l'espace, avec une certaine constitution matérielle. Mais, dans le fait d'être agissant [...] il gagne certaines propriétés ontologiques qui conduisent à son propos à parler de sujet »<sup>86</sup>. Les activités corporelles ont donc vocation à renforcer des référentiels égo puis exocentrés, voire par la suite allocentrés. Elles étayent ainsi l'accès à la subjectivation. Le mouvement, au travers des schèmes, enrichit les expérimentations spatiales structurantes.

Tour à tour, le référent spatial change lors de la séance avec Vincent. Je me déplace, lui non ; il se déplace, moi non ; nous nous déplaçons... Cela implique une vigilance concernant les indicateurs fournis par le partenaire. La réactivité nécessaire à l'accordage avec le partenaire s'appuie sur une lecture attentive de ses intentions. Les deux sujets participent d'un dialogue tonico-émotionnel appliqué. Ils instaurent une intersubjectivité. Guy Barrier parle de l'intersubjectivité comme d'une « continuité qui oublie le dualisme entre soi et autrui, et qui permet de participer à son activité interne grâce à son mouvement expressif, lequel reflète ses propres états mentaux »<sup>87</sup>. L'accordage à autrui est alimenté par une attention soutenue à ses mouvements, ou à l'initiation de ses mouvements. Le pratiquant d'aïkido, quel que soit son niveau, entretient cette *gymnastique cérébrale* consistant à décoder le langage corporel de son partenaire. Langage qui est souvent difficile à déchiffrer pour les personnes schizophrènes et qui forme ainsi une source d'incompréhension

---

<sup>85</sup> Association de Formations Post-Universitaires en Psychomotricité, lieu de la conférence : Faculté de Médecine de la Pitié-Salpêtrière, Paris.

<sup>86</sup> MARZANO M., (2007), p.248.

<sup>87</sup> BARRIER G., (2013), p.106.

importante. « [...] sans empathie, pas de sensibilité aux émotions d'autrui, donc à l'extrême, pas de reconnaissance fine des affects »<sup>88</sup>.

Comme nous l'avons vu avec Richard, l'angoisse fait fréquemment partie des problématiques inhérentes à la schizophrénie, *a fortiori* dans un établissement pénitentiaire. Les patients y sont parfois méfiants envers le personnel soignant. Ce besoin de réassurance dû à un manque d'accordage avec l'altérité, trouve un début de réponse dans les schèmes moteurs de Bartenieff. Ils permettent en effet de proposer des mobilisations actives de manière progressive. Ils offrent une palette élargie d'un même exercice. Je prends pour exemple le déplacement en « marche de l'ours ». Cette marche à quatre-pattes peut s'effectuer avec l'idée du schème homologue, les deux mains puis les deux pieds alternativement, en schème homolatéral, le pied et la main droits puis l'hémicorps gauche, ou encore en schème controlatéral. Si cet exercice, sollicitant fortement les épaules, est trop difficile, il est possible de poser les genoux au sol, revenant au schème spinal qui précède les trois schèmes cités à l'instant. Ce respect du rythme de progression évite de mettre en échec la personne tout en l'invitant à progresser. Nous ne cherchons pas la performance mais encourageons chacun des participants à donner le maximum d'eux-mêmes. Une fois que l'exercice effectué avec une relative aisance, nous pouvons le complexifier ou le combiner avec autre chose. J'y vois ainsi la confirmation des propos de Bonnie Bainbridge-Cohen qui atteste que les schèmes moteurs interagissent. Ils s'étayaient réciproquement, pourrais-je dire en dressant un parallèle avec l'étayage psychomoteur de Robert-Ouvray. Il semble cependant qu'ils répondent à une hiérarchie. Le schème controlatéral requiert le soutien des schèmes précédents par exemple.

La pluralité des variantes permet également de proposer la même trame d'exercices à un groupe hétérogène et de moduler en fonction des individualités. « [...] La question du ressenti corporel est fondamentale dans le traitement de la psychose, fondamentale à condition de savoir que les sensations corporelles n'ont de sens pour un individu qu'intégrées dans son vécu comme signes de son existence autonome qui permet le rapport aux autres. »<sup>89</sup>

Si le thérapeute répond de manière adaptée aux échanges moteurs et verbaux, il assure la sécurité tonique et émotionnelle. Dans cette optique je tente régulièrement de faire prendre du recul aux patients par rapport à une situation expérimentée. Je suis amené à évoquer mes propres ressentis. L'homme se construit par rapport au regard de l'autre. Ce que Julian de Ajuriaguerra a énoncé en ces termes : « La fonction motrice retrouve son

---

<sup>88</sup> *Ibid*, p.107.

<sup>89</sup> POUS G., (1995), p.27.

véritable sens humain et social que l'analyse neurologique et physio-pathologique lui avait fait perdre : être la première des fonctions de relation »<sup>90</sup>.

La question du lâcher-prise peut être conviée dans cet échange entre moi et autrui. Les exercices d'accordages respectifs lors du mouvement ou d'une technique en binôme, nécessitent de ne pas être crispé pour pouvoir accueillir les informations sensorielles. L'analogie avec l'état d'esprit me semble frappante. Etre obnubilé par une pensée ou une idée délirante empêche d'être en relation et donc de s'ajuster à l'autre.

Vincent montre dès les premières semaines de la prise en charge qu'il avait un bon accès à ses sensations. Il pouvait les localiser, les nommer voire les reproduire. Il ne pouvait cependant les intégrer. En travaillant à deux sur des techniques suscitant chez lui de l'intérêt, il a pu se concentrer et a montré qu'il mémorisait ce que nous voyions au fil des séances. De plus, les séquences travaillées lui demandaient d'être actif dans la relation et non plus receveur d'un soin de manière passive. En début d'année par exemple je travaillais avec lui au placement de sacs lestés sur son corps ou l'élaboration de motifs tactiles sur son dos. Ces exercices d'éveil sensoriel étaient pour lui relativement faciles et ne lui demandait qu'une faible participation. En utilisant l'aïkido et ses principes, son implication s'est accrue.

### **3. Le kata : s'affranchir de la technique pour créer un espace de rencontre**

Au bout de la septième séance de notre « Gymnastique du hara », nous entamons la création d'un *kata*. Ce terme indique la reproduction de mouvements précis dans le temps et l'espace. Ma maître de stage évoque en nous voyant un parallèle saisissant avec une chorégraphie de danse. Dans notre cas, les objectifs sont similaires. Ce kata est l'occasion de laisser Vincent décider par lui-même des actions, de montrer qu'il a intégré les mouvements. La reprise de mouvements issus des schèmes homolatéraux puis controlatéraux qui ont été bien intégrés par Vincent lui permet de les développer dans toutes les directions de l'espace et notamment dans la constitution du kata.

Vincent est invité à se servir du kata pour échanger avec moi des techniques d'attaques puis de parades. Nous avons décidé de montrer des *tachi waza*, des techniques debout, en binôme. Nous effectuons des mouvements identiques et simultanés puis prenons alternativement le rôle de *tori* ou *uke*. Nous gardons un contact lors du déroulement de ce kata. Nous devons être coordonnés dans le temps et dans l'espace et ceci sans contact tactile

---

<sup>90</sup> AJURIAGUERRA J., (1970).

permanent. « Nous avons donc trois espaces en continuelles communication et interaction, l'espace global dans lequel se déroule l'action, l'espace de notre corps (notre schéma corporel) et l'espace du corps de notre partenaire (son schéma corporel) »<sup>91</sup>. La liaison entre les deux partenaires s'effectue de manière transversale et agrmente la représentation spatiale de chacun.

« Lorsqu'il apprend le kata, le pratiquant prend appui dans un premier temps sur son modèle, l'enseignant, pour ensuite se représenter mentalement les mouvements (élaboration des schèmes moteurs) avant de les exécuter »<sup>92</sup>. Je rajouterai que dans le cas de Vincent la constitution commune de notre kata devient une façon de s'exprimer et de s'affirmer dans un dialogue entre le patient et le thérapeute, qui n'est pas enseignant mais partenaire. Il puise dans un référentiel commun pour imaginer la suite de l'enchaînement. La technique reprend son rôle de support et non pas de finalité.

Au final, l'intention, en aikido comme en psychomotricité, est au cœur de la pratique. Celui qui effectue l'action et celui qui la *reçoit* sont engagés dans un ici et maintenant. Le kata est également un moyen de faire sortir une potentielle violence enfouie en soi mais de façon encadrée.

#### E. La violence

Les personnes présentes en UHSA ont – ou sont suspectées d'avoir – commis un passage à l'acte, c'est-à-dire un acte répréhensible et la plupart du temps violent. « [...] La violence répond à une menace sur l'identité et correspond à une tentative de restauration de cette identité menacée. »<sup>93</sup>. Nous avons vu qu'elle correspond à une démarche infructueuse de symbolisation face à un évènement traumatique envahissant. Cette violence a pour essence une « menace narcissique » qui peut également se diriger vers soi.

Qu'il s'agisse de violence, c'est-à-dire de la manifestation d'une pulsion échappant à l'élaboration psychique, ou bien d'agressivité, résultant d'une décharge à connotation libidinale, ces problématiques s'avèrent récurrentes en UHSA. On ne peut évincer ces deux notions de la prise en charge.

---

<sup>91</sup> LOUVEL J.-P., (2007), p.97.

<sup>92</sup> *Ibid*, p.99.

<sup>93</sup> MILLAUD F., (1998), p.184.

Dans ce contexte une médiation basée sur un art martial doit néanmoins être expliquée à l'équipe soignante. La pratique d'arts martiaux peut véhiculer un message paradoxal auprès des équipes, voire des patients. En plus d'une information claire avec les autres soignants, nous avons écrit dans l'intranet de l'UHSA des transmissions précisant qu'il fallait surveiller la façon dont Vincent parlait de ses séances de psychomotricité et ne pas hésiter à nous en avertir. Jusqu'à présent, hormis quelques plaisanteries, la médiation paraît acceptée et nous insistons davantage sur le côté *gymnastique psychomotrice* de nos séances. Si Vincent paraît réceptif aux conseils et comprendre la notion d'harmonisation des énergies, la vigilance reste de mise. Je réitère régulièrement notre objectif de mise en mouvements dans le but d'aller à la rencontre de l'autre et non le combattre. Je veille également à conserver un cadre souple mais pérenne.

« Beaucoup de sujets schizophrènes sont dans ce registre (l'hypercontrôle), sauf quand les barrières cèdent et qu'ils passent à l'acte »<sup>94</sup>. Le patient souffrant de schizophrénie peut percevoir avec difficultés les afférences qui lui parviennent. La violence de ses réactions correspond à l'intensité de ce qu'il vit, notamment lors de moments de décompensation. Les accès et crises clastiques sont extrêmement rares dans les unités 2 et 3 du fait de la stabilisation des patients. Un travail sur les éprouvés corporopsychiques demeure malgré cela nécessaire. Il conditionne l'entrée en relation avec autrui. En aikido, si je reste crispé sur ma position, fermé, la technique ne peut se faire. Les ukemi permettent de repousser l'attaque de l'adversaire sans le blesser. Bien réalisée une chute ne génère aucun dommage. Cependant, un mouvement trop brusque empêche un déroulement fluide et sans à-coups. La régulation tonique se trouve ainsi directement sollicitée. Lorsque nous pratiquons des mises en situation de combat, notre engagement mental influe de manière directe sur notre tonus. Une trop grande appréhension nous fige dans une position. Il convient donc de respecter le rythme de progression à la fois technique mais aussi affectif du patient.

Lors des séances de « Gymnastique du hara », nous n'avons pas utilisé le bâton. Appelé *Jô* en aikido, il aurait pu être utilisé pour travailler la dureté de l'objet, les jeux de distance et divers applicatifs. Néanmoins, de par sa rigidité, il véhicule une image plus *frontale*. L'accordage relationnel qu'il implique n'aurait peut-être pas pu être compris de prime abord. Il requiert un niveau plus fin d'acceptation de la force du partenaire. Il en est de même pour l'emploi du *tanto* et du *ken*, désignant respectivement le poignard et le sabre. Compte tenu de l'utilisation d'une arme blanche par le patient lors de son passage à l'acte, la visée thérapeutique aurait probablement paru ambivalente.

---

<sup>94</sup> LESAGE B., (2012), p.86.

L'art martial intervient comme une médiation justifiée dans certains tableaux cliniques. Il rend possible la représentation de l'agresseur ou de l'agressé dans un cadre sécurisant. *Uke* et *tori* deviennent ainsi les acteurs d'une confrontation scénarisée, à la manière du psychodrame analytique. La différence principale étant ici l'importance de l'intention et du dosage au cours des exercices. Si celui qui engage l'action, le fait de manière trop brutale, ou à l'inverse trop effacée, le travail ne peut se faire. Il y a nécessité d'une présence psychocorporelle complète. Les fonctions exécutives, plus particulièrement l'attention et la planification, sont une fois de plus sollicitées. Si nous reprenons l'idée avancée par Alain Berthoz « que le cerveau projette sur le monde ses perceptions internes [et] qu'il construit sa perception en fonction des actions qu'il prépare »<sup>95</sup>, les schèmes moteurs stimulent nos capacités cérébrales en nous entraînant à considérer l'autre non plus comme un adversaire mais comme une personne disposant d'énergie et d'émotions avec lesquelles composer. « Vous coordonnez vos mouvements à ceux de l'adversaire. L'agresseur n'est pas le véritable problème mais ce que vous pouvez faire de l'agression et de l'agresseur devient le problème »<sup>96</sup>.

L'aïkido vise une harmonisation des forces. Nous cherchons à utiliser la force de l'autre pour la diriger à l'endroit où son équilibre peut vaciller. Nous mettons fin à l'énergie belligérante en préservant son intégrité et la nôtre. Cela requiert du pratiquant une bonne connaissance de son fonctionnement, une écoute attentive de sa posture, un contrôle de ses coordinations. Les schèmes peuvent alors fonctionner comme agencement d'une motricité libérée et apaisée. « La confrontation à ces lois du vivant est aussi une confrontation à des contraintes qui deviennent point d'appui pour se construire<sup>97</sup> ».

Les limites de notre corps et son fonctionnement rejoignent les limites de ce que nous pouvons faire subir à autrui. Nous pouvons plus facilement nous représenter la réalité de nos actions. « Une fois intégrée, la technique permet de s'exprimer »<sup>98</sup>. La technique engage le pratiquant vers l'exploration des liens entre ses différents segments, entre ses différentes coordinations, entre ce qu'il pense et ce qu'il vit. La technique l'exhorte à affiner ses capacités relationnelles et représentationnelles.

---

<sup>95</sup> BERTHOZ A., (1997), p. 290.

<sup>96</sup> <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/aikido-et-developpement-psychomoteur/>. Site officiel de Suzanne Robert-Ouvray, consulté le 09/03/16.

<sup>97</sup> OULANIER-ZANETTE C., (2002), p.95.

<sup>98</sup> BAINBRIDGE COHEN B., (2002), p.142.

## F. Se représenter et s'exprimer autrement

Les différentes synthèses d'entretien, avec les médecins psychiatres, les psychologues et l'équipe soignante, ont mis en avant les capacités intellectuelles et langagières de Vincent. Il présentait cependant une grande difficulté à parler de ses troubles, à les appréhender clairement. Le niveau représentationnel dont parle Suzanne Robert-Ouvray n'était pas suffisamment étayé par les autres niveaux, principalement les niveaux sensoriel et affectif. Malgré d'apparents progrès, certaines de ses croyances ou images demeurent encore inappropriées.

Dans le cas de Vincent, il me paraissait crucial d'aborder la question de son passage à l'acte sans le brusquer. Je souhaitais en effet conserver l'alliance thérapeutique initiale. Lorsque nous avons pour la première fois évoqué les événements précédant son arrestation, il a rapidement écourté la conversation en répétant : « j'étais fou, j'étais fou ». Il a également montré à ce moment des réactions tonico-émotionnelles probantes : soupirs, respiration thoracique haute et recrutement tonique important. La médiation corporelle, soutenue par les exercices inspirés de l'aïkido, permet d'expérimenter cette confrontation avec autrui tout en respectant son intégrité. Ces séances constituent je pense un complément adapté aux entretiens avec son médecin psychiatre et son psychologue. Il ne s'agit pas obligatoirement de parler mais de ressentir les changements opérés en soi dans des situations de confrontation.

La relation thérapeutique s'est nettement renforcée au cours de ces séances de « Gymnastique du hara ». Les temps de verbalisation sont plus riches. Ceci est dû à deux principales raisons. Vincent peut à présent faire un retour plus fin sur la séance car son investissement est plus fort. De plus, la confiance qu'il me porte semble avoir grandi notamment par ce travail corporel dans lequel nous expérimentons conjointement, changeons de rôle et proposons des idées chacun notre tour.

« Donner une place au corps, à la sensorialité, à la motricité c'est permettre de stimuler des traces mnésiques difficilement accessibles au seul langage ; à travers les dires du thérapeute, le patient peut laisser émerger les mots qui situent les failles, déficiences, conflits, blessures du corps »<sup>99</sup>. Favoriser des éprouvés corporels pertinents convie à ramener la personne à soi et à son histoire. Nous cheminons ensemble dans un dialogue entre de nouvelles sensations et la remémoration de situations. La médiation aïkido, soutenue par les

---

<sup>99</sup> LIOTARD D., (2010), p.59.

schèmes, me permet d'être davantage dans l'instant. Contrairement au début de la prise en charge, je prépare au minimum les séances, tâchant d'entretenir une spontanéité chez Vincent comme chez moi. Le déroulé de la séance et les quelques techniques vues préalablement garantissent cependant une structure cadrée et sécurisée.

Au fil des séances de « Gymnastique du hara » et de « Mouvements et Détente », je propose de nommer les façons de se mouvoir ou les techniques. Nous laissons notre corps s'exprimer et essayons ensuite de nommer les mouvements effectués. En groupe « Mouvements et détente », la marche du « kangourou » peut être suivie du « rampé militaire » ou du saut de « koh lanta ». En aikido, chaque technique possède une appellation propre mais nous employons au minimum le vocabulaire japonais afin de ne pas créer de confusion. Nommer les actions aide à les mémoriser mais les transforme aussi en quelque chose de plus personnel. Ce moyen d'expression requiert entre autres une compréhension globale de l'action. D'après mon humble expérience, les schèmes constituent les lettres d'un alphabet moteur comme les techniques d'aikido le sont pour un kata.

Nous abordons ainsi les difficultés de symbolisation inhérentes à la psychose. Elle se trouve souvent opposée à la névrose pour être explicitée : « [...] le névrosé est capable de reconnaître l'unité du corps, même si ce corps est mutilé, le psychotique n'en est pas capable »<sup>100</sup>. Ce manque d'unité corporelle s'étend à un défaut de représentation psychocorporelle. « Si le symbolique chez le sujet névrosé peut parfois faire défaut, il parvient plus ou moins à circonscrire le Réel »<sup>101</sup>. Le Réel, cité ici au sens lacanien, diffère de la réalité. Il se définit comme une limite de la connaissance et de la symbolisation, « il se disjoint de tout savoir et de toute loi, y compris du savoir inconscient. Il est sans nécessité, sans sens et est pure contingence. C'est l'innommable et l'impossible à dire »<sup>102</sup>. Ainsi, ce qui n'est pas venu autour du symbolique, apparaît dans le Réel du corps. Il convient de tempérer cette dichotomie entre névrosé et psychotique : « nombre de patients souffrant de troubles psychotiques ont une conscience au moins partielle de leur trouble »<sup>103</sup>. Le niveau de stabilisation influe également sur cette appréciation de la maladie.

Je remarque que les temps de verbalisation bénéficient d'un engouement limité. Le discours est fréquemment plaqué et sans profondeur. Les difficultés de retour sur les éprouvés corporels – difficulté, fatigue, intérêt – limitent ces temps. Je sens parfois comme

---

<sup>100</sup> PANKOW G., (1969), p.23.

<sup>101</sup> KATCHADOURIAN F., (2013), p. 127.

<sup>102</sup> *Loc. cit.*

<sup>103</sup> BINDLER L. (2012), p.8.

une gêne à s'exprimer au sein du groupe. Une fois de plus l'univers carcéral peut impacter cet accès aux ressentis et surtout son expression. Ma maître de stage m'a fait remarquer que Richard affiche dans les autres groupes une supériorité vis-à-vis des autres participants. Elle est très peu présente en groupe « Mouvements et détente ». L'accès à la réalité de ses compétences contribue certainement à favoriser des verbalisations plus modestes.

Vincent est également peu à l'aise pour s'exprimer lors des premières séances. Nous travaillons seuls depuis février. L'absence de ma maître de stage semble l'autoriser à s'exprimer sur des points personnels comme ses relations amoureuses ou la religion. Il m'interroge également sur ma pratique de l'aïkido à l'extérieur, voire d'autres sujets.

Cette ouverture vers l'extérieur transparaît dans son dessin du bonhomme réalisé le 29 mars 2016 (Cf. Annexe 2). Je remarque qu'il prend davantage de temps pour le réaliser. Il dira lui-même qu'il s'est « appliqué ». Cette fois le personnage est représenté les yeux grand-ouverts et de trois-quarts. La torsion du bonhomme véhicule l'idée de ceintures scapulaire et pelvienne dissociées. Nous pouvons y déceler l'intégration d'une troisième dimension, d'une possibilité d'entrée en relation. Le personnage a pris du relief. Peut-être en est-il de même de son image du corps. Vincent compare les deux dessins et affiche un sourire. « J'ai fait des progrès ! » lance-t-il. Il fait de lui-même le lien avec son goût pour les mangas, bande-dessinées japonaises. Il est possible d'émettre une réserve sur son investissement libidinal inhérent à l'image du corps. Son dessin semble en effet fortement inspiré de ses lectures. Le fait que son personnage présente une tridimensionnalité reste néanmoins encourageant.

Les schèmes provoquent certainement moins de diversité au niveau émotionnel que ne pourrait le faire un travail autour de l'improvisation théâtrale par exemple. Ils amènent en revanche à un travail de structuration psychocorporelle basée sur la proprioception, la régulation du tonus et selon leur utilisation, à une plus grande capacité de représentation. Cette dernière s'enrichit au gré des propositions de chacun. Elle fait écho à la variété des mouvements.

« Le mouvement dans la cure prend forme grâce au cadre : espace et lieu, le cadre devient corps de perceptions et de sensations ; dans cet espace fait de rythmicité (temps), d'actes et de leurs pauses naissent des formes, sorte de grammaire de la cinétique inconsciente ; certaines de ces formes conduisent à des actes, d'autres à la pensée verbale

qui leur donne sens et peut lier la représentation de chose et de mot à des images »<sup>104</sup>. Le passage à l'acte de Vincent a eu lieu lors d'une décompensation psychotique basée sur un délire mystique à mécanisme interprétatif. La compréhension erronée de textes religieux en a constitué l'origine. Le travail de l'équipe soignante vise à prévenir une vision unilatérale de la vie et aiguïser son esprit critique.

Je pense que Vincent a pu se saisir d'un grand nombre de propositions et j'ai pu observer des progrès dans de nombreux items psychomoteurs tels que sa coordination dynamique globale, sa régulation tonique, ses ajustements posturaux ou encore la qualité de son engagement affectif dans la relation. La relation thérapeutique de confiance qui semble s'être développée entre nous l'a conduit, lors des temps de verbalisation de fin de séance, à se confier sur des thèmes personnels. Il parle de la façon dont il envisage le futur et sa sortie de l'UHSA. Il a pu également exprimer un recul personnel sur ses troubles : « la schizophrénie c'est une maladie à vie ». Son traitement médicamenteux a progressivement été diminué. Il ne prend plus de Loxapac qui : « [le] rendait moins présent à [lui]-même ». Cependant ce travail de reconnaissance de la maladie correspond peut-être à un discours conciliant et l'équipe de soins réfléchit à le déclarer en Soins Libres. Il aurait alors la capacité de décider son retour immédiat en détention et arrêterait donc ce processus thérapeutique jusqu'alors en progrès.

Le cheminement thérapeutique de Vincent mais également celui de Daouda, Richard et Malik, n'est pas fini et ne le sera peut-être jamais. La psychomotricité contribue au travail interdisciplinaire de l'UHSA. Elle a la particularité de proposer d'expérimenter des vécus psychocorporels dans un lieu où ces derniers sont extrêmement précaires. Elle contribue à enrichir l'apprentissage des malades sur leur maladie et leurs éprouvés. Comme tout apprentissage, le travail sur les schèmes moteurs requiert une répétition mais cette répétition a une visée relationnelle. Elle est encadrée et adaptée. L'apprentissage ne s'impose pas, même si nous sommes majoritairement avec des personnes en soins contraints. Le but est de proposer des situations psychocorporelles pour que les patients décident ensuite par eux-mêmes de poursuivre cette découverte du corps en relation.

---

<sup>104</sup> SIKSOU J., (2015), *in* Konicheckis A., Korff sausse S., p. 165.

## CONCLUSION

---

Les personnes souffrant de schizophrénie en UHSA sont partiellement coupées de la société mais bien souvent aussi d'elles-mêmes. La psychomotricité offre alors la possibilité d'utiliser le corps comme invitation progressive à une rencontre avec soi, avec autrui.

Un travail se basant sur les schèmes apporte une contribution importante à la prise de conscience du corps car il exacerbe les influx proprioceptifs de manière structurante. Ceci a visiblement un impact positif sur les capacités de régulation tonique personnelle puis dans l'échange tonico-émotionnel qui peut s'instaurer entre deux patients ou entre un patient et le thérapeute.

La brièveté des prises en charge et des temps de verbalisation rend cependant difficile l'affirmation de progrès systématiques ou généralisés. Il semble malgré cela que l'approche par les schèmes moteurs soit une porte d'entrée complémentaire aux soins apportés en UHSA. Le patient les expérimente et peut ensuite s'exprimer autrement voire revivre des situations de façon sécurisée afin de potentiellement mettre des mots dessus. La difficulté consiste donc à s'adapter au niveau du patient. Il paraît judicieux d'insister sur certains schèmes qu'il pourra reprendre à son retour en détention, ou sa sortie, afin de l'inciter à poursuivre ce travail psychocorporel.

Il ne s'agit pas de promouvoir le sport ou ses dérivés de manière inadaptée. Le sport en détention peut aussi être néfaste avec notamment la musculation outrancière qui endommage les articulations. Il est donc important de chercher à mobiliser tout en respectant l'intégrité psychocorporelle de chacun. Les schèmes peuvent inspirer et soutenir des pratiques corporelles telles que l'aïkido, la gymnastique douce ou la relaxation... L'expressivité et les difficultés de gestion des émotions représentent également une problématique récurrente en UHSA. Quel pourrait être le rôle des schèmes dans des activités basées davantage sur l'expressivité comme le jeu d'improvisation théâtrale ou le mime ?

J'ai beaucoup appris de ces patients et de la magnifique complexité humaine, y compris lorsqu'elle se trouve aux prises avec une maladie aux effets si dévastateurs. Les schèmes moteurs m'ont guidé dans cette découverte psychomotrice des patients et de leurs ressources. Ils me guident également dans l'apprentissage de cette profession.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- AJURIAGUERRA J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, Masson.
- ANDRE P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., (2004). *Corps et Psychiatrie*. Paris, Heures de France.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, (5<sup>ème</sup> édition).
- BAINBRIDGE COHEN B., (2002). *Sentir, ressentir, agir*. Bruxelles, Contredanse.
- BARRIER G. (2013). *Les langages du corps en relation d'aide. La communication non verbale au-delà des mots*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeurs. Psychologies & psychothérapies.
- BERGE Y., (1975). *Vivre son corps. Pour une pédagogie du mouvement*. Paris, Seuil.
- BERTHOZ A., (1997). *Le sens du mouvement*. Paris, Odile Jacob, (édition de 2013).
- BINDLER L., ANDLAUER O., (2012). *La schizophrénie. 100 questions/réponses pour mieux comprendre la schizophrénie*, Ellipses, Paris.
- BODON BRUZEL M., Soigner en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée, in *Revue de l'infirmière* n°189, mars 2013, (dir.) Bourgeois F., p. 15-28.
- BUCHER H., (2004). *Développement et examen psychomoteur de l'enfant*, Paris, Masson.
- BULLINGER A., (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Tome 1. Un parcours de recherche*, Toulouse, Eres. (1<sup>ère</sup> édition 2004).
- BULLINGER A., (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Tome 2. L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*, Toulouse, Eres.

CALAIS-GERMAIN B., (1984). *Anatomie pour le mouvement. Introduction à l'analyse des techniques corporelles*. Editions DésIris. (4ème édition).

CHAPEROT C., CELACU V., La pensée et le langage par le corps dans la schizophrénie, *in Evolutions Psychomotrices* n°75, 2010, p.438.

CHRISTODOULOU A., Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte, *in Evolutions psychomotrices* n°71, 2006.

DEFIOLLES-PELTIER V., (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, Gaëtan Morin.

DEFIOLLES-PELTIER V., (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, vol.2. Méthodes et techniques*, Giromini F., Albaret J.-M., Scialom P., De Boeck-Solal, Paris.

DEMAILLY L., AUTES M., (2012). *La politique de santé mentale en France, acteurs, instruments, controverses*. Paris, Armand Colin Recherches.

DREUILHE J., LACOMBE J.-P., Aïkido et thérapie psychomotrice, *in Thérapie Psychomotrice et recherches* n° 123, juillet-septembre 2000, pp.102-111.

DUBRET G., UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction, *in L'information psychiatrique* n°84, juin 2008, pp. 543-550

EY H., (1996). *Schizophrénie, études cliniques et psychopathologiques*, Condé sur Noireau, Les empêcheurs de tourner en rond. (Édition posthume).

FERRAGUT E., (2008). *Médiations corporelles dans la pratique des soins*, Paris, Elsevier Masson.

GUIOSE M., (2007). *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heures de France. (2<sup>ème</sup> édition).

JAQUET C., NEVEU P., PIREYRE E. W, DE SAINTE MAREVILLE F., SCIALOM P., (2014). *Les liens corps esprit, regards croisés à partir de cas cliniques*, Paris, Dunod.

KATCHADOURIAN F., MANET C., Psychomotricité et psychose : un effet de stabilisation dans un cas de psychose ordinaire, *in Cliniques* n°5, janvier 2013, pp. 124-147.

KONICHECKIS A., KORFF SAUSSE S., (2015). *Le mouvement. Entre psychopathologie et créativité*, Paris, In Press.

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

- LESAGE B., (2014). *La danse dans le processus thérapeutique. Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Toulouse, Erès. (1<sup>ère</sup> édition 2006).
- LIOTARD D., (2010). *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, In Press.
- LOUVEL J.-P., (2007). *Arts martiaux en psychomotricité*, (dir.) Gaudry G., Guiose M., Grim O., Paris, Heures de France.
- MARZANO M. (2007) *Dictionnaire du corps*. Paris, Presses Universitaires de France.
- MILLAUD F., (1998) *Le passage à l'acte, aspects cliniques et psychodynamiques*, Paris, Masson.
- NASIO J.-D. (2008). *Mon corps et ses images. Le corps est la voie royale qui mène à l'inconscient !* Paris, Payot et Rivages. (2<sup>ème</sup> édition).
- OULANIER-ZANETTE C., ROBINEAU J-F., L'espace de l'enfermement. La thérapie psychomotrice en milieu carcéral in *Thérapie Psychomotrice* n°129, 2002.
- PANKOW G., (1969). *L'homme et sa psychose*, Manchecourt, Flammarion. (4<sup>ème</sup> édition).
- PASQUIER DE FRANCLIEU S., (2006). *Psychiatrie*, Paris, Med-line éditions.
- PIREYRE E. W., (2015). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Paris, Dunod.
- POUS G., (1995). *Thérapie corporelle des psychoses*, Paris, L'Harmattan.
- PRIEUR C., La psychiatrie française va de plus en plus mal, in *Le Monde*, 21 novembre 2008.
- REQUENA Y., (1989). *Qi Gong*, Paris, Guy Trédaniel.
- RINGUENET D., LARDINOIS M., (2011). *Psychiatrie 2<sup>ème</sup> édition*, La collection des conférenciers, Paris Elsevier Masson.
- REY A., REY-DEBOVE J., (1986), *Petit Robert*, dictionnaire de la langue française, Dictionnaires Le Robert, Paris.
- ROBERT-OUVRAY S. B., (1993). *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*. Paris, Desclée de Brouwer. (édition 2007).
- ROBERT-OUVRAY S. B., (1996). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris, Desclée de Brouwer.
- SIETSMA L., Sport, psychiatrie et évolution de la psychomotricité aux Pays-Bas in *Evolutions Psychomotrices* n°56, vol. 14, 2002, pp. 93-99.
- TISSIER C., (1990), *Aikido*, Argenteuil, Sedirep. (2<sup>nde</sup> édition).

## ANNEXE 1

### Article 122-1

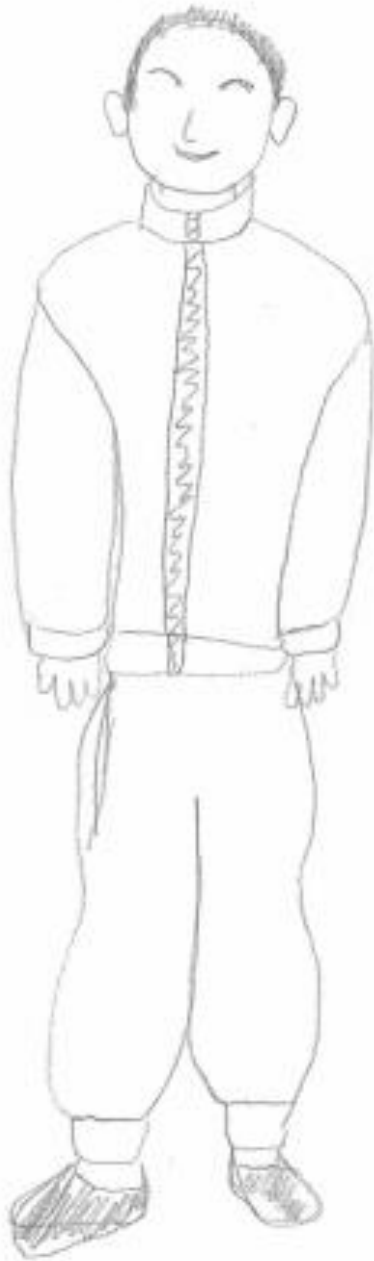
- Modifié par LOI n°2014-896 du 15 août 2014 - art. 17

N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état.

Source : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417213>, consulté le 14/01/16.

## ANNEXE 2



**Vincent, le 24/09/15**



**Vincent, le 29/03/16**

*Note : les échelles des dessins sont respectées à l'identique.*

## RESUME

---

La psychiatrie carcérale tente de répondre aux nécessités de soin auprès de personnes captives souffrant de maladie mentale. La schizophrénie impacte le rapport de la personne avec son corps et son environnement. Ces clivages amènent fréquemment à une diminution des capacités tonico-motrices et relationnelles, que la détention peut exacerber. Ce mémoire s'intéresse donc à l'emploi des coordinations de mouvements comme outils d'observation et support thérapeutique auprès de patients schizophrènes dans une UHSA. Les schèmes de mouvements décrits par I. Bartenieff se présentent comme une réponse pertinente et adaptable pour accompagner ce travail autour de la régulation tonique et des capacités représentatives.

En relation duelle ou groupale, au travers de différentes médiations -notamment l'aïkido- les schèmes de mouvement enrichissent le vécu psychocorporel des patients et guident la structuration d'un corps parfois mis à l'écart. La cohérence entre les différents schèmes permet une progression personnalisée. Les liens qu'il fournissent dans l'appréhension du corps et la relation à autrui ont vraisemblablement conduit des patients de l'UHSA à aborder différemment leurs interactions psychocorporelles.

**Mots clefs :** enfermement – schizophrénie- schèmes moteurs- prise de conscience- relation

## ABSTRACT

Prison psychiatry aims at answering the need of care for people in custody suffering mental illness. Schizophrenia strickens one's links to its body along with its environment. These cleavages lead to decreasing tonic-motor and relational abilities. They are often emphasized by confinement. This dissertation thus deals with the use of coordinated movements as observation tools and therapeutic frame with schizophrenic patients in a UHSA. The movement patterns described by I. Bartenieff appear a relevant and adjustable way to promoting tonic control and representative competencies.

Through dual or groupal relationships and various mediations -especially aikido- movement patterns extend psychocorporal experiences. They strengthen body structuration which is sometimes set aside. Patterns consistency offers personalized improvement. They provide links in the perception of one's body and the others. They have undoubtedly led patients of UHSA to a different approach of their psychocorporal interactions.

**Keywords :** custody - schizophrenia – movement patterns – conscientiousness – relationship