



HAL
open science

“ Art-martial et art du soin ” : un art martial comme médiation en psychomotricité auprès des patients psychotiques vieillissants en résidence médicalisée

Armel Bosunga

► **To cite this version:**

Armel Bosunga. “ Art-martial et art du soin ” : un art martial comme médiation en psychomotricité auprès des patients psychotiques vieillissants en résidence médicalisée. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01614534

HAL Id: dumas-01614534

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01614534v1>

Submitted on 11 Oct 2017

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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



« Art-martial et art du soin »

Un art martial comme médiation en psychomotricité auprès des patients
psychotiques vieillissants en résidence médicalisée



Un cours d'arts martiaux pour personnes âgées au Vietnam.

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricité

Maître de mémoire :

M. Olivier Grim

Session : Juin 2017

Armel Bosunga

Remerciements

Merci Frésia de m'avoir encouragé à penser le *taekwondo* comme une approche spécifique en psychomotricité.

Merci Sydney et Kérya pour tous ces échanges cliniques sur l'utilisation des arts-martiaux en psychomotricité. Le partage de vos expériences m'a aidé plus d'une fois à penser mon propre dispositif.

Merci Maître Ma. pour votre enseignement traditionnel du *taekwondo*. Vous m'avez aidé à questionner la dimension philosophique de cette discipline.

Merci Floriane et Alice pour le temps que vous m'avez accordé et pour les relectures de mémoire.

Merci Charlotte car je me souviens que c'est toi qui a été à l'initiative de toutes mes réflexions cliniques en institution gériatrique !

Willy, tu m'as montré par l'exemple et nos échanges, ont été, sont et seront, probablement des sources d'inspiration. Chaleureusement Merci !

Votre accompagnement sans faille m'a nourri intellectuellement. Merci pour tant de générosité Monsieur Grim. Puisse ce voyage continuer, encore.

Aux patients de l'unité et aux soignants, plus que n'importe qui vous avez grandement participé à ma formation, notre rencontre, pour ma part, fait date. Merci pour ce voyage martial thérapeutique !

Pour ton soutien quotidien et tes attentions régulières, tendrement merci Aurélie.

Enfin, merci à celles et ceux dont les actes et les pensées m'ont parfois blessé, eux-aussi, participe à questionner et réaffirmer mes propres réflexions.

À vous tous merci !

Sommaire

Avant-propos	5
Introduction	6
I. Histoire et actualité de l'institution	10
A. Le comité Ozerov	10
B. La Société Philanthropique	11
C. Descriptif de la résidence	12
1) Projet d'établissement	14
2) Personnel soignant	15
D. Regard historique de la psychogériatrie	16
II. Unité ouverte pour patients psychotiques vieillissants	19
A. Présentation du public	19
B. Profils des résidents	21
C. Contexte et orientation de l'unité	24
D. Mon intégration	25
III. Accompagnement en psychomotricité des patients psychotiques	27
A. De la violence fondamentale à la violence du psychotique	27
B. Signes cliniques	31
1) Délire et hallucination	31
2) L'angoisse et le repli socio-professionnel	34
3) La désorganisation	35
4) La non-conscience de l'état morbide	36
C. Expression et interactions corporelles dans l'art martial externe	36
1) Expression	36
2) Les interactions corporelles en psychomotricité	38
IV. Le groupe art-martial	40
A. Histoire et philosophie du Taekwondo	40
B. Projet	44

C. Cadre	46
1) Le groupe	47
2) Lieu de la prise en soin	51
3) Le déroulement d'une séance	52
V. Observations psychomotrices	57
A. Madame Z	58
1) Anamnèse	58
2) Portrait et bilan d'observation	58
3) Projet thérapeutique.....	62
4) Évolutions et synthèse	62
B. Monsieur L.	66
1) Anamnèse	66
2) Portrait et bilan d'observation	67
3) Projet thérapeutique.....	69
4) Évolutions et synthèse	70
VI. Discussion	72
A. Art-martial : espace transitionnel pour exprimer ses angoisses	72
1) Les mécanismes de défense.....	72
2) Création d'un espace transitionnel.....	75
3) Aménagements du dispositif.....	77
B. Groupe et institution : une question d'enveloppe(s)	78
C. Penser le soin en psychomotricité	81
Conclusion	84
Bibliographie	86

Avant-propos

« Dans le cas du tir à l'arc, celui qui lance et celui qui reçoit ne sont plus des entités opposées, mais une seule et même réalité. L'archer n'a pas conscience de lui-même comme d'un être occupé à atteindre le centre de la cible devant lui. Et cet état de non-conscience ne s'obtient que lorsque l'archer, parfaitement vidé et débarrasser de son *ego*, ne fait plus qu'un avec l'amélioration de son habilité technique – bien qu'il y ait dans cette habilité quelque chose d'un ordre tout différent que ne peut donner aucune étude méthodique du tir à l'arc »¹. Autorisons-nous quelques analogies pour illustrer l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées en résidence médicalisée.

Selon moi, le tir à l'arc représente le théâtre du soin, l'archer et la cible évoque dans l'ordre le soignant et le patient. La citation lie les deux acteurs. Il s'agit là d'une prise de position sur deux éléments : le statut des personnes âgées en institution et le lien entretenu entre elles et le personnel de l'institution. Leur statut officiel répond plutôt à l'appellation générique de résident. Toutefois l'unité dans laquelle j'ai réalisé mon stage désigne nommément les *patients psychotiques vieillissants*. En outre, la relation entre les patients et les soignants est parfois mise à l'épreuve par de nombreux facteurs inhérents au fonctionnement de l'institution. Nous choisissons de lier : patients et soignants. L'*ego* est à pensé comme un sentiment d'être et d'avoir une identité², dans la culture zen l'*ego* est une illusion. Nous épousons l'idée que la technique est un cadre sur lequel on s'appuie et qui n'enferme pas dans des *bonnes pratiques* dont l'usage en institution est religieusement respectées et parfois contournées. Cette citation est une métaphore³ du théâtre du soin mais aussi de l'état d'esprit martial.

¹ Herrigel E. (1993), p.8.

² Selon les cultures, l'*ego* est dirigé vers l'avoir, l'être ou les deux. Dans la culture zen, l'*ego* est une illusion.

³ La métaphore prend une toute autre tournure si l'on inverse les rôles : l'archer serait le patient et la cible illustrerait les soignants. Par ses flèches le *fou* interpellerait les soignants et l'institution...

Introduction

La situation des patients psychotiques vieillissants est abordée dans les déclarations de consensus sur la psychiatrie de la personne âgée publiées par l’OMS⁴. Elles visent à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. En Europe, le sujet du vieillissement suscite de l’intérêt⁵. Toutefois il concerne plus le financement des retraites que l’avenir des psychotiques vieillissants. La « propagande politico-sanitaire »⁶ oriente ses actions vers le traitement de la dépression, des addictions, de la précarité-exclusion, de la psychopathologie du travail mais ne traite pas le devenir des patients précités.

Le contexte médico-social autour de ces patients laisse voir une tendance au manque de lits, à la diminution de la durée de séjour, à la réorganisation des unités de soins et des mutations de l’hospitalisation plus tournée vers le traitement de la crise que par les hospitalisations de longue durée. Les organismes de tutelles constatent parfois l’inadéquation de ces patients au sein des EHPAD mais sont pourtant contraints de demander à ces institutions l’accueil de leurs protégés dès 60 ans, faute de solution alternative.

Pourtant les effets du vieillissement sur cette population sont nombreux : les troubles cognitifs, les évolutions démentielle et l’agressivité. Par conséquent, en clinique institutionnelle on observe qu’il est difficile de traiter les troubles psycho-comportementaux de ces patients.

⁴ De Mendonca Lima CA, (2002) ; 2 : 129-40.

⁵ Commission européenne, «L’Union européenne amorce un débat public sur l’avenir des retraites», <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=89&newsId=839&furtherNews=yes>, 18/04/2017

⁶ La propagande politique dans le cadre sanitaire et sociale est un moyen d’agir sur les mentalités pour changer des situations sociales qui permettront de réformer la société en profondeur.

Ces patients répondent à la désignation de « handicapés psychiques ». Cette appellation vise à déstigmatiser la maladie mentale et faire du patient un usager⁷. Toutefois, sous couvert de cette appellation générique les institutions prennent-elles la mesure de l'accompagnement de ces patients ? La création d'une unité spécialisée est-elle suffisante pour garantir un accompagnement adapté ? Dans quelle mesure l'accompagnement en psychomotricité peut-il au moins en partie soutenir le soin de ces patients ?

En institution, les thérapeutiques sont de deux ordres : l'approche médicamenteuse et l'approche non-médicamenteuse. Il semble que le clivage de la médecine occidentale moderne entre ce qu'il convient d'appeler les « maladies neurologiques » et les « maladies de la psyché » s'apprécie dans la hiérarchisation d'une approche sur l'autre. Les médicaments sont prescrits en première intention dans le cas de maladie d'Alzheimer ou de maladies psychiatriques. Ils ne sont pas curatifs et n'empêchent aucunement la dégénérescence et la mort neuronale, mais peuvent ralentir la progression symptomatique de la maladie. Pour ce qui est des maladies psychiatriques, des psychotropes sont prescrits. Il s'agit d'une substance qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux. Le terme psychotrope s'appuie sur deux mots grec : *psukhê* et *trope*. Selon Jean Delay, psychiatre, neurologue et écrivain français en 1957, « on appelle psychotrope, une substance chimique d'origine naturelle ou artificielle, qui a un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui est susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification »⁸. Cette rapide présentation des thérapeutiques permet d'introduire la question du cadre de soin.

⁷ Désignation recommandée par le rapport de mission de E. Piel et J.-L. Roelandt et soutenue par l'Unafam.

⁸ Clarac F., Ternaux J.-P., (2008), p. 744.

Le premier cadre de pensée de l'intervention auprès des personnes âgées est médical. La gériatrie est une spécialité de la médecine consacrée à la clinique et au traitement des patients âgés. C'est Isaac Nasher qui, aux États unis, a employé le premier le terme de Gériatrie en 1909. Cette discipline se distingue par son approche pluridisciplinaire dont le but est d'aborder le patient dans sa totalité. C'est à dire, intégrer une pathologie donnée à la vie relationnelle et affective du patient. Le deuxième cadre de pensée a trait à la gérontologie. Elle étudie les modalités et les causes des modifications que l'âge imprime au fonctionnement des humains, sur tous les plans, notamment médicale mais aussi biologique, psychologique, économique, social et philosophique.

Durant les premiers mois de mon stage, j'observe très peu de discussions entre les résidents. La présence des professionnels est alors obligatoire pour susciter un semblant d'interaction social. Au réfectoire, à l'heure du repas de midi, j'observe de nombreux patients chaudement habillés alors même que la température est plutôt élevée. En dehors des repas, de nombreux résidents déambulent dans le réfectoire et dans les couloirs emmitouflés dans des gros manteaux. Les corps me semblent comme protégés, cachés, noyés sous plusieurs couches de vêtements. Certains résidents suent à grosses gouttes. Difficile de ne pas supposer, une problématique de morcellement du corps surtout dans une telle unité. Ces vêtements m'apparaissent être une tentative de résolution d'une problématique de contenance des angoisses. Le groupe à médiation corporelle peut porter un aspect thérapeutique pour des patients psychotiques.

Pratiquant le *Taekwondo* depuis maintenant quatre ans, j'ai cru bon de contacter une résidence médicalisée avec le projet de proposer un atelier art-martial inspiré de ma propre pratique et du socle théorique de la psychomotricité. J'ai choisi de questionner la pertinence d'une approche psychomotrice spécifique dans une unité ouverte pour patients psychotiques vieillissants car la pratique des arts-martiaux s'étend dorénavant au-delà des *Dojos*. Dans les institutions médico-sociales, cette pratique peut prendre la forme d'une activité à visée thérapeutique. Par ailleurs, ce mémoire clos un long cycle d'étude qui s'est tourné vers le commerce, les ressources humaines et la psychomotricité. Ma curiosité pour les sciences humaines et sociales m'ont guidé et ont orienté mes recherches. Il m'a semblé intéressant d'articuler un regard clinique et institutionnel dans la prise en soin en psychomotricité.

Nous proposons un accompagnement en psychomotricité des patients psychotiques vieillissants à partir de la médiation corporelle spécifique art martial. J'émetts l'hypothèse qu'un groupe à médiation peut participer à l'expression et aux interactions corporelles de la personne âgée atteinte de troubles psychiatriques. Dans un premier temps, nous présenterons l'institution en vue d'apporter au lecteur une représentation du contexte historique et philosophique qui a des répercussions sur la façon d'exercer des différents acteurs. Dans un second temps, nous introduirons l'unité pour patients psychotiques. Nous prendrons soin de présenter le contexte de la création de cette unité et les patients qui y résident. Nous tenterons ensuite de répondre à la problématique par nos observations cliniques et leurs mises en lien avec les apports de la psychomotricité. Parce que ce stage a apporté des réponses à mes interrogations mais à également enrichi ma réflexion, je cite Francis Blanche : « Il est bon de remettre tout en question, chaque jour »⁹.

⁹ Acteur, artiste, et comique Français, né le 20 juillet 1921 et mort le 6 juillet 1974.

I. Histoire et actualité de l'institution

A. Le comité Ozerov

J'ai intégré un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans le cadre de mon stage de troisième année. Les EHPAD sont des maisons de retraites médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Ils s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. La Résidence Médicalisée, a été créée en 1950 par le Comité OZEROV¹⁰ d'aide aux réfugiés russes. Dans une telle institution, un détour par l'histoire dépasse la simple information. Elle revêt ici un caractère important car elle permet de comprendre les pratiques actuelles.

En 1864, le tsar Alexandre II délégua l'activité sociale de l'Empire aux collectivités locales : collectivités rurales (Zemstis) et collectivités urbaines (Gomotas). Les Zemstis oeuvraient dans des domaines variés (éducation, santé développement rural). Ils formèrent aussi des travailleurs sociaux et des organisateurs issus pour la plupart de la noblesse locale. En 1915, le Zemstis et les Gomotas fusionnent pour devenir le comité OZEROV. Ce comité oriente alors ses missions vers l'aide aux blessés et aux familles de soldats. Après 1917, il a été reconstitué en France par quelques uns de ses membres émigrés, sous la forme d'une association à but non lucratif vouée à la bienfaisance au sein des réfugiés russes en Europe.

En 1950, le comité a estimé opportun de créer une maison de retraite du fait du vieillissement de l'émigration. Celle-ci a été réalisée avec l'aide d'organisations internationales et l'autorisation des autorités françaises. Grâce à l'OIR (Organisation Internationale pour les Réfugiés) le OZEROV fit l'acquisition d'une propriété, ancien couvent de Bénédictines. La capacité d'accueil initiale de soixante-quinze places s'est étendue progressivement jusqu'à atteindre la capacité actuelle de deux cents huit lits autorisés.

¹⁰ Pour préserver la confidentialité, le nom de l'EHPAD a été changé.

En 2008, par un Traité d'Apport Partiel d'Actif¹¹, le Comité OZEROV a transféré à la Société Philanthropique la propriété et la gestion de la Résidence Médicalisée Ozerov, les valeurs d'humanisme de partage et d'engagement de la Société Philanthropique concordant avec celles du Comité OZEROV.

B. La Société Philanthropique

La Société Philanthropique fut fondée en 1780, reconnue d'utilité publique depuis 1839. Elle est aujourd'hui une association d'action sociale et médico-sociale offrant des solutions pour aider les personnes rendues vulnérables par le grand âge, le handicap, la maladie, la précarité sociale ou les difficultés économiques. Ce positionnement correspond à la fois à l'esprit altruiste du siècle des Lumières, aux idées rousseauistes et à un idéal de générosité et de partage. La Société Philanthropique croit en l'Homme et au progrès de la science au service de l'homme. Ses membres fondateurs ont pour but d'aider leurs contemporains les plus démunis en s'occupant « à secourir par le concours de leur fortune ou de leur lumière, la vertu indigente et souffrante »¹². Une des originalités de l'association est de constituer une société laïque ouverte à tous les courants de pensée. La philanthropie trouve son origine dans la morale, à travers la compassion, il s'agit de souffrir avec. Le philanthrope sent entre lui et les hommes un lien motivant son aide pour autrui.

Docteur en science politique, Elisa Chelle affirme dans une publication audiovisuelle¹³ que le terme de philanthropie est utilisé pour la première fois en 1712. Les philanthropes deviennent ainsi la référence pour citer les patriotes prérévolutionnaires.

¹¹ Opération consistant, pour une société d'apporter à une autre une partie de ses éléments d'actif et de passif.

¹² Site Web d'un EHPAD géré par La Société Philanthropique. Histoire et valeurs de La Société Philanthropique, [En ligne]. <http://www.villa-excelsior.com/la-societe-philanthropique/> (Page consultée le 05 mars 2017).

¹³ Elisa Chelle. *Le primat du politique ? Genèses de la philanthropie en France et aux USA* [vidéo en ligne]. Youtube, 21/04/2015 [consulté le 26 novembre 2016]. 1 vidéo, 23 min et 12 secondes. <https://www.youtube.com/watch?v=rTaLpAZfSw&t=426s>

Dans une approche étymologique et philosophique, le terme « société » est tiré du latin *societas*. Il désigne une réunion, une communauté, une compagnie, voire une union politique. Tandis que le mot « philanthropie » vient des mots grecs *philos* (ami) et *anthropos* (homme). La doctrine de vie de la philanthropie place l'humanité au premier plan de ses priorités. La philanthropie se distingue de la charité par son projet politique. Quand la charité répond au dessein de Dieu, la philanthropie lui répond en mettant l'Homme et la science au premier plan. Selon Elisa Chelle, la philanthropie est « un moyen, pour les élites, de contester un ordre politique et d'asseoir un pouvoir politique hors de la sphère gouvernementale et donc de remettre en cause l'ordre établi. Elle est donc révolutionnaire »¹⁴. À ce jour la Société Philanthropique a développé une activité diversifiée qui se traduit par la création et la gestion de nombreux établissements. Elle oriente ainsi les politiques sociales tout en encourageant les partenariats publics-privés sociaux.

C. Descriptif de la résidence

L'établissement dispose de trois principaux lieux de vie. Les bâtiments A, C et D concernent l'hébergement permanent dit général. Le bâtiment A dispose d'une capacité d'accueil de 47 lits répartis sur 4 niveaux avec une salle à manger. Le bâtiment C propose 50 lits répartis sur 3 étages avec 3 salles à manger et le bâtiment D compte 74 lits.

Le niveau moins un du bâtiment C comporte un espace fermé par porte à code. L'unité d'Hébergement Renforcée est consacrée à l'accueil des résidents dont le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée est posé et que la personne présente des troubles du comportement au sein d'une unité classique (agressivité, déambulation, errance). Le comportement de la personne nuit à sa sécurité et à sa qualité de vie et/ou celle des autres. Il constitue l'un des dispositifs créé par la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012.

¹⁴ *Ibid.*

Cet espace permet un accompagnement spécifique des malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement sévères sur une durée déterminée. Après diminution des troubles du comportement une sortie est alors envisagée. L'unité dispose de 14 lits 24h/24.

L'unité des Patients Psychotiques Vieillissants (UPPV) a ouvert au cinquième étage du bâtiment B depuis le 7 décembre 2015. Cette unité dispose de 14 lits. Elle a pour mission de répondre aux besoins spécifiques des personnes psychotiques vieillissantes. L'unité tient compte de l'évolution du processus de la psychose et des effets du vieillissement qui légitiment l'adaptation de la thérapeutique et de la prise en charge. Le reste du bâtiment B dispose de 27 lits répartis sur les deux étages inférieurs soit le quatrième et le troisième étage.

La résidence compte un Pole d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). C'est un dispositif de prise en charge de résidents dans des conditions privilégiées. Le nombre de professionnel est élevé pour un nombre de résident réduit. Le PASA est ouvert du lundi au vendredi. On y compte 12 accueillis au maximum pour 5 professionnels. Des activités thérapeutiques sont proposées au sein d'un espace calme et aménagé pour permettre la déambulation. Ce dispositif vise à la stabilisation voire la diminution des troubles du comportement ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des résidents. Il s'adresse aux personnes hébergées à domicile et atteintes de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Enfin, la plateforme d'accompagnement et de répit est dédiée aux aidants d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

1) Projet d'établissement

La notion de projet d'établissement apparaît dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale dans le chapitre sur les « droits des usagers ». Il est orienté vers l'accompagnement du résident. Selon le code de l'action sociale et des familles, article L311-8, le projet d'établissement présente des objectifs ainsi que des modalités d'organisation et de fonctionnement. Il est établi sur une durée maximale de cinq années après consultation du conseil de la vie sociale. Les deux principaux axes de ce projet visent d'une part à garantir les droits des usagers et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale et d'autre part à instaurer des procédures de pilotage du dispositif. Les orientations stratégiques du projet d'établissement sont définies pour les cinq années à venir. À Ozerov, elles prévoient le développement et le soutien d'une politique de bienveillance, l'harmonisation et l'évaluation des pratiques, le développement des activités thérapeutiques et des prises en charge non médicamenteuses. Et enfin la réflexion sur une prise en charge spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (et troubles apparentés) ainsi que des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Le projet d'établissement comporte aussi un projet de vie et projet de soins. Le premier tend à améliorer la qualité d'accueil et d'accompagnement dans le respect des droits et libertés des résidents. Il vise en outre à adapter le projet d'animation aux attentes et besoins des résidents atteints de troubles cognitifs ou non. Le second est fondé sur les valeurs et les objectifs primordiaux précisés. Le soin aux personnes âgées réclame une exigence renforcée, une approche globale englobant la dimension médicale, psychologique et socio-culturelle. Le projet de soins comprend le projet médical, il est porté par le médecin coordonnateur de la résidence sous l'autorité du directeur. Les objectifs du projet personnalisé et individuel adaptés au résident sont réactualisés annuellement.

Le projet de soins est élaboré et mis en œuvre par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante. Il fait partie du projet de vie de l'institution. Pour autant, le projet de vie et le projet de soin renvoient à une démarche de co-construction entre la personne accueillie et les équipes professionnelles.

Ce processus débute lors de l'entrée en institution d'une personne âgée, une évaluation gériatrique est réalisée. De plus, une grille d'habitudes de vie est remplie afin que le personnel connaisse mieux la personne. Ces renseignements permettent d'établir différents projets dans le but de respecter la personne et de maintenir son autonomie. Au sein de la résidence, le projet personnalisé est porté par la volonté institutionnelle d'une individualisation du projet. En effet, il porte le nom de projet personnalisé et individualisé. Cette démarche marque l'émergence de la méthode dite du « *person-centred care*¹⁵ ». Elle concerne tout un mouvement de soin dont celui de la prise en charge des personnes atteintes de démence. Les soins centrés sur la personne désigne l'ensemble d'idées et de pratiques mettant l'accent sur les interactions entre le soignant et le soigné.

2) Personnel soignant

La résidence médicalisée est à la croisée des chemins entre un lieu de vie et un lieu de soin. Toutefois le profil médical et social des résidents hébergés tant à faire de l'EHPAD, un lieu de soin médical de prime abord, avec pour corolaire d'avoir un personnel majoritairement issu du secteur de la santé.

Le pôle soin se compose d'un médecin coordonnateur et deux médecins cliniciens. L'infirmière générale et responsable assurance qualité supervise les soins et valide la création

¹⁵ Modèle de soin décrit par le chercheur anglais Tom Kitwood. Elle accorde une grande place à la subjectivité du patient. Elle favorise la participation active du patient à son traitement en coopération avec l'équipe de soin.

et l'actualisation des procédures. Elle a un lien hiérarchique direct avec les infirmiers coordonnateurs (IDEC). L'équipe soignante de chaque bâtiment est placée sous la responsabilité hiérarchique d'une IDEC. Le bâtiment A et C étant supervisé par une IDEC. On compte donc trois IDEC. Ils assurent la continuité de l'encadrement de proximité et sont partenaires du médecin coordonnateur. Il y a ensuite huit infirmières en équivalent temps plein, cinquante quatre aides-soignantes (AS), aides médico-psychologiques (AMP) et assistants de soins en gérontologie (ASG). Ce pôle de soin comprend le pôle paramédical. On y note la présence d'un éducateur physique et sportif, deux psychologues en équivalents temps plein, trois kinésithérapeutes libéraux, deux diététiciennes à mi-temps, deux psychomotriciens dont une à mi-temps.

D. Regard historique de la psychogériatrie

Cette partie tentera de poser les jalons de la psychogériatrie. Toutefois le développement de la gériatrie et la prise en compte du psychisme du sujet âgé ne s'est pas fait de façon linéaire. Mon lieu de stage étant d'abord un établissement d'accueil pour personnes âgées, je choisis donc de débiter ma rédaction par l'avènement de la gériatrie et d'introduire ensuite l'étude des soins de l'âme.

Selon Charazac P. (2011, p.2), de l'antiquité à l'ancien régime, les prémices de l'approche gériatrique s'intéresse à deux éléments : la destinée du vieillard et la façon dont on limite cet accident fâcheux qu'est l'âge qui passe. Sous Louis XIV, l'assistance aux vieillards existaient déjà cependant elle concernait les vétérans de ses opérations militaires. C'est la convention, durant la période de la révolution française de 1789 à 1799 qui a imposé le terme hospice. Ces maisons d'assistance reçoivent les vieillards sans le sou ou atteints de maladie chronique. Elles étaient souvent tenues par des religieux.

L'essor de la médecine moderne s'est appuyé sur la psychiatrie du sujet âgé, jadis abordé par deux médecins aliénistes¹⁶ : Pinel et Esquirol. Le second ayant repris les travaux du premier pour préciser en 1838 que le tableau de la démence sénile est différent de celui de l'idiotie¹⁷. Le médecin neurologue Jean-Martin Charcot s'est appuyé sur la neurologie et la psychanalyse dans le cadre de l'étude sur l'hystérie. Plus proche de notre objet, d'après Lellouch A. (1992), Charcot distingue trois groupes de maladies : celles liées au vieillissement, celles apparaissant à tout âge mais qui prennent une tournure particulière chez les personnes âgées et celles s'avérant moins nocives chez les personnes âgées. À la fin du XIXe, les travaux du médecin psychiatre Emil KRAEPELIN s'intègre aux grandes classifications psychiatriques. Ces études concernaient les patients âgés et décrivaient notamment la démence vésanique. Ce concept se rapportait à des pseudodémences du fait qu'il s'agissait d'états d'allure déficitaire, mais sans déficit intellectuel vrai. La démence vésanique regroupe l'évolution terminale de la majorité des affections psychotiques chroniques. Cette entité nosographique est actuellement tombée en désuétude. Toutefois elle confirme le fait que le sujet âgé fasse l'objet de recherche depuis de nombreuses années.

À partir de l'après-guerre la personne âgée voit un renouveau d'intérêt pour la société Française. L'événement le plus tranchant est le rapport de la commission Laroque en 1961. Le conseiller d'Etat alerte l'opinion sur le mal-logement, sur leur isolement mais aussi sur la situation de grande pauvreté dans laquelle se trouvent nombre de retraités. Le rapport Laroque a créé une catégorie sociale qui n'existait pas en tant que telle, celle des « personnes âgées, en ce sens qu'elle ne recouvrait pas une réalité sociale clairement identifiée »¹⁸ et deux idées fondamentales vont s'imposer avec le temps : la définition d'un groupe « personnes âgées », pour lequel il propose une politique de la vieillesse.

¹⁶ Ces médecins spécialistes, au XIXe, se vouaient dans les asiles à l'étude et au traitement des malades mentaux.

¹⁷ Sur le plan médical, l'idiotie concernait est un état d'arriération mentale.

¹⁸ ENNUYER.B, (2004), *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, p.29, Paris, Dunod.

La vieillesse devient un problème en devenir pour le maintien de notre modèle social. Il donnera lieu à de véritables évolutions telles que la revalorisation des retraites et la création de logements-foyers. Aujourd'hui, le rapport Laroque a perdu de sa pertinence sur certains sujets. Vieillesse et pauvreté ne vont plus forcément de pairs. La personne âgée passe donc d'une catégorie sociale à un segment de marché. Nous garderons à l'esprit cette dimension mais nous ne l'a développerons pas au profit de l'avènement de la psychogériatrie.

La psychogériatrie est influencée par la gériatrie, la psychiatrie et la psychologie. En France, ce n'est que depuis l'arrêté du 22 septembre 2004 que la gériatrie est présente au rang des spécialités médicales. Le développement de cette discipline médicale a été influencé par l'équipe du Professeur Junod à Genève. Il innovait déjà en 1972 avec son modèle pluridisciplinaire qui s'articulait autour de professionnels de disciplines dites somatiques¹⁹ et des psychiatres. Dans l'hexagone, c'est en 1986 que la société de psychogériatrie de langue française fut créée à Limoge. En outre, durant l'après guerre, de nombreux psychiatres ont questionné le rôle de la vie asilaire dans l'apparition de symptômes jusqu'à la pensée par le prisme de la maladie mentale. Cet environnement fut opportun au développement des techniques de groupe et de nouveaux apports théoriques au sein des institutions gériatriques. Enfin, la psychologie du sujet âgé a été nourrie par la psychométrie, la psychologie sociale par l'étude des aidants et de la psychologie clinique d'inspiration psychanalytique. Selon Richard et Bovier « la psychogériatrie est la discipline qui s'intéresse essentiellement, du point de vue du patient, de son entourage et de ceux qui, d'une façon ou d'une autre, participent à ses soins, à la psychologie de la pratique soignante à l'âge avancé » Charazac P. (2011, p. 11). Un regard historique permet de situer les influences, conscientisée ou non, de mon terrain de stage.

¹⁹ C'est ainsi que le psychiatre désigne son confrère d'une discipline concernant le corps et ses organes.

II. Unité ouverte pour patients psychotiques vieillissants

A. Présentation du public

Dans l'hexagone, le devenir des sujets psychotiques vieillissants, leur destin sont des préoccupations récurrentes des familles, des pouvoirs publics et des professionnels. Au sein de l'unité certains patients étaient déjà traités et suivis en psychiatrie tandis que d'autres traversaient une situation socio-économique plus difficile (sans domicile fixe). Le glissement de la maladie mentale vers un répertoire de troubles dont la dénomination est « handicap psychique » ainsi que les pressions médico-économiques ont une incidence concrète sur la qualité des prises en charge et l'implication des politiques. Il semble que les pouvoirs publics orientent les ressources vers des institutions accueillant des patients manifestant un épisode aigu. Par contraste, ce stage m'a offert un regard sur cette institution accueillant un public dont la pathologie est chronique. Mon terrain de stage questionne la prise en soin des personnes psychotiques au sein d'une unité ouverte.

L'unité pour personnes psychotiques vieillissantes a été fondée sur le constat qu'un nombre croissant de personnes atteintes de maladies psychiatriques vieillissaient sans qu'il n'y ait de structures pour les accueillir à l'heure où la perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne s'ajoutait au déficit d'autonomie psychique. En 2015, au moment de la création de l'unité, 53 résidents, soit 29% des personnes accueillies, étaient des patients psychotiques vieillissants. La Résidence médicalisée a donc ouvert une unité de 14 lits en décembre 2015 dans le cadre de l'ouverture d'un dernier bâtiment. La création de cette unité est cohérente avec les recommandations de l'ANESM et de la HAS²⁰, le respect des droits de la personne handicapée vieillissante, et la philosophie humaniste de la Société Philanthropique.

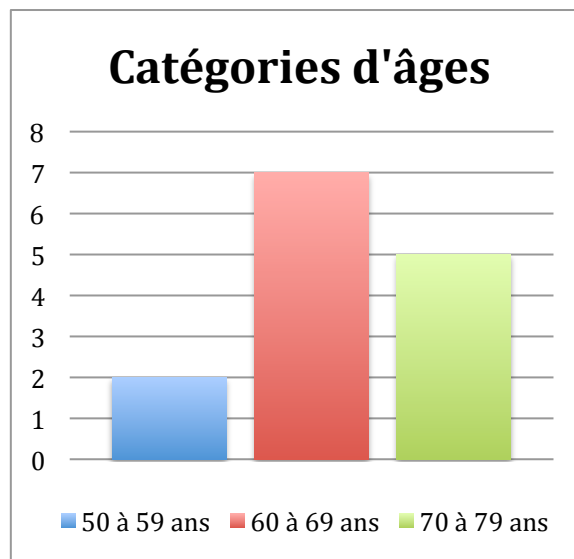
²⁰ Définition de l'ANESM et de la HAS, Cf. infra. p.24.

Cet espace tient compte de l'évolution du processus de la psychose et des effets du vieillissement qui légitiment l'adaptation de la thérapeutique et de la prise en soin. L'unité présente des critères d'inclusion principaux tels que le diagnostic de psychose stabilisé, une autonomie dans les déplacements (avec ou sans aide technique) et un âge minimum de 60 ans ou 55 ans si dérogation. Les critères secondaires d'inclusion sont le suivi psychiatrique et des bénéfices potentiels en termes de socialisation. Les critères de sortie de l'unité sont la perte d'autonomie permanente, l'échec de socialisation et la décompensation non maîtrisée par l'accompagnement psychiatrique ou par une hospitalisation.

Le projet de l'unité s'inscrit dans une démarche que l'institution nomme le prendre soin de la personne. Son objectif permanent vise la prise en soin non médicamenteuses à l'aide notamment d'activités adaptées. La prise en soin passe par un ensemble d'activités et de soins adaptés à effet thérapeutique. Il peut s'agir de retrouver des gestes oubliés, supporter certaines frustrations, vivre en groupe, prendre des initiatives, communiquer avec les autres, faire confiance à un soignant, parler de ce que l'on ressent... Chaque activité de la vie quotidienne est source de stimulation et d'accompagnement contenant, dans une relation confiante et rassurante.

B. Profils des résidents

D'après la documentation interne, nous savons que l'unité accueille 14 résidents en chambres individuelles au niveau 5 du bâtiment B. On y compte 5 femmes et 9 hommes, 7 d'entre eux sont âgés de 60 à 69 ans, 5 ont entre 70 et 79 ans et enfin 2 ont entre 50 et 59 ans. En principe l'âge minimal d'entrée en EHPAD est de 60 ans.



Les résidents de l'unité sont donc relativement jeunes. La moyenne d'âge tend majoritairement vers l'âge d'entrée minimum dans l'unité. En outre certains sont plus jeunes que l'âge théorique d'entrée en EHPAD. On observe donc que l'unité accueille un public dont la problématique majeure n'est pas liée de prime abord au vieillissement. L'institution gériatrique et son personnel font face à une évolution de la thérapeutique davantage tournée vers un public plus jeune et pour lequel la psychose est au premier plan.

Le degré d'autonomie s'apprécie à travers de nombreuses caractéristiques notamment celle des groupes iso-ressources²¹ (GIR). On compte six classes, le GIR1 correspond aux résidents dont les fonctions locomotrices et psychiques nécessitent la présence de professionnels pour les accompagner dans les actes de la vie quotidienne. Par contraste, le GIR 6 concerne les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie dans les actes essentiels de la vie courante.

²¹ Ce critère classe les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Les prestations de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont délivrées au vu de la grille AGGIR et des six groupes : les GIR (groupe iso ressource).

L'unité compte 6 résidents classés GIR6, 3 d'entre eux sont classés GIR3 et enfin les 5 restants sont classés GIR4. Les résidents sont donc par rapport à cette classification assez mobiles dans les déplacements et nécessitent parfois d'être aidés pour les activités d'hygiène et pour les repas. Le critère d'inclusion portant sur l'autonomie locomotrice évite un effet de grabatisation.

Les résidents de l'unité sont nommés de nombreuses façons, patients, personnes mais qu'en est-il du citoyen ? Pour la plupart, ces citoyens bénéficient d'une protection juridique. Ce critère participe à la présentation des résidents, nous le présentons succinctement. La majorité des résidents de l'unité sont sous tutelle. En théorie, cette mesure est censée protéger le patrimoine des résidents s'ils ne sont plus en état de pourvoir seuls à leurs intérêts, grâce à l'aide d'un tuteur qui peut les représenter dans les actes de la vie civile. Dans la pratique, les tuteurs sont sensés assumer le tutorat de nombreux protégés aux problématiques très différentes. Les tuteurs sont donc peu présents pour suivre les besoins et les demandes singulières des résidents. En conséquence, l'institution doit donc assumer certaines tâches dévolues aux tuteurs (achats de biens personnels). Dans une dimension psychanalytique, Charzac P. évoque le contre-transfert institutionnel « il existe un contre-transfert de base organisé par la dépendance des résidents et la souffrance narcissique des soignants et un contre-transfert induit par les attentes des familles » (2011, p.450). Selon lui, l'institution tend à idéaliser la dépendance du sujet. Ce mécanisme de défense des professionnels est supportable tant que les résidents sont maintenus en bonne santé par la qualité des soins apportés aux premiers. Pour autant, la confrontation quotidienne au handicap et à la mort met à mal le psychisme des soignants. Charzac P. poursuit « En répondant aux besoins vitaux des résidents, l'institution gériatrique consolide son système de défense narcissique mais instaure un soin ne tolérant ni la différence ni le conflit, avec des conséquences pouvant aller jusqu'à la négation ou l'attaque de la vie psychique des plus régressés d'entre eux ».

La citation est lourde de sens et prend toute saveur dans un espace dans lequel la poly pathologie est prégnante. Cette remarque intéressera le psychomotricien car il a un rôle de tiers entre les patients et le corps médical. Cette place s'observe au niveau de l'environnement immédiat des résidents (aide-soignant, infirmier, autres résidents) mais aussi à un niveau plus institutionnel (infirmiers cadres notamment). Le statut marital et le maintien des liens familiaux témoignent de l'inscription du sujet dans l'histoire de la famille. À ce titre, il nous semble intéressant d'évoquer le fait que plus de la moitié des résidents sont mariés, les autres sont célibataires, une petite minorité d'entre eux, ont au moins un enfant. Enfin l'institution a fait le choix d'identifier la prévalence de deux catégories de pathologie psychique manifesté chez les résidents : la schizophrénie et les autres psychoses. On note que la moitié des résidents se sont vu poser un diagnostic de schizophrénie et la partie restante d'autres psychoses.

On observe que la modélisation globalisante des résidents en des profils types avec les différents groupes iso-ressources répond à une exigence institutionnelle. Elle permet de penser l'autonomie des fonctions locomotrices et psychiques mais n'aborde pas la dimension relationnelle qui motivera ou non la réalisation effective du geste. Notre clinique psychomotrice quant à elle tentera de s'intéresser à la subjectivité des personnes même si nous prenons le risque de nous écarter des profils et des modèles.

La moitié des résidents sont mariés, très peu d'entre eux reçoivent des visites ou s'absentent de la résidence. On pourrait donc légitimement penser que le délire tempère la rupture du point de vue du patient. De plus, on peut faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une position défensive contre la rupture. En quelque sorte, s'imaginer ou délirer un lien inexistant, serait une façon de le nier.

C. Contexte et orientation de l'unité

La création de cette unité est en conformité avec les recommandations de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'ANESM est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe instituée par la loi du 2 janvier 2002. Tandis que la HAS est une autorité publique indépendante contribuant à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles de l'organisation des soins et de la santé publique. D'après, l'ANESM, les recommandations se déclinent en cinq parties : L'anticipation des risques liés au vieillissement de la personne handicapée, le repérage des signes et des effets du vieillissement, les réponses graduées aux besoins de la personne, la prise en compte des personnes handicapées vieillissantes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et enfin l'études de situations pour l'appropriation de la recommandation.

L'unité pour patients psychotiques vieillissants répond à une demande politique et institutionnelle sur laquelle nous ne nous étendrons pas car ce n'est pas l'objet de ce mémoire. Cependant, ces informations colorent indéniablement la démarche de l'institution et le travail en psychomotricité, par défaut ou par choix. Mon maître de mémoire, psychomotricien et coordinateur des activités de l'unité semble davantage tourné vers une démarche d'observation psychomotrice et relationnelle auprès des résidents et du personnel dédié à l'unité. Il travaille sur le principe de la coopération avec l'ensemble des équipes dont les psychologues. Ces dernières réalisent les bilans et tests psychométriques lorsque cela est possible.

D. Mon intégration

Ce stage m'a permis d'avoir un regard clinique et institutionnel de la psychomotricité. J'ai observé les différents positionnements du psychomotricien auprès des patients, des autres professionnels et plus globalement dans l'institution. Mon terrain de stage a été l'unité des patients psychotiques vieillissants. Ma clinique s'appuie donc sur ma participation aux ateliers, aux repas thérapeutiques ainsi que sur l'animation d'un groupe art-martial.

Mon arrivée au sein de l'unité en fin septembre 2016 fait l'objet de nombreux regards des patients à mon endroit. Certains me fixe, d'autres détournent la tête et quelques uns se crispent, il m'apparaît alors évident que ma présence perturbe la vie ritualisée des résidents. Chez moi comme chez eux, cette intrusion dans leur lieu de vie provoque un recrutement du niveau de vigilance et du tonus. Cette appréhension mutuelle m'oblige à prendre en compte la notion de temporalité. Erwin Mortier écrivait dans son livre ²² « *Personne ne se déplaçait librement dans la maison. Chacun suivait le chemin de son habitude* ».

Les résidents ainsi que les professionnels de l'unité et moi avons besoin de temps et d'espace pour nous rencontrer et consolider nos sécurités internes. En effet, ce public m'impressionne et je m'affère à observer la vie de l'unité durant plusieurs mois. Mon arrivée dans l'unité convoque donc deux concepts psychomoteurs importants l'espace et le temps. Cette phase d'observation réciproque explique pourquoi, je n'ai débuté l'animation du groupe à médiation corporel qu'à partir de janvier 2017. Le projet d'établissement insiste sur la participation active des résidents dans la prise en soin. L'activité physique et sociale des résidents sont des moyens concourant à la prise en soin. Il y a donc peu de prescriptions médicales formelles pour la participation à telle ou telle activité thérapeutique. Ainsi, la rencontre et la relation nourrissent la confiance mutuelle et la participation aux ateliers et plus

²² Mortier E. (2003).

globalement aux soins. Trois mois de rencontres auront été nécessaires pour faciliter la conception de mon propre groupe. Le cadre temporo-spatial des ateliers et repas thérapeutiques et la répétition des rencontres ont médiatisé la relation avec les patients de l'unité. Si l'on suppose que la perte de contact avec la réalité dans la psychose est un mécanisme de défense face à un environnement potentiellement menaçant. Alors ce cadre peut permettre de contenir les angoisses et autres affects.

Ainsi, j'ai pensé la mise en place de l'atelier grâce aux différents espaces qui m'ont été offert durant les ateliers et repas thérapeutiques animés par mon maître de stage et la psychologue. Ma participation à ses ateliers a favorisé la création d'un lien de confiance auprès des résidents facilitant leur adhésion à mes propres ateliers. De surcroît, ces ateliers thérapeutiques m'ont aussi permis de réaliser mes premiers observations psychomotrices et d'apprécier les capacités et les difficultés sur le plan psychomoteurs des patients psychotiques.

Mon approche clinique et mon intégration dans l'unité s'appuient sur la dimension rééducative de la psychomotricité tout en essayant d'y ajouter un aspect inspiré par une posture de thérapeute. Lorsque Catherine Potel présente la perspective des thérapeutes, « [...] ce métier est avant tout une philosophie, une interaction totale avec le sujet, ses affects sa personnalité, ses sensations et sa motricité [...] »²³. Ce stage auprès des personnes âgées et étiquetée psychotique m'a fait apprécier que ces dernières cumulent les mauvais points dans l'imaginaire des soignants et dans un cadre social marquée par le culte du *self made man*. Ce public particulièrement fragilisé dont on rappelle qu'il est en souffrance requiert un soin bio-psycho-social sans prédominance de l'un de ses soins sur l'autre.

²³ Potel C. (2010), p. 41.

La place institutionnelle et les représentations que suscitent le psychomotricien l'obligent à prendre en compte et peut-être à participer au prendre soin de l'institution. Sans quoi, dans l'air néolibéral²⁴, difficile de préserver un espace de travail suffisamment thérapeutique pour penser et panser la prise en soin des patients. Ces premiers jalons posés, mon étude clinique interroge l'accompagnement en psychomotricité de patients psychotiques par la constitution d'un groupe à médiation corporelle art-martial.

III. Accompagnement en psychomotricité des patients psychotiques

A. De la violence fondamentale à la violence du psychotique

Je propose à la lecture la vignette clinique ci-dessous :

Dans le réfectoire au alentour de 15 heures en début décembre 2016, deux résidents et deux soignantes sont présentes et sur deux tables différentes, avec moi le réfectoire compte cinq personnes. J'observe et entends un cinquième résident, Monsieur L., il fait irruption dans la pièce. Il crie, parle fort et s'agite. Ce résident dit avoir parlé à sa sœur et que cette dernière refuse d'entendre parler de Christine, elle est présentée par ce résident comme sa femme. L'évocation de Christine, dans d'autres situations provoque souvent un discours logorrhéique.

Monsieur L. m'interpelle du regard comme pour trouver un compagnon d'écoute. Les soignantes tente de lui parler mais Monsieur L. est trop énervé et convaincu. Au bout de cinq minutes d'un discours répétitif et décousu tournant autour de cette femme, un autre résident monsieur R., lui répond violemment de se taire. En retour, monsieur L. rétorque par l'insulte. Les deux hommes se lèvent et s'approchent l'un de l'autre avec la volonté d'en venir aux mains.

²⁴ Il se caractérise notamment par une vision de l'individu en tant qu'"entrepreneur de lui-même" ou "capital humain" que celui-ci parviendra à développer et à faire fructifier s'il sait s'adapter, innover...

Une soignante tente de s'interposer sans réussir devant la détermination de Monsieur R. Dans le mouvement, je m'interpose physiquement et ai regardé Monsieur R. en lui touchant le bras, non, lui ai-je dit. Il s'arrête d'emblée et s'est assis, tentant de justifier sa démarche. Monsieur R. est d'habitude calme, malgré plusieurs bagarres avec d'autres résidents dans le passé, dont l'une d'entre elle a valu une fracture du bras à son opposant. Les séances d'art-martial en psychomotricité n'avaient pas encore commencé que Monsieur L. et Monsieur R. m'ont peut-être rappelé, qu'eux aussi, souhaitaient « recycler »²⁵ leur violence fondamentale.

Cette courte vignette clinique illustre une situation classique d'agressivité. Là où la représentation dominante du corps âgé s'axe sur la fatigue, le délitement et la mort, je vois dans cette scène une manifestation criante de la pulsion de vie, soit la pulsion d'autoconservation et de la libido mettant en oeuvre l'Éros, la force vitale. Selon Jean BERGERET, l'enfant naît doté d'une violence de survie, d'une agressivité mise au service du désir. Dans cette optique, la violence se présente comme un attribut au service de la pulsion de vie. Ainsi mon projet de constitution d'un groupe à médiation art martial s'intéressera à proposer un espace contenant de recyclage de l'agressivité. Toutefois, nous gardons à l'esprit, que les résidents nous donne à voire quelque chose d'une violence institutionnelle en même temps qu'ils témoignent d'une violence propre. Le corps-soignant et les corps malades se répondent donc tour à tour, tantôt directement et tantôt par un biais. Du fait que ce mémoire porte sur une pratique martiale pouvant être perçue comme violente auprès d'un public psychotique, il nous semble intéressant de poursuivre nos investigations sur la violence et la psychose.

²⁵ Terme emprunté au psychomotricien et anthropologue Grim O., lui même inspiré de Bergeret J. et de l'éthologue Lorenz K. Le premier écrit dans *Arts martiaux en psychomotricité* (2007, p.113) que l'agressivité et la violence s'accumulent et se transmettent, il poursuit en posant la question de leur recyclage.

Pour se faire, nous présenterons des extraits du livre *Corps, psychose et institution* (2002) de Jacques Pain tant elle comporte des liens avec ma clinique. L'auteur est professeur en sciences de l'éducation à Paris X-Nanterre et s'intéresse à la pédagogie institutionnelle²⁶. Nourri de ces connaissances qu'il étudie la violence sur plusieurs terrains, dont l'école mais aussi les banlieues. Notre attention est attirée par le fait que Jacques Pain fasse des arts-martiaux un objet d'étude et par conséquent qu'il soit sensible à la problématique du corps. Car c'est bien cela qui intéresse le psychomotricien.

Jacques Pain articule son écrit sur 6 axes. Le premier concerne la violence du psychotique. Jacques Pain animait un groupe portant le nom arts-martiaux et psychose. Il observe que la pratique sportive ou martiale peut provoquer des dérives. Par conséquent, elle peut être toxique. En préambule de tout pratique sportive, il écrit « [...] Le corps sans sujet, c'est du corps sans objet » (Ibid, p.30). À n'y prendre garde, le corps désinvesti, devient l'objet d'une forme de violence provoquée par les structures ou institutions d'une société donnée, qui empêche les individus de se réaliser. Par la médiation de séances d'art martial, l'auteur évoque l'angoisse du psychotique.

Dans le deuxième axe. Il fait référence à la crainte de l'effondrement²⁷ théorisé par Winnicott. Selon ce dernier, la psychose est une défense contre une angoisse sous-jacente impensable, qualifiée de « disséquante ». Jacques Pain reprend que cette angoisse est vécue lors d'un combat d'art-martial. Toutefois elle est dépassée lorsqu'elle n'inhibe plus l'action. Il conclut le deuxième axe en insistant sur le recours aux arts martiaux comme technique de gestion de la violence et de rencontre de l'autre.

²⁶ Élaborée par Fernand Oury et Raymond Fonvieille, la pédagogie institutionnelle vise à l'établissement, la création et le respect des règles de vie dans l'institution : elle prend en compte l'environnement social des élèves et leurs paroles. Par contraste les écoles casernes sont perçues par les auteurs comme des espaces d'abus de pouvoir, d'autorité, de structure dans un établissement scolaire.

²⁷ Winnicott D.W. (1975), p. 35-44

Le troisième axe de sa réflexion est le contact. Selon lui, le contact dans les arts-martiaux offre au sujet la possibilité de construire et déconstruire son corps. Le contact joue un rôle proprioceptif qui amène la personne à habiter son corps. Il s'agit d'une invitation à sortir de la carapace tonique décrite dans la psychose. Pour se faire, on apprend à se coller à l'autre, par le contact, dans la lutte brésilienne par exemple, résistant à l'angoisse et à l'implosion mais on apprend aussi à se décoller de l'autre, tant physiquement que psychiquement.

L'auteur poursuit le quatrième axe par le transfert, soit le lien affectif qui se tisse entre soi et l'autre. Les arts-martiaux, selon lui, lorsqu'ils sont cadrés sont un support projectif de l'angoisse de la destruction. Le cinquième axe est le corps à corps, l'auteur prend pour exemple le judo. Dans cette discipline, le corps de l'un cherche à envelopper et dominer, le corps de l'autre. Les deux corps éprouvés dans des vécus archaïques et des tensions tant musculaires qu'osseuses.

Enfin, le dernier et sixième axe est le corps à coups. L'auteur s'appuie dorénavant sur le cas des arts-martiaux de percussions et leurs dimensions profondément destructrices. Les coups de l'un visent à détruire le corps de l'autre.

Dans la clinique, ces arts-martiaux sont cadrés, ils sont utilisés comme des techniques pour partager une réalité commune mais ils permettent aussi aux personnes de s'interroger sur elle-même sans utiliser les mots. Jacques Pain évoque son expression : « la non-violence par la violence » (Delion P., p.35).

Plus qu'une synthèse isolée, l'objet de cette présentation s'articule évidemment avec la vignette clinique précédente et avec les signes de la psychose qui suivront dans la partie suivante. Nous proposons au lecteur des allers - retours entre observation clinique de la psychose et pertinence de l'usage des arts martiaux en psychomotricité pour ce public. À la lumière de ces précisions, nous présenterons par le menu les signes de la psychose en nous appuyant sur des courtes vignettes cliniques, suivies d'un commentaire et d'une théorie.

B. Signes cliniques

Dans *Névrose et psychose* Freud écrit « La psychose emprunte une voie plus autocratique, elle crée une nouvelle réalité à laquelle on ne se heurte pas [...] » (2013, p.43). La perte de contact avec la réalité s'explique au moyen d'une fuite et d'une reconstruction du réel. Le remaniement de la réalité se traduit ainsi par le délire et l'hallucination.

1) Délire et hallucination

Madame Z. âgée de 74 ans, assis sur l'une des chaises de sa chambre. Elle me dit avoir 105 enfants et ne pas être sûre d'être présente pour la séance en psychomotricité. Parfois elle s'arrête en pleine phrase cherche ses mots et tourne la tête de l'autre côté, comme pour écouter et répondre à une autre personne, alors que nous ne sommes que deux dans la pièce.

La présence d'hallucinations et de délires entrave la communication sur le plan verbal. Les nombreuses phrases non finies rendent les interactions compliquées. Le langage parlé n'a plus sa fonction de communication. Les propos de Madame Z. ainsi que l'investissement de sa chambre montrent qu'il y a une adhésion importante au délire, la conversation avec un tiers désigne la présence d'hallucinations psychosensorielles. On ressent une impression de discontinuité dans le discours, à l'image de son expression sur le plan corporel. J'observe ses changements de postures, ses mimiques, ses réactions tonico-émotionnelles pour donner du

sens à l'interaction. Je note qu'il existe des variations toniques visibles chez Madame Z. Il m'apparaît que les épisodes les plus productifs se manifestent lorsque Madame Z. semble le plus détendue, comme affalée sur sa chaise. Son niveau de vigilance est alors relativement bas. Par contraste, la communication est plus cohérente, lorsqu'elle semble se contenir, dans une posture fermée, les bras autour du corps comme si elle se retenait. Son niveau de vigilance est alors plus élevé. Son corps exprime des émotions succinctes et fugasses, sans lien et sans transition à l'image de son expression langagière.

Cette vignette clinique est d'importance, elle donne à voir l'hallucination et le délire. L'hallucination, du point de vue étymologique est un « écart de l'imagination »²⁸, l'écart étant à comprendre au sens de la méprise. L'hallucination est une perception sans objet à percevoir. Elles entraînent une importante conviction et se trouvent de ce fait rarement isolées. On distingue deux catégories d'hallucinations d'une part les hallucinations psychosensorielles (vue, ouïe, odorat, goût, cénesthésie) et d'autre part les hallucinations psychiques (sensations de lecture, d'influence de vol ou de transmission de la pensée regroupées sous le terme d'automatisme mental). L'édolie hallucinatoire est une hallucination que le sujet ne prend pas pour la réalité et qu'il critique en reconnaissant sans difficulté être le seul à le percevoir.

L'hallucination est présente lorsque l'expérience du corps est vécue comme réelle. H. EY parle d'hallucinations corporelles quand « le sujet perçoit son corps en tout ou en partie comme un objet ou un être extérieur à soi, c'est-à-dire comme un objet métamorphosé par l'impossibilité même de la métaphore » (2004, p.43). L'hallucination corporelle ne se limite pas à l'expression langagière d'une hallucination, elle se vit corporellement.

²⁸ FAURE, « **HALLUCINATIONS** », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 17 mars 2017. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hallucinations/>

D'après Madame Z., son père viendra la chercher sous peu, pour l'emmener à Bruges dans un château d'une centaine de chambres. Au moment où la résidente me parle, je suis saisi par un sentiment d'incompréhension. Ses paroles sont incohérents et ses idées confuses. Pourtant, les actes suivent les mots. Ses affaires sont rangées, sa valise faite, sa chambre est manifestement peu investie. La résidente rappelle qu'elle va bientôt partir.

En étymologie, le délire s'écrit en latin *delirare*, signifiant sortir du sillon. Le sillon selon Larousse.fr « est une trace laissée par un instrument de labour à la surface du champ ». D'après Deshaies G.²⁹ « La terre évoque le réel et ses contraintes, le labour énonce le travail efficace et socialisé. S'en écarter, c'est délirer être fou ». Le délirant serait celui qui s'affranchit des contraintes sociales du réel. La façon dont on perçoit le délire est liée à une culture. Un délire s'organise selon trois éléments : un thème, un mécanisme et une structure.

Le thème est le contenu du délire du sujet, c'est ce qui le préoccupe. Les thèmes sont variés, on compte la persécution, l'hypocondrie, le mysticisme et la mégalomanie. Le premier voit le sujet se plaindre d'avoir été lésé (vol, intrusion, préjudice ou ruine). Le second voit le sujet manifester une peur et anxiété excessive au sujet de sa santé et le bon fonctionnement de son corps. Le troisième thème s'appuie sur une conviction d'ordre surnaturelle. Enfin, le dernier thème, voit le sujet persuadé d'avoir des capacités extraordinaires.

Le mécanisme est d'ordre psychologique. Il correspond au processus autour duquel l'idée délirante se construit. Les mécanismes les plus fréquents sont : interprétatif, imaginatif, perceptif ou sensoriel. Le premier concerne le jugement généralement erroné à partir d'un objet réel. Le délire peut faire intervenir le déni et la projection. Le second mécanisme se

²⁹ DESHAIES, « **DÉLIRE** », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 17 mars 2017. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/delire/>

caractérisée par une inventivité débordante respectant encore l'adaptation à certains secteurs de la réalité concrète. Enfin, le mécanisme perceptif ou sensoriel concerne les sens et se vit par la dimension intra-psychique. Le sujet entend, par exemple, des voix intérieures, se dit capable de transmission de pensée, ou se dit victime de vol ou devinement de la pensée.

La structure du délire définit si la construction du délire s'organise de façon construite, plus ou moins bien systématisée et cohérente, en secteur ou diffuse. On distingue deux grandes formes d'organisations délirantes : celle qui est floue, peu systématisée et incohérente de celle qui est claire, systématisée et cohérente. La première organisation est qualifiée de structure paranoïde. Le délire est totalement incohérente et dissociée. La seconde est associée à la structure paranoïaque, il s'agit d'un délire bien construit et systématisé.

2) L'angoisse et le repli socio-professionnel

La vignette clinique de Madame Z. (Cf. infra. p.58) concerne autant le délire et l'hallucination, que l'angoisse. D'un point de vue général, l'angoisse désigne une oppression, une anxiété physique et morale. Madame Z. supporte difficilement la présence d'autrui à côté d'elle. Le contact est toléré avec certains soignants. Lorsqu'un événement rompt cette habitude et que pour une raison ou une autre, d'autres personnes même des résidents de l'unité lui tend la main ou s'approche d'elle, Madame Z. adopte une posture plus resserrée, ses bras se rapprochent de son axe, sa tête se baisse et on observe une recrudescence des réactions de prudence.

L'angoisse se vit dans le corps. Ainsi, les problématiques corporelles du sujet psychotique renvoient à l'angoisse de mort et la lutte contre le morcellement. C'est-à-dire le travail de la pulsion de mort soit une tendance à la déliaison visant à ramener le vivant à un

état antérieur anorganique³⁰. Selon WINNICOTT, la maladie psychotique est une organisation défensive dirigée contre une angoisse disséquant primitive³¹. En conséquence, le repli social et la difficulté d'insertion socioprofessionnelle décrite par le psychologue clinicien Franck Salomé³² comme des signes distincts l'un de l'autre, sont à intégrer dans une approche clinico-théorique, comme une conséquence de l'angoisse. Nous regroupons donc sous la même bannière angoisse, repli social et difficulté d'intégration sociale et professionnelle. L'angoisse n'étant pas forcément verbalisée elle est souvent vécue intensément par le sujet. Par opposition, l'angoisse peut aussi se manifester par une absence de réaction affective, et ce indépendamment des situations, des lieux ou des personnes, on parle alors d'éroussement affectif.

3) La désorganisation

En guise de présentation de la désorganisation, je présente cette journée où cinq résidents et moi, nous étions retrouvés à table aux alentours de 10h30 un jeudi pour boire un café. La conversation entre les résidents est confuse, l'un d'entre eux ne regardent pas ses interlocuteurs, une autre ferme les yeux puis les réouvrent et répond quelque chose inaudible, incompréhensible et incohérent par rapport à la discussion de la tablée. Aussi appelée dissociation ou discordance, la désorganisation est une perte de l'unité psychique, provoquant un relâchement des associations entre idées, émotions et attitudes. La pensée devient floue, discontinue (diffluence). Le discours est parfois illogique et difficile à suivre. L'expression émotionnelle est sans rapport avec la situation. Le contact peut être froid. On peut constater la présence simultanée de sentiments contraires (ambivalence affective). Cette désorganisation se traduit par une bizarrerie, des sourires immotivés, des conduites qui paraissent étranges voire absurdes. Le comportement ne semble plus toujours dirigé vers un but compréhensible.

³⁰ Freud S. (2010).

³¹ Winnicott D.W. (2000).

³² Salomé F. (2012).

4) La non-conscience de l'état morbide

À 45 ans, Monsieur R. est le plus jeune résident de l'EHPAD. Il doit sa présence à une dérogation. Son passé est marqué par la précarité sociale et familiale. Bien qu'il ait accepté de vivre au sein de la résidence médicalisée, il dit ne pas être à sa place auprès « des vieux ».. Toutefois lorsqu'une des soignantes lui demande ce qu'il ferait dehors, il dit ne pas savoir. Ce résident semble alterner les états de conscience et de non conscience de son état morbide. Bien qu'il soit parfois assez lucide sur les capacités et difficultés de ses pairs.

Dans la théorie, la non-conscience de l'état morbide est une perturbation de l'état psychique non conscientisée par le sujet. Le patient ne se rend donc pas compte des retentissements négatifs sur sa vie personnelle et sociale.

Bien que nous ayons présenté plusieurs signes de la psychose, ceux-ci ne sont pas exhaustifs. Selon Salomé F., il n'existe pas de consensus sémiologique dans la psychose. Je me suis donc principalement appuyé sur ma clinique et le livre cité dans la phrase précédente. Dans la partie suivante, nous tenterons de mettre en évidence l'expression et les interactions corporelles en psychomotricité.

C. Expression et interactions corporelles dans l'art martial externe

1) Expression

L'expression est un terme polysémique. Selon le CNRTL³³ l'expression est une « action de faire sortir quelque chose en pressant », d'une « manière de s'exprimer » ou l' « action de dire quelque chose » voire une « manifestation, illustration de quelque chose ». L'expression induit une relation subtile entre intérieur et extérieur. Cette approche guide notre réflexion clinique auprès de résidents dont l'enveloppe corporelle manifeste des troubles au niveau de son unité.

³³ CNRTL, «Expression», <http://www.cnrtl.fr/etymologie/expression>, 08/04/2017

Parallèlement, en Occident, on classe les arts-martiaux selon la dichotomie interne-externe. Les arts-martiaux dits internes visent la conservation de la santé. Ils furent élaborés, à l'origine, par les femmes, pour préparer et récupérer de leurs grossesses, puis furent aussi adoptés par les vieillards ou les personnes affaiblies. Ces gymnastiques thérapeutiques visent un massage interne des organes et une activation de points d'énergie afin de favoriser la bonne circulation de l'énergie interne et à la renforcer par une parfaite coordination de la respiration avec des mouvements corporels³⁴. Par contraste, les arts-martiaux dits externes privilégieraient la force et l'efficacité par une certaine puissance à l'impact visant à faire perdre connaissance ou à mettre hors d'état de nuire³⁵.

Selon Potel C., les thérapies psychomotrices place l'expression et l'émotion au cœur du processus thérapeutique. Ces dispositifs de soin s'étayent sur la base de médiations qui soutiennent une activité expressive et une inscription dans la vie symbolique du sujet. Du fait de la dissociation, la personnalité n'est pas unifiée. Il y a séparation entre l'expérience vécue de la personne, sa pensée, son jugement ou ses sentiments. Par conséquent, le sentiment de sécurité interne est fragile. « L'angoisse est alors à évacuer par tous les moyens et le plus souvent par des comportements d'invitation, de violence, d'agressivité par une incapacité à établir des liens avec les autres. C'est le langage corporel qui prime, d'où l'importance d'une thérapie psychomotrice en individuel ou en groupe » (2010, p. 314).

³⁴ Habersetzer G. et Habersetzer R., (2012).

³⁵ Plée H., (1998).

2) Les interactions corporelles en psychomotricité

Le concept d'interactions corporelles en psychomotricité s'appuie sur les évolutions théoriques du développement psychomoteur du bébé. Dans les années cinquante Gesell A.³⁶ a largement influencé la perception du développement du nouveau-né. Selon lui, la notion de maturation « implique [...] une évolution interne de l'organisme, correspondant à un programme de développement caractéristique de l'évolution de l'espèce³⁷ ». Gesell est un « maturationniste », c'est-à-dire qu'il rend compte du développement par le concept de maturation et minimise de rôle de l'environnement.

Mélanie Klein, psychanalyste, montre en 1930 que le bébé a sa propre vie relationnelle et psychique. Pour Brazelton dans les années quatre-vingt apporte une nouvelle vision du nouveau-né. D'après lui, le bébé est compétent, actif et capable d'agir sur son environnement et d'être en retour influencé par lui³⁸. Pomerleau et Malcuit³⁹ donneront une définition des compétences de base du bébé. Selon eux il, s'agit de l'ensemble des comportements que l'enfant, en s'appuyant sur son équipement biologique de départ, utilise, quand les circonstances, le contexte et l'environnement s'y prêtent. Il est dès lors acquis que le bébé est un être social. Lebovici, Mazet et Visier élaborent en 1989 dans *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, les interactions précoces. Le bébé vivra dans son développement 3 grands types d'interactions précoces : comportementales, affectives et fantasmatiques. Les interactions corporelles sont une sous catégorie des interactions comportementales. Les interactions corporelles s'appuient sur les apports de trois auteurs sont à évoquer pour la compréhension de cette interaction.

³⁶ Arnold Lucius Gesell (né le 21 juin 1880 et mort le 29 mai 1961) était un psychologue et pédiatre américain. Il a été pionnier dans le domaine du développement de l'enfant.

³⁷ Cité par Zazzo R., (1991), p. 421.

³⁸ Brazelton.ch, «T. Berry Brazelton», <http://www.brazelton.ch/spip.php?rubrique17>, 08/04/2017

³⁹ chups.jussieu.fr, «Les compétences du bébé», <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.2.html>, 08/04/2017

Winnicott s'est penché sur la compréhension du développement de l'enfant en interaction avec le milieu environnant. Selon lui, l'environnement a deux fonctions : le *Holding* et le *Handling*. La première fonction concerne le maintien de l'enfant. Le *holding* est le portage, la manière dont l'enfant est tenu, porté par sa mère ou l'adulte qui s'occupe de lui. La deuxième fonction concerne la manière d'être concrètement en contact avec le bébé, dans les soins très fin du maternage. Le *handling* participe à ce que l'enfant sente les limites de son corps.

Wallon H. est le premier à établir un lien entre le tonus et les émotions. D'après lui, « Le tonus est bien fait pour servir d'étoffe à la vie affective » (1949, p. 152). Ajuriaguerra a défini les interactions corporelles comme un vrai régulateur externe des flux. Le dialogue tonique d'Ajuriaguerra⁴⁰ est un moyen externe de régulation supposant que le bébé comme son partenaire a la capacité de partager émotionnellement. Cette régulation offre un maintien par des stimulations variées au niveau tonique suffisant pour assurer le dialogue. L'appui sur le corps de l'autre va donner les moyens de forger sa propre image. C'est un détachement progressif. Ce dialogue est une vraie fusion qui permet entre l'enfant et la mère permettant l'identification et la distanciation.

Ajuriaguerra reprend les travaux de Wallon et insiste sur le caractère émotif de la relation tonico-émotionnelle de la mère et de son enfant. La communication passe par le toucher physique (toucher, palper, tâter) et le toucher psychique (observer, sentir, percevoir, écouter, parler). Tandis que la fonction tonique agit comme un organisateur de toute la communication.

⁴⁰ Ajuriaguerra J. de, Angelergues R., 1962, « De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon », in *L'Évolution psychiatrique*.

En somme, de notre point de vue l'expression et les interactions dans un art martial externe sont éminemment corporelle. En outre, l'attention portée au manifeste, ce qui se voit, offre un cadre contenant qui peut permettre un ancrage des résidents dans une réalité visible et partageable au groupe. L'art martial externe vise une recherche de cohérence entre l'expérience vécue de la personne, sa pensée ou ses sentiments par des stimulations sensorielles.

IV. Le groupe art-martial

A. Histoire et philosophie du Taekwondo

Le *Taekwondo* est un art martial d'origine coréenne. Il désigne une technique corporelle dont les attaques et les défenses sont réalisées avec les bras et les jambes. Le *Taekwondo* peut se traduire par *la voie du pied et du poing*. Nourris par les apports théoriques du Maître Kyong Myong LEE⁴¹, 9^{ème} DAN, ses nombreuses fonctions liées au *Taekwondo* ainsi que son parcours universitaire et distinctions en font une source sérieuse pour témoigner des origines de cette discipline. En complément, nous ajoutons les recherches du club de *Taekwondo* Québécois de Repentigny⁴² et du site Mudoculture⁴³. Nous présenterons l'histoire du *Taekwondo*, sa philosophie, sa doctrine morale et ses principes.

L'histoire du *Taekwondo* s'apprécie à travers la tradition orale et les objets issus de l'époque des trois royaumes de Corée : Koguryo, Baekche et Silla, durant le 4^{ème} siècle. À l'occasion de plusieurs fouilles en 1910, 1935 et 1937, de lieux historiques, des chercheurs japonais ont prouvé l'existence de nombreux arts martiaux duquel le *Taekwondo* tire ses origines dans le royaume de Koguryeo (fondé en 37 av. J.-C jusqu'en 668 ap. J.-C) situé en Chine dans le territoire de Mandchourie.

⁴¹ Lee K. (2001).

⁴² Taekwondo Québécois de Repentigny, «Origines du taekwondo», <http://www.taekwondorepentigny.com/le-taekwondo/origines-du-taekwondo>, 12/02/2017

⁴³ Taekwondo Québécois de Repentigny, «La quête d'identité des arts-martiaux coréens», <http://www.mudoculture.fr/blog/2012/07/la-quete-didentite-des-arts-martiaux-coreens>, 24/07/2012

Les habitants du royaume de Baekche (18 av. J-C à 661 ap. J-C) appelaient leurs arts-martiaux Subyeokta. Ils pratiquaient des compétitions dans les villages du royaume, le gagnant pouvant parfois devenir chef de village ou militaire. Ces pratiques de combat utilisaient les mains comme un sabre. Les arts martiaux servaient à la défense du royaume. Enfin les *hwarang*, le corps d'élite du royaume de Silla, (57 av. J-C à 676 ap. J-C) pratiquaient de nombreuses disciplines martiales. Elles lui ont permis de résister aux assauts des royaumes voisins et des îles nippones. Ce royaume était le plus petit des trois. Nous retiendrons qu'il devint le plus puissant des trois au moyen d'une discipline nommée le *bigaksul* (méthode de coups pieds sautés rappelant directement le *Taekwondo*) et qu'il unifia la Corée en 676 ap. J.-C. Le royaume de Silla tomba en 935 au profit de la dynastie Koryeo, qui elle-même fut vaincue en 1392 par la dynastie Chosun. La colonisation japonaise de 1910 à 1945 a mis fin au règne de la dynastie précédente. Durant cette période, les Japonais introduisent leurs propres arts martiaux dont le Karaté et le Judo tandis que les arts martiaux coréens furent interdits. Après l'ère nipponne, les arts martiaux coréens sont sortis affaiblis, seules quelques disciplines dont le *Taekkyon* ayant survécu grâce à quelques pratiquants.

L'avènement du *Taekwondo* moderne a débuté avec la libération de la Corée le 15 août 1945. Il s'agissait alors de faire table rase du passé colonial. De nombreuses disciplines martiales à l'appellation chinoise trop marquées furent renommées, on cite notamment, le Judo qui devint le Yudo et le Karatédo qui donna entre autre le Kongsoodo. Ainsi, la forme a d'abord prévalu sur le fond puisque dans la pratique, les techniques du *Taekwondo* étaient à l'origine proches de celles du Karaté Shotokan. C'est plutôt le développement de la compétition dans les années 60, qui va permettre au *Taekwondo* et au Karaté de se différencier. Les règles sportives favorisant l'enchaînement de coups de pieds rapides et puissants ainsi que la recherche du KO distingue le *Taekwondo* de son homologue japonais.

Le *Taekwondo* peut intéresser les psychomotriciens dans la mesure où il est un formidable point de départ pour penser le statut de l'être dans la philosophie orientale. « *Taekwondo est un substantif composé de deux mots : taekwon et do. Taekwon se rapporte au yin et do au yang. Taekwon implique le mouvement et do l'immobilité, taekwon appartient à la sphère physique, do à la sphère métaphysique. Taekwondo est donc régi par les principes du yin et du yang et do constitue l'essence même de l'art martial. En effet, le principe do est la véritable colonne vertébrale de toute la philosophie orientale, son centre métaphysique* ». Le *Taekwondo* s'appuie sur le principe chinois du Yin et du Yang et du taoïsme duquel il tire sa substance. L'association de ces deux mots donne à voir ce que l'occident perçoit comme des contraires arrêtant ainsi toute réflexion pour conclure sur un principe dualiste. Il se définit selon le site CNRTL⁴⁴ comme un système selon lequel deux principes premiers sont opposés et irréductibles. Une autre définition du même site conclut sur le caractère disjoint, opposé et complémentaire de deux éléments. Dans un contexte conceptuel occidental marqué par le dualisme et étudiant de troisième année d'une discipline se présentant comme holistique, il m'apparaît intéressant d'invoquer le *taegeuk* comme outil conceptuel pour penser l'unité. Ce mot se définit comme une vérité métaphysique unique (*tae*) et suprême (*geuk*).

Le *taegeuk* pour les philosophes orientaux représente un principe à l'origine de toute chose. Avant même la séparation du ciel (*yang*) et de la terre (*ying*) à l'origine des cinq éléments de l'univers : le métal, le bois, l'eau, le feu et la terre. Le *taegeuk* est issu d'une triple essence de l'unité du ciel, de la terre et de l'homme suggérant l'unité comme contenant de la trinité. On s'éloigne ici d'une vision atomisée de la culture et de la nature. Dans une sphère occidentale marquée par l'humanisme, le développement de la liberté de l'homme

⁴⁴ CNRTL, «Dualisme», <http://www.cnrtl.fr/definition/dualisme>, 12/02/2017

s'acquiert par la culture. Elle affranchie l'homme de *sa* nature. La culture est au service de l'homme. La philosophie orientale incarnée notamment par le *taegeuk* dans le *Taekwondo* ne conçoit pas l'homme en dehors du ciel et de la terre donc de l'environnement. Loin de placer l'homme au centre du cosmos, il n'est qu'un élément du tout.

Cette façon de penser est différente du clivage entre le corps et l'esprit ou de l'union entre ces deux entités, supposant une séparation originelle. Le monisme ne se décrète pas par la suppression du tiret entre psycho et motricité. La tradition coréenne au même titre que la philosophie extrême orientale dont elle tire sa substance offre une autre voie. Le yin et le yang sont dans tout ce qui se trouve dans la vie et le cosmos. Ils sont en relation d'opposition, tout en sachant que chacun des deux porte en lui le germe de l'autre, interdépendance, l'un ne se concevant pas sans l'autre donc totalement joint l'un à l'autre. Enfin le yin et le yang s'engendre l'un l'autre et sont en perpétuels mouvements de l'un vers l'autre. Seule la posture occidentale distingue le jour de la nuit, se faisant, on impose conceptuellement un principe statique nous permettant de distinguer l'un de l'autre. Alors que la philosophie orientale serait encline à nous enseigner une vision complexe et mouvante selon laquelle l'un porte l'autre en lui.

Dans son livre Marcel Granet⁴⁵ nous éclaire sur le Dao aussi appelé Do :

« *D'abord le Yin, puis le Yang, c'est là le Dao.* »

« *Ici le Yin, là le Yang, c'est là le Dao.* »

« *Un temps yin, un temps yang, c'est là le Dao.* »

« *Un côté Yin, un côté Yang, c'est là le Dao.* »

« *Tout Yin, tout Yang, voilà le Dao.* »

⁴⁵ GRANET M. (1968), p.104 et p. 269.

La place de la psychomotricité en tant que profession paramédicale n'est plus à faire. Elle est même affirmée dans le décret relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice ⁴⁶. Toutefois dans une quête identitaire de légitimité professionnelle dans les sciences médicales, on oublie peut-être que la psychomotricité s'inscrit aussi du côté des sciences humaines. L'usage des arts-martiaux en tant que médiation en psychomotricité propose une articulation de la sémiologie médicale de la psychose et la mise en mouvement de l'être que l'on aborde dans le *Dao* et plus globalement dans les sciences humaines. Intuitivement, il m'apparaît pertinent de proposer une pratique dont la philosophie est basée sur la recherche d'un équilibre contenu au sein d'un grand Un. Cette médiation semble répondre, en théorie aux angoisses des résidents.

B. Projet

Les arts-martiaux en psychomotricité constitue une médiation thérapeutique corporelle ayant pour objet de mettre le corps du résident en mouvement. Bien entendu, nous comprenons dans le terme de corps, sa dimension anatomo-physiologique et sa dimension symbolique. Plusieurs résidents atteints par des pathologies psychiatriques désinvestissent leurs corps et la dimension expressive de celui-ci. Selon le discours que certains résidents portent sur celui-ci, le corps est parfois comme chosifié voire mis à distance par des résidents. L'image du corps pose question lorsque de nombreux résidents manifestent Une auto-négligence extrême est connue sous le terme de syndrome de Diogène⁴⁷.

⁴⁶ Legifrance.gouv.fr, «Décret relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice», <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066735&dateTexte=20100924>, 10/04/2017

⁴⁷ Trouble du comportement conduisant à des conditions de vie négligées, voire insalubres.

Sur le plan psychomoteur, la posture, le schéma corporel et l'image du corps en sont impactés. Ce projet vise à créer un espace de réinvestissement du corps et d'interactions par des mouvements souvent simples, inspirés du *Taekwondo*. Le corps et les mouvements sont des vecteurs de l'identité. Le psychomotricien favorise la création d'un cadre permettant l'accès à un sentiment continu d'exister. Les séances ainsi que les concepts psychomoteurs utilisés sont un support permettant l'expression ainsi qu'un ancrage aux éléments partageables à un groupe et éventuellement pour certains de les distinguer de l'hallucination.

La dimension groupale peut jouer un rôle positif pour les résidents sujets à de nombreuses hallucinations. Nous appuyant sur les apports du *Moi-Peau* (1995) d'Anzieu pour penser la création et la consolidation d'une enveloppe groupale nous évoquons les principales fonctions du Moi-Peau. Il convient d'articuler ce concept à celui d'appareil psychique groupal (2010) avancé par R. Kaës. Il s'agit d'un appareil conçu comme une structure psychologique propre, qui demeure étayée sur les appareils psychiques individuels. Ces concepts intéressent notre propos sur l'usage d'un art-martial en groupe. Les arts martiaux comme phénomène social sont porteurs d'une dimension symbolique. Leurs pratiques véhiculent des valeurs positives mettant en exergue le corps en mouvement et en action dans une société occidentale où l'inaction est vécue comme synonyme de mort. Dans la clinique des troubles psychiatriques, la déambulation incarne peut-être cette recherche de mouvement auquel le résident s'attache lorsque l'angoisse, voire la terreur l'habite. Dans une perspective piagetienne⁴⁸, nous retenons que le vécu sensoriel à lui seul n'est pas suffisant pour expliquer la connaissance d'un objet. Cette dernière s'origine dans la pratique du sujet. Les arts-martiaux dans une dimension psychomotrice tendront donc vers l'appropriation du geste comme source de connaissances corporelles et psychiques.

⁴⁸ De Ajuriaguerra J., Marcelli (1989).

Les arts-martiaux en psychomotricité sont un support de construction de l'identité du sujet atteint de troubles psychiatriques. Cette identité est mise à mal par un rapport à la réalité perturbé. Il s'agit donc d'offrir un espace dans lequel le groupe pourra partager des repères et un sens communs. On pose le postulat que l'identité est le socle de base permettant la perception et l'expression.

C. Cadre

Selon le Larousse, un cadre c'est ce qui borne ou limite l'action de quelqu'un ou de quelque chose. Un cadre c'est ce qui contient. Potel C. ajoutera « [...] c'est ce qui précise le regard, confirme la profondeur »⁴⁹. Dans un travail thérapeutique, le cadre c'est d'abord une disposition interne du thérapeute à accueillir et donner un sens compréhensible pour les patients. Le groupe accueille 5 à 7 patients de l'unité. Les séances hebdomadaires se déroulent les vendredis de 10h30 à 11h30, du 6 janvier 2017 au 21 avril 2017.

L'approche traditionnelle de cette discipline martiale est orientée sur les interactions des corps en situation de combat ou durant les *poomsés*⁵⁰. Ce qui compte c'est l'esprit, le *do*. Selon mon maître de *Taekwondo*, la technique est un moyen et non une finalité, le *do* c'est ce qui soutient le geste, c'est ce qui lui donne de la profondeur pour reprendre Potel C. Cette approche a largement influencé ma manière de pratiquer cette discipline martiale, de vivre et de penser la psychomotricité. À l'instar d'une séance en psychomotricité, le *Taekwondo* est éminemment social. Il peut se pratiquer seul mais il est davantage connu pour ses combats ou ses entraînements en groupe. Le groupe a une dimension thérapeutique pour des patients psychotiques. Au même titre que le cadre, le groupe enveloppe, contient, ou du moins, il en a l'ambition.

⁴⁹ Potel C. (2010), p. 321.

⁵⁰ Désigne un enchaînement gestuel de techniques de combat à faire seul, face à un adversaire ou en groupe.

1) Le groupe

D'après le site du centre national de ressources textuelles et lexicales, le groupe est issu du mot italien « gruppo » qui désignait alors un nœud⁵¹. Selon la même source, le groupe est un « ensemble d'êtres animés ou de choses rapprochés formant un tout ». Selon René KAËS (1999, p. 40) « le groupe rassemble plusieurs sujets, le plus souvent étrangers les uns aux autres au moment de la rencontre initiale ». Le rassemblement d'individus dans un lieu ne constitue pas forcément un groupe. J-B. GUILLAUMIN précise qu' « un groupe n'est pas réductible à la somme des individus A+B+C » qui vont le composer (1996, p. 27).

ANZIEU D. et MARTIN J-Y. établissent une distinction entre cinq catégories fondamentales du groupe dans la dynamique des groupes restreints (1968) : la foule, la bande, le groupement, le groupe primaire (ou groupe restreint), le groupe secondaire (ou organisation). Nous présenterons uniquement le groupe primaire, appelé également groupe restreint. Car ce type de groupe se rapproche le plus du groupe art-martial en psychomotricité. Ce type de groupe est doté de certaines caractéristiques qui ne sont pas nécessairement toutes rassemblées au sein du groupe considéré. La première d'entre elles est le nombre restreint de membres afin que chacun puisse être perçu par l'autre et réciproquement. La seconde concerne la poursuite commune des mêmes buts, la troisième caractéristique s'intéresse aux relations affectives pouvant devenir intenses et ainsi aboutir à la constitution de sous-groupes d'affinités, la quatrième s'intéresse à l'importance de l'interdépendance des membres et du sentiment de solidarité. L'avant dernière caractéristique du groupe primaire tient compte des rôles différents entre les membres. Enfin la dernière caractéristique est la mise en place de normes, croyances et rites propres au groupe. Ces apports théoriques nourrissent la constitution de mon groupe.

⁵¹ CNRTL, «Groupe», <http://www.cnrtl.fr/etymologie/groupe>, 17/04/2017

Le groupe auprès de patients psychotiques m'évoque les fonctions du Moi-Peau de D. ANZIEU. Elles s'appuient sur celles de la peau. La peau assure la fonction de maintenance, elle s'établit par l'intériorisation du *holding*⁵². L'auteur décrit cette fonction comme « *une identification primaire à un objet support contre lequel l'enfant se serre et qui le tient.* » (1985, p. 98). La fonction de contenance s'établit par l'intériorisation du *handling* et de la façon dont la mère le contient et l'enveloppe. Cette fonction permet la délimitation entre le Moi et le non-Moi. Dans la psychose nous savons que cette délimitation est floue voire poreuse pour les patients. Le groupe peut donc assurer la fonction de pare-excitation empêchant l'exposition du psychisme et du corps à des stimulations et agressions internes et externes excessives. Le groupe stimule la fonction d'individuation. Elle assure l'originalité de la personne et apporte le sentiment d'être soi. L'illusion d'une peau commune avec la mère disparaît alors. La fonction d'intersensorialité relie les diverses sensations entre elles afin de tendre vers une cohérence. Ici, le groupe permet de donner du sens à des sensations vécues par un de ses membres, notamment durant les temps de verbalisation. La fonction de soutien à l'excitation sexuelle qui, par le contact sur la peau, prépare à l'auto-érotisme. Le Moi-Peau devient une enveloppe essentielle pour contenir, soutenir l'excitation sexuelle. Et en somme, participer à la pulsion de vie. L'art martial par les contacts corps à corps participe à la fonction de recharge libidinale. Elle maintient la tension énergétique interne afin que le sujet puisse entrer en résonance avec l'environnement. Enfin, la fonction de signifiante ou d'inscription des traces sensorielles permet de donner du sens et rend chaque individu original, différent.

⁵² Winnicott décrit le *holding* (maintien) comme l'ensemble des soins que la mère donne à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques. Ces soins s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant.

La constitution du groupe et sa pérennité dans le temps est fonction du cadre des thérapeutes mais aussi de la participation active et désirante des patients. Ces éléments participent au dispositif de soin. Le groupe apporte une continuité du sentiment d'exister. Selon Potel C. (2010), le groupe a des effets de résonance et de réverbérations. Les difficultés ou les habilités des uns vont trouver une résonance particulière auprès des autres membres du groupe. Ces réponses verbales ou corporelles ont une fonction de réverbération du comportement du sujet. Le groupe à médiation corporelle stimule le patient dans l'unité de son vécu corporel afin d'offrir une cohérence entre son environnement interne et externe (Ibid, p.130).

En psychomotricité, le concept de groupe thérapeutique à médiation corporelle est souvent évoqué. Il propose une aire transitionnelle. C'est à dire un espace dans lequel une activité sera un intermédiaire entre soi et l'environnement. Selon Winnicott (1975) « *les objets transitionnels et les phénomènes transitionnels désignent l'aire intermédiaire d'expériences qui se situe entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet, entre l'activité créatrice primaire et la projection de ce qui a été introjecté* ». Selon l'auteur, le jeu est une activité ludique permettant à l'enfant (ou l'adulte) d'expérimenter le passage d'un état d'indifférenciation où le monde et le soi forment un tout à l'établissement d'un espace intermédiaire ou transitionnel ne relevant ni de la réalité intérieure et ni de la réalité extérieure. Le jeu est un espace potentiel entre l'enfant (ou l'adulte) et son environnement. Cette activité est centrale, car à travers elle, les corps sont engagés, des échanges naissent et sont partagés pour que le travail thérapeutique puisse se faire. Chaque membre du groupe est invité à trouver sa place, s'exprimer dans sa singularité et entrer en relation avec les autres membres du groupe.

Le groupe art-martial s'appuie sur la médiation *Taekwondo*. Il s'agit d'une nouvelle médiation que j'ai mise en place et dont mon maître de stage a autorisé la réalisation. Le groupe est semi-ouvert. On distingue le groupe « fermé » des groupes « ouvert » et « semi-ouvert ». Dans un groupe fermé, le nombre de personnes participant à l'activité est prédéfini et si elles ne viennent plus aux séances, les places disponibles ne sont pas proposées à d'autres personnes. Par contraste, le groupe « ouvert » offre le choix aux personnes accueillies de participer, ou non, d'une séance à l'autre. Dans un groupe ouvert, les patients peuvent venir librement à n'importe quelle séance et à n'importe quelle fréquence de participation. Enfin, le groupe « semi-ouvert » se situe entre les deux types de groupes décrits ci-dessus. Les personnes s'engagent à participer aux séances mais si l'une d'entre elles quitte le groupe, la place est laissée à quelqu'un d'autre (contrairement au cas d'un groupe fermé).

Le choix d'un groupe semi-ouvert est né d'une évidence : un groupe ne s'établit pas par la réunion de ses membres. Conscient qu'il fallait du temps, de l'écoute et des ajustements pour que le rassemblement des participants ne se limite pas à une agrégation d'individus mais pour qu'il devienne un groupe. LAUBARD, et al. (2007, p. 11) affirment d'ailleurs que « *la constitution d'un groupe est un phénomène de maturation* ». Nous convenons que les mouvements à l'intérieur du groupe (entrées ou sorties) font partie intégrante de notre cadre intérieur. La seule inconnue étant de savoir si ces mouvements allaient perturber le groupe. Mon maître de stage et moi animons à deux le groupe art-martial. Nous formons donc un *couple thérapeutique*. Cette configuration semble la plus adaptée dans le cadre d'un processus de soin de patients psychotiques en séance groupale. Je suis saisi par les nombreuses interactions dans le groupe (regards, tonus, postures, mots et non-dits). Selon moi nous ne sommes pas trop de deux pour proposer au groupe des bases suffisamment contenantantes.

2) Lieu de la prise en soin

Les résidents sont peu prompts à s'aventurer en dehors du réfectoire. Le périmètre de marche des résidents se limite aisément au rez-de-chaussée du bâtiment pour beaucoup et parfois il est même réduit de la chambre au réfectoire, soit une dizaine de mètre au maximum. Le cinquième étage de l'unité m'évoque l'idée d'un espace sécurisant pour les résidents psychotiques. Il s'organise autour des 14 chambres, d'une cuisine dont l'accès n'est autorisé qu'aux aides-soignantes, du réfectoire et d'un long couloir. On peut accéder à cet étage par deux escaliers et deux ascenseurs. Le réfectoire fait office de salle de psychomotricité. Cette salle d'environ 60 m² dispose de quatre tables rondes accueillant régulièrement 4 places. Le sol est en carrelage blanc, plutôt accrochant au contact. Les murs sont recouverts d'une peinture blanche, quelques tableaux y sont posés. Une baie vitrée donne une belle vue sur l'entrée principale de l'EHPAD et des résidences pavillonnaires environnantes. Enfin le plafond est de couleur blanche laissant apparaître quelques ampoules. Du fait de la configuration de l'unité, les espaces de collectivité sont le couloir et le réfectoire. Afin de laisser libre accès au réfectoire à ceux qui le souhaitent, la porte de la salle est fermée mais pas verrouillée.

Dans ce contexte, avant les séances, aux alentours de 10 heures, mon maître de stage et moi déplaçons légèrement deux tables afin de disposer 5 à 7 chaises en rond au centre de la pièce. Elles sont espacées d'environ un mètre les unes des autres et réparties en cercle. Cette configuration permet à chaque participant de voir le groupe dans sa totalité et inversement. Cette disposition favorise le sentiment d'appartenance au groupe. Les membres du groupe ou les résidents de l'unité peuvent donc s'installer autour des deux tables restantes. L'activité est donc réalisée dans un espace familier aux résidents.

Quelques résidents entrent dans le réfectoire sans s'asseoir sur les chaises disposées au milieu de la pièce. Il reste sur les chaises et tables en périphérie. Mon maître de stage et moi agissions de concert, il allait solliciter l'aide-soignante pour que les résidents potentiellement intéressés par la séance puissent être habillés et prêts. En outre, il est allé chercher quelques résidents avec lesquels il a une relation privilégiée. Enfin, nous préparons le café pour tous les résidents participant ou non à la séance. Pour ma part, je devais accueillir les personnes arrivant dans le réfectoire et proposer aux participants du groupe en psychomotricité de s'installer dans le cercle. La constitution du groupe a été nourrie par la volonté des résidents, l'avis des aides-soignantes, de mon maître de stage et mon ressenti personnel. Ainsi lorsque les résidents se présentaient, mon maître de stage et moi avions une idée des participants potentiels sans qu'un cadre formel ne soit posé. Nous sommes donc à l'écoute de demande éventuelle des résidents. Une fois les résidents installés dans le groupe, un temps d'entrée dans la séance est proposé.

3) Le déroulement d'une séance

Un temps d'entrer dans la séance

L'une des particularités d'un groupe semi-ouvert est d'autoriser l'arrivée ou la sortie des membres d'une séance à l'autre. En fonction des affinités en dehors de la séance, les membres du groupe peuvent ne pas se connaître ou très superficiellement. Dès lors, l'autre est une source d'angoisse et cela crée un terrain favorable aux idées délirantes. Ce temps agit comme un point d'ancrage autour duquel va s'organiser la séance. Chaque participant rappelle son prénom et informe le groupe sur son état de forme du moment. Chapelier J.B (2011, p.61) parle du « double ancrage corporel et relationnel » dans le processus de symbolisation. En somme, l'ancrage, c'est ce qui pose les bases des interactions corporelles dans la séance.

L'échauffement corporel

L'échauffement du corps débute par le *Charyeo*⁵³, assis, les deux jambes jointes, les bras le long du corps, le tronc droit, on se fléchit vers l'avant et on revient en position initiale. Le salut est une marque de respect vis à vis du groupe et structure la séance dans le temps et l'espace. Le salut inscrit aussi une dimension martiale à la séance. On observe que la dimension symbolique du geste est perçue comme telle par les résidents. Alors que certains s'écroulent, se liquéfie sur leur chaise. La majorité change de posture, se regarde et s'applique en rythme. Le salut sonne comme une mise en disponibilité du corps.

L'échauffement s'appuie sur des mouvements de tapotement et de frottement des différentes parties du corps. Ce travail vise à marquer les limites avec le dehors. Il permet de prendre conscience d'une barrière. Celle-ci nous protège et nous différencie des autres ou des objets. Rappelons qu'un corps mieux perçu, est un corps qui pourra mieux agir dans son milieu. Ces mouvements sont inspirés d'une pratique traditionnelle du *Taekwondo*. Gaudry, psychologue et psychomotricien, a également introduit cet échauffement lors d'un suivi groupal avec de jeunes déficients mentaux : « nous mobilisons en douceur chaque segment du corps, chaque articulation importante, de la tête vers les pieds et du niveau proximal au niveau distal pour chaque ceinture sans oublier l'axe corporel » (2004, p.62). On nomme l'orientation des différentes parties du corps. La possibilité est donnée d'associer la représentation du corps à un repère objectif bordé par le nom et les directions. Bien sûr, de cette manière, le corps se prépare à l'exercice physique. La personne contacte ses sensations proprioceptives. Nous commençons à travailler les articulations du corps : la nuque, les épaules, les coudes, les poignets, les hanches, les genoux et les chevilles. Cet échauffement permet également d'explorer les différentes mobilités articulaires et de maintenir une forme de souplesse.

⁵³ Le salut martial.

L'ensemble du corps est exploré à travers des mouvements qui vont alterner plusieurs rythmes. Ce dispositif favorise l'attention portée à soi et la prise de conscience de son corps. J'ai observé que l'échauffement corporel n'est pas chose aisée pour tous. Certains résidents ne souhaitent pas ou ne peuvent pas mobiliser certaines parties de leurs corps. Pour d'autres résidents, on observe les effets extrapyramidaux des neuroleptiques. Ces troubles se manifestent par des mouvements involontaires (en particulier des tremblements au repos), une hypertonie (muscles rigides) et une hypokinésie (mouvements lents).

Nous y associons des exercices de respiration. Les bras tendus, la respiration vient soutenir dans l'inspiration, la montée ou dans l'expiration, la descente des bras. La respiration est toujours en lien avec la posture, la mobilité du corps, la régulation tonique et l'expression ou la modification émotionnelle. L'attention portée à sa respiration facilite la gestion des états émotionnels du stress et l'anxiété. Elle aide également de se détendre et favorise le sentiment d'unité corporelle. La respiration est un mode d'échange entre l'intérieur et l'extérieur du corps. La prise de conscience de la respiration donne lieu à un travail sur les limites du corps.

Les résidents réalisent ces différentes propositions sur leurs corps propres, soutenus par l'ensemble du groupe. Ces mises en mouvement du corps créent des liens à soi et aux autres. L'objectif de celles-ci est de favoriser une perception globale et unifiée du corps pour renforcer sa cohésion interne. Nous tentons de développer les capacités des patients à s'exprimer au travers de leur corps en situation.

Un temps d'échange de balle

Après plusieurs séances durant lesquels certains membres du groupe entraient et sortaient de la salle au bout de quelques minutes, sans dire mots. D'autres résidents verbalisaient laconiquement durant l'étape précédente. Les rares phrases prononcées étaient totalement décousus et désorganisés. Les postures des participants étaient comme figées, les regards trahissaient l'anxiété et pour ma part j'avais le sentiment de ne pas parvenir à créer un groupe. Face à tous ces signaux, j'ai compris qu'une entrée en matière sur des propositions martiales semblait m'orienter vers l'écueil du cours d'art-martial pas adapté aux résidents. Les propositions d'imitations semblaient ne pas avoir de sens pour les résidents, en retour, ils n'adhéraient pas. J'ai limité les verbalisations et favorisé l'engagement du corps autour d'un médiateur connu de tous et porteur d'une dimension éminemment symbolique : le ballon.

Le ballon en psychomotricité est un médiateur sensoriel. Il engage la vision, l'ajustement postural, la régulation tonique, les qualités praxiques. Le ballon est un médiateur qui favorise l'expression et les interactions corporelles. Les patients au travers de leurs gestes signifient une idée, un sentiment via le dialogue tonique. Ce travail de régulation tonique avec le ballon est fondamental tant sur le plan corporel que relationnel. Selon P. André, T. Benavidès, F. Giromini, « L'adaptation tonique permet l'élaboration d'une gestualité adaptée aux contraintes de ma réalité et intégrée à la personnalité. Elle constitue le fondement le plus précoce de la relation à l'autre en propulsant le corps dans une activité symbolique » (2004, p.47). Lorsque le ballon nous est adressé ou qu'on souhaite le passer à autrui, cet acte engage quelque chose de soi et de la reconnaissance d'un autre. Le ballon est un objet commun servant à médiatiser les interactions entre des personnes qui résidents au même étage, qui mangent les unes à côté des autres mais qui ne s'adressent pas la parole. Le ballon en psychomotricité est un objet que l'on peut lancer fort, que l'on peut étreindre passionnément ou pousser nonchalamment.

En somme, un ballon c'est fédérateur, ça rassemble et c'est bien cela qui faisait défaut durant les premières séances. Ce médiateur m'a permis de faire groupe et d'initier un travail plus proche des arts-martiaux. Cette étape fut essentielle pour libérer la motricité des résidents.

Un temps de frappe sur raquette

Au *taekwondo*, une raquette est un accessoire d'entraînement à la frappe par coup de pied ou coup de poings fréquemment utilisé. Cet accessoire permet de travailler la précision des frappes. Dans une visée psychomotrice, nous gardons à l'esprit que la frappe n'est pas neutre. Elle est adressée, impliquant un soi et un autre. La frappe c'est un moyen de défense et d'attaque. C'est du point de vue psychomoteur, la perception d'un objet (la raquette), la mise en acte d'un désir (mettre à distance cet objet, par exemple), une adaptation à son environnement (par l'ajustement tonique et postural) et une praxie⁵⁴ (la frappe en elle-même). Les résidents sont assis sur leur chaise. Armé d'une ou deux raquettes je me présente face à chacun d'entre eux avec ou sans consignes. Intuitivement, les résidents s'ajustent d'un point de vue postural, monte leurs épaules et frappe aux poings la ou les raquettes. En fonction des habilités des résidents, je déplace ou non la raquette de gauche à droite, d'avant en arrière ou de sorte à éviter les coups. Lorsque certains résidents ont des difficultés à engager le corps, je propose des frappes, poing droit ou gauche, ou avec les jambes. Mes propositions sont alors des supports sur lesquels les résidents peuvent s'appuyer pour expérimenter. Alors que le ballon induisait un rapport à l'autre dans un jeu de groupe, la raquette est un médiateur qui vient convoquer un état psychocorporel propre.

⁵⁴ « L'expression neurologique des praxies est synonyme d'habileté motrice et désigne des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention » (2014, p.182).

Un temps de verbalisation

La verbalisation est une mise en mots des perceptions et réactions personnelles dans les situations abordées. Elle se construit sur la base de l'écoute des différents vécus de chacun. Elle permet de formuler des interrogations et des réflexions sur les vécus. La prise de conscience du vécu corporel, sa mise en mots peut concourir à la représentation. La verbalisation contribue à faire des liens entre le vécu propre et celui des autres. La fin du temps de verbalisation annonce le dernier *Charyeo*, le salut martial de la fin de la séance.

V. Observations psychomotrices

D'un commun accord, mon tuteur de stage et moi avons décidé de constituer un groupe semi-ouvert. Il a la particularité d'autoriser les mouvements d'entrée et de sorti de groupe d'une séance à l'autre en fonction du désir des résidents. C'est donc la régularité et l'engagement des résidents dans ce dispositif qui a fait émerger le choix d'une observation psychomotrice ciblée sur Madame Z. et Monsieur L.

Il n'existe pas de test étalonné spécifiquement pour les psychotiques. La réalisation d'une observation psychomotrice autour de plusieurs items psychomoteurs a donc été préférée. Ces observations sont la synthèse d'échanges avec mon tuteur de stage, avec les soignants du bâtiment et de mes propres observations acquises durant les déjeuners et repas thérapeutiques (fin septembre 2016 à début janvier 2017). Les deux premières séances du groupe art-martial et les informations issues du logiciel de soin ont étayé ma synthèse d'observations psychomotrices. J'ai donc fais le choix de m'appuyer sur *Vieillesse et psychomotricité* (2001) pour identifier quelques points de regards à présenter. J'ai retenu les items psychomoteurs suivants : l'équilibre postural et les coordinations générales, la motricité manuelle et l'attention sélective. Ces items me semblent pertinent pour apprécier l'évolution du dispositif de soin au regard de la problématique du choisi.

A. Madame Z

1) Anamnèse

Madame Z. est âgée de 74 ans. Elle fut précédemment hospitalisée en psychiatrie en court séjour, à cause de nombreuses rechutes délirantes et de troubles du comportement. L'évolution des symptômes psychiatriques a rendu son retour à domicile difficile. Dès lors, elle a intégré un hôpital psychiatrique pour long séjour. Son dossier fait état d'une schizophrénie paranoïde. Elle a présenté durant son hospitalisation, un accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus, sylvien gauche avec récupération sans séquelles le 14.04.2014. L'avancée en âge de Madame Z. ainsi que la chronicisation de la psychose motivent la fin du suivi en hôpital psychiatrique et son admission en EHPAD en date du 15 juin 2016. Madame Z. suit actuellement un traitement médicamenteux à base de neuroleptique et d'anxiolytique.

2) Portait et bilan d'observation

Madame Z. est une femme de petite taille et de forte carrure. Elle est veuve et à 2 fils avec lesquels elle n'a pas de contact. On trouve peu d'éléments de son histoire de vie dans son dossier. On observe toutefois qu'elle est sous tutelle d'une association. On imagine ainsi un contexte d'isolement social. Sa vie au sein de l'EHPAD a été marquée par plusieurs changements de lieux de vie. Elle a d'abord été admise dans l'hébergement permanent le 15 juin 2016 puis a intégré l'unité ouverte pour les patients psychotiques vieillissants, un mois plus tard. On suppose que ces changements de chambres n'ont pas facilité les interactions auprès de ses pairs. À son arrivée dans l'unité, Madame Z. restait recluse dans sa chambre et refusait d'en sortir. On observe aussi que son âge marque un écart supplémentaire entre elle et les autres personnes. Madame Z. est la résidente la plus âgée de l'unité et paradoxalement celle qui manifeste le plus d'intérêt pour les médiateurs rappelant les objets d'enfants, telles que les ballons et les physioball. Au quotidien Madame Z est plutôt en retrait, souvent dans sa chambre et ne cherche pas le contact spontanément. Elle a souvent une attitude

d'évitement et de méfiance si la relation n'est pas instaurée dans la durée. Toutefois elle est sensible à l'attention qu'on lui porte et à la stimulation. À ce jour, elle peut demander aux équipes de l'aide pour se coiffer. On suppose donc qu'elle est attentive à son image et/ou à ce qui sera perçu par autrui.

Ce bilan d'observation s'étaye sur l'observation de plusieurs items psychomoteurs : équilibre postural et coordinations générales⁵⁵, la motricité manuelle et l'attention sélective de Madame Z. Ces trois concepts regroupent de nombreux éléments pour témoigner des capacités et des difficultés psychomotrices de la résidente.

« L'évaluation de l'équilibre postural revêt une importance capitale dans toute approche thérapeutique à visée préventive de la personne âgée. En effet elle permet d'une part de mettre à jour certaines difficultés de contrôle postural qui ne sont pas sans conséquences sur les activités de la vie quotidienne et, d'autre part de pouvoir mettre en évidence d'éventuels prédateurs de la chute. [...] L'évaluation du contrôle postural comprend à la fois l'équilibre statique et dynamique » (Ibid, p. 156).

L'équilibre concerne la stabilisation antigravitaire dans la position de référence de l'espèce, c'est-à-dire pour l'être humain la position verticale. On distingue cependant l'équilibre statique, l'individu restant immobile dans cette position debout, et l'équilibre dynamique qui renvoie aux déplacements, toujours dans cette position verticale. En position debout, Madame Z. maintient un équilibre statique précaire, la jambe gauche est légèrement pliée, en lien avec une prothèse de hanche du même côté. La station unipodale est impossible, voire dangereuse. En mouvement, sa marche est hésitante, son polygone de sustentation très

⁵⁵ Selon PES J-P (2011, p. 55) les coordinations globales sont automatiques, volontaires et acquises par apprentissage. Elle peuvent être limitée par l'âge, la fatigue et le stress.

serré. Elle marche par petits pas avec un très léger fléchissement des hanches, des genoux et des chevilles. Son corps est en antéversion avec une marche plutôt rigide et sans déroulée de jambes. J'observe des oscillations de gauche à droite. Son équilibre dynamique est incertain. Les deux premières séances ayant servi à étayer mes observations cliniques, je me souviens des premiers mots de Madame Z. après avoir proposé au groupe de réaliser un salut martial⁵⁶ : « Je...J'ai peur de tomber...Je ne peux pas être debout ».

« Le tonus de fond participe de la qualité de cohésion d'ensemble du corps. [...] Cette contention, ou qualité de lien entre les différentes parties du corps, s'exprime en véritable « contenance » de soi-même, façon de se « (re)saisir » autour d'un centre et à l'intérieur de limites. Le tonus soutient alors le sentiment d'unité corporelle et d'individuation et constitue une véritable « enveloppe tonique » en support de l'enveloppe-peau. Cette contenance participe de la qualité de présence »⁵⁷.

Au quotidien, Madame Z. s'assoie correctement mais sa posture semble rigide, on observe de très rares changements de positions ou d'appuis. Elle semble tendue, ses gestes sont lents, comme retenus, empêchés, la faute a un tonus dont on remarque sans toucher son corps qu'il est plutôt sur le versant de l'hypertonie. Ses mains sont souvent devant sa bouche, comme si elle s'empêchait de prononcer des mots. La fonction tonique chez Madame Z. semble lui permettre de contenir ses angoisses. Ses bras sont proches de son axe et semblent enlacer son buste comme si elle se tenait. Son tronc est légèrement incliné vers la droite ou vers la gauche, laissant voire une assise sur l'ischion du même côté.

⁵⁶ La position initiale et le salut se présente de façon la façon suivante : Regard vers l'avant, jambes jointes, dos droit, bras le long du corps avec l'intérieur des mains vers les cuisses, légère inclinaison du tronc vers l'avant, pour se saluer puis retour à la position initiale.

⁵⁷ Scialom P., Giromini F., Albaret J-M., (2014), p.154-155.

Ses postures durant les séances m'évoque l'axe corporel. Il est un point d'appui physique et représentatif de l'action finalisée. Il est indispensable aux fonctions instrumentales et est aussi le point d'ancrage du moi corporel⁵⁸ et de la représentation du corps. Il se constitue dans une perspective développementale dont l'évolution permet d'accéder à la conscience de l'espace péri-corporel et de l'apparition de la préhension. Nous postulons que l'édification d'un axe corporel stable participe soutenir une assise du moi suffisamment solide pour faciliter la relation et contenir les angoisses.

D'après le *Lexique pour le psychomotricien* : « Les qualités de précision : habilité digital - rapidité – vitesse - rendement de la motricité engagée dans l'action avec ses rapports à la gaucherie ou à la mauvaise latéralisation (ou dyslatéralité) caractérisent la manualité » (2014, p.147). Les ateliers et repas thérapeutiques m'ont permis d'observer une hypertonie axiale et une hypotonie digitale. Les gestes fins et précis sont couteux sur le plan attentionnel, lents et avec une qualité incertaine.

Enfin dans *Vieillesse et Psychomotricité* : « L'attention sélective peut être définie comme la capacité à maintenir l'attention sur une cible quand des distracteurs sont présents, ou encore à tenir compte d'une des dimensions d'un stimulus tout en ignorant les autres. [...] » (2001, p.170). En lien avec son diagnostic de schizophrénie, l'activité délirante de Madame Z. est importante. Son attention est tournée vers des voix intérieures ou vers des nouvelles personnes (soignants, résidents ou familles). En dehors des épisodes de pertes de contacts avec la réalité, elle est attentive, se tient la tête dans les mains, son regard est vide ou tourné vers des personnes connues. Son niveau de vigilance est alors très élevé.

⁵⁸ Selon Freud S. (1923), Le Moi est comme une enveloppe psychique, une enveloppe contenant, lieu de mise en contact du psychisme avec le monde extérieur. Il précise que cette enveloppe dérive, par étayage, de l'enveloppe corporelle.

Dans ce contexte, les déplacements en dehors de l'unité sont restreints, l'orientation spatiale de Madame Z. semble malgré tout relativement préservée. Elle sait trouver le bureau des soignants situé un étage en dessous de l'unité psychiatrique, sans se perdre. Son orientation temporelle est aussi préservée (connaissance de son âge, de la date et du temps d'hospitalisation). Les praxies constructives sont très limitées, Madame Z. évite d'ailleurs de se mettre dans des situations où elle devrait y faire recourt en sollicitant son entourage. Son schéma corporel semble conservé et sa latéralité manuelle intégrée à droite.

3) Projet thérapeutique

Madame Z. présente un fort isolement social. Son périmètre de marche s'étend de sa chambre au réfectoire et inversement. De surcroît, Madame Z. présente une surcharge pondérale. Un groupe à médiation corporelle crée un objet commun pour les membres du groupe. En plus de favoriser l'ancrage dans une réalité partageable et perceptible par tous, le groupe est une occasion de s'exprimer et d'interagir avec les autres résidents. En outre, on suppose que le groupe art martial peut diversifier les expériences sensorimotrices de Madame Z. et ainsi favoriser une meilleure image d'elle-même pouvant l'aider à réinvestir son corps.

4) Évolutions et synthèse

Les séances d'art martial ont débuté le vendredi 6 janvier 2017 avec la participation de Madame Z. Sa présence au groupe fut régulière durant les semaines suivantes. Les premières séances de groupe à médiation corporelle sont marquées par les plaintes somatiques. Au début, des premières séances, le temps de mise en mouvement du corps est l'occasion pour Madame Z. d'exprimer ses douleurs et ses maux. Elle parvient difficilement à localiser le lieu de ces souffrances. Toutefois, le corps et la tête sont quelques fois cités. L'expression de ces douleurs dans un groupe nouvellement formé m'évoque l'idée d'une fragile confiance envers le dispositif de soin proposé. En revanche, je remarque que Madame

Z. me regarde, directement et uniquement, lorsqu'elle met en mots, ses maux. On suppose que sa confiance au dispositif est présente mais qu'elle dépend surtout en très grande partie du thérapeute.

La verbalisation de fin des premières séances est davantage marquée par la représentation d'un corps plaisir. Elle verbalise avoir ressenti du plaisir à plusieurs reprises. Elle ajoute que l'atelier lui permet de se détendre. Dès lors, Madame Z. met en mots l'une de ses modalités de régulation tonique : du plaisir apparaît la détente. Bien que le concept de fonction tonique permette aux psychomotriciens de tisser un lien entre tonus et émotions, la verbalisation de Madame Z. nous permet de supposer que les séances d'art-martial lui permettent d'intégrer ce concept. Cette vignette clinique m'évoque, le plaisir sensorimoteur⁵⁹, en psychomotricité. D'après Bernard Aucouturier, le plaisir vécu lors des activités sensori-motrices favorise le développement d'une bonne image de soi, un sentiment d'unité corporelle, le processus de différenciation qui sous-tend la rencontre avec l'autre, la représentation avec ces images qui conduit à la communication, l'action et la créativité. Bien que l'objectif des séances ne vise pas uniquement et forcément l'accès au plaisir, nous ne pouvons toutefois ignorer que le plaisir sensori-moteur insuffle la pulsion de vie (auprès d'un public qui selon Winnicott est travaillé par la pulsion de mort).

La présence régulière de Madame Z. aux séances marque un engagement réel dans le dispositif de soin. Toutefois le groupe à médiation corporelle laisse entrevoir des réactions de prestances si un autre résident s'approche d'elle à moins d'un mètre. On remarque d'emblée un recrutement tonique et une hausse du niveau de vigilance se traduisant par des regards appuyés et inquiets. Le placement des autres résidents est un facteur important pour lui

⁵⁹ « Le plaisir sensori-moteur doit être reconnu comme la plaque tournante, la voie royale du changement de l'enfant, la source de l'évolution de tous ses blocages, des plus infimes aux plus graves ». B. Aucouturier, I. Darrault, JL Empinet, (1984, p.149).

permettre de canaliser ses angoisses. Cependant, elle est disposée aux interactions corporelles lorsque celles-ci sont médiatisées notamment avec un ballon ou des bâtons. Alors que le ballon favorisait la perception du groupe et les interactions avec chacun des membres. Le bâton a été utilisé à quelques reprises seulement pour médiatiser des contacts ou les frappes (bâton à bâton). L'absence de protection au niveau des mains, de la tête et du buste m'a progressivement fait abandonner l'idée des frappes avec ce médiateur. Cependant, en séances, sa motricité corporelle n'est pas pour autant sollicitée de façon égale selon les propositions.

De Janvier à Février 2017, les pertes de contacts avec la réalité de Madame Z. ont été marquée, lorsque j'ai proposé des exercices d'imitations de gestes (coups de poings, notamment). Elle faisait alors parti des nombreux résidents à signer ce que j'interprète comme un refus, en ne réalisant pas les différents *poomsés*⁶⁰. Chez Madame Z., les pertes de contacts avec la réalité sont nombreuses. Elles prennent la forme de délire dont le mécanisme est principalement perceptif. Elle entend des voix lui annonçant le meurtre de bébés ou le risque de séduction d'un personnage masculin auquel elle est attachée. Il est présenté tantôt comme son père et tantôt comme son mari. Durant les pertes de contacts avec la réalité, on note une baisse de son niveau de vigilance et de son tonus. Les hallucinations agissent comme un mécanisme de défense. Elles s'observent lorsque les propositions semblent susciter de l'angoisse. Les hallucinations et les délires étaient marqués chez Madame Z. lorsque les propositions étaient plutôt dans le registre sensoriel et symbolique, sans mouvement du corps propre. Parallèlement, ses pertes de contacts avec la réalité sont à lier au tonus postural⁶¹. Ce dernier élément est un véritable pare-exciteur, il contient ou donne à voir les angoisses.

⁶⁰ Enchaînement de mouvements, blocages comme attaques, représentant un combat imaginaire.

⁶¹ « la station debout est dû à l'équilibre entre les tensions des muscles du plan postérieur et antérieur, chargé de lutter contre la pesanteur.[...] » (2014, p.255)

Après avoir observé de nombreuses ruptures avec la réalité auprès de nombreux participants dans le groupe dont Madame Z., j'ai favorisé l'usage de médiateurs (gros ballon, bâtons en plastique, raquettes de frappes) et de l'engagement du corps réel. Le gros ballon a aidé Madame Z. à observer les différents membres du groupe et à interagir corporellement auprès de chacun d'entre eux. Le ballon au même titre que les autres médiateurs ont fait l'objet d'une projection⁶². Le bâton à la différence du ballon convoque une certaine agressivité. Mes propositions consistaient alors par l'intermédiaire, d'un bâton remis à l'ensemble des membres du groupe, de caresser, tapoter, pousser, tirer le bâton d'un autre résident. En somme de favoriser l'ancrage dans le corps réel, l'expression et les interactions corporelles. Madame Z. était alors totalement adossée à sa chaise, manifestement prise par la peur mais curieuse.

Les séances du mois de Mars 2017 sont marquées par de nombreuses interactions visuelles, sourires, poignées de mains entre Madame Z. et les autres résidents. Elle m'incitera d'ailleurs à commencer les séances par la présentation des noms et prénoms de chacun des membres du groupe. Pour ma part, Madame Z. est un baromètre du climat du groupe. Sa capacité à entrer en interaction avec les autres résidents m'incite aussi à aller plus loin que la proposition d'objet commun (ballon, raquettes de frappes, bâtons) et de favoriser des activités d'écoute du corps propre et du corps groupal (attention portée à autrui...).

⁶² « Psychologie : mécanisme par lequel l'être humain transpose dans ses activités sa personnalité propre. » (2014, p.184)

Le mois d'Avril 2017 débute avec l'agression d'une aide soignante en date du samedi 1 avril 2017. Monsieur G. a infligé de nombreux coups à une soignante lors d'un accompagnement à la toilette. Cet incident a laissé des traces dans toute l'unité et auprès des résidents dont Madame Z. Dans ce contexte, on observe une recrudescence des discours délirants. Lors de la séance du 14 avril, sa coiffure a changé : elle a les cheveux détachés. Elle dit « je n'arrive pas à me coiffer toute seule, c'était l'infirmière qui m'aidait à me coiffer ». La dite infirmière est en réalité l'aide soignante, victime de l'agression. Elles entretenaient toutes deux une relation privilégiée. La vie institutionnelle traverse la dynamique de groupe.

B. Monsieur L.

Notre observation clinique par la présentation de l'anamnèse, du portrait et de l'évolution de l'accompagnement psychomoteur de Monsieur L. au sein du groupe.

1) Anamnèse

Monsieur L. est âgé de 62 ans. La première hospitalisation en psychiatrie remonte à 1976. Il a par la suite été suivi en centre médico-psychologique. À la suite de trouble du comportement, de dégradations du mobilier et d'insalubrité à son domicile, il a été orienté vers un Hôpital psychiatrique. Il y a séjourné depuis le 3 juillet 2015. Monsieur L. présente un syndrome délirant autour d'une personne imaginaire qu'il présente comme sa femme. Il est célibataire, fut employé de mairie et au cirque comme musicien. Ses parents sont décédés. Il fut le dernier d'une fratrie de trois enfants. On note qu'il n'a aucun contact avec les membres de sa famille et qu'il est sous tutelle. Un diagnostic de schizophrénie a été posé à l'intention de Monsieur L. Il est actuellement traité avec un anxiolytique dans la catégorie des benzodiazépines (le diazépam). Le dossier médical de Monsieur L. ne présente aucune information plus précise.

2) Portrait et bilan d'observation

Monsieur L. est homme de petite taille et d'allure chétive. Il fait preuve de beaucoup d'humour. Assez étrangement, mes notes personnelles ne font que très peu état des observations psychomotrices de Monsieur L. Pourtant, à l'occasion des activités thérapeutiques comme au sein des ateliers art-martial, Monsieur L. est logorrhéique. Ses paroles n'ont pas forcément de fonction communicante. Son attention est fluctuante alternant phase d'écoute bienveillante et monologue raconté tête baissée, sans tenir compte d'autrui. Son flux verbal occupe l'espace et lorsqu'il n'est pas ignoré, il peut provoquer l'animosité de ses pairs. Monsieur L. a eu des altercations avec un autre résident à plusieurs reprises. L'évocation de Christine, personnage qu'il présente comme sa femme, provoque un état maniaque. Son discours devient alors désorganisé, incohérent et avec un débit rapide et continu. Monsieur L. passe régulièrement du coq à l'âne. Ces épisodes maniaques se traduisent par une salivation excessive et une tachypsychie⁶³. On suppose que la logorrhée est un moyen d'extérioriser son agitation interne.

Sur le plan relationnel, Monsieur L. laisse une impression contradictoire. De prime abord, il semble peu disponible à son environnement alternant phase maniaque et dépressive dont le passage de l'un à l'autre est stabilisé par le traitement médicamenteux. Dans un deuxième temps, Monsieur L. est en réalité très au fait de la vie institutionnelle (secret entre résidents, interlocuteurs privilégiés pour obtenir un service). Durant les activités thérapeutiques, son attention sélective s'apprécie lorsqu'un événement inhabituel se produit. On observe qu'il dispose de ressource suffisante pour contrôler et orienter son attention.

⁶³ Enchaînement anormalement rapide des idées, caractéristique des états maniaques.

Monsieur L. a observé la deuxième séance sans y participer. Une fois la séance terminée, il avait manifesté son souhait d'intégrer le groupe. Mon maître de stage et moi n'avions pu répondre à sa demande en l'intégrant à la troisième séance du fait que nous avions privilégié les participants ayant assistés aux séances précédentes. De nombreux mouvements au niveau des membres du groupe on finalement permis l'intégration de Monsieur L. à partir de la quatrième séance, soit au 27 janvier 2017.

L'observation psychomotrice de Monsieur L. semble mettre au premier plan sa logorrhée. Ces paroles agissent comme une décharge psychomotrice. Dans une sorte d'injonction paradoxale, son flot de parole met à distance, tout en accrochant verbalement ses interlocuteurs. Son flux verbal m'évoque simultanément un désir et un refus de communiquer. D'après la célèbre citation de Victor Hugo « Le monologue est la fumée des feux intérieurs de l'esprit »⁶⁴. Monsieur L. porte régulièrement un manteau en intérieur, sans que la température de la salle ne le justifie. On suppose que ce manteau au même titre que ces paroles agissent comme un pare-exciteur.

Nous poursuivons ce bilan d'observation autour de plusieurs items psychomoteurs : équilibre postural et coordinations générales, la motricité manuelle et l'attention sélective. Ces trois concepts regroupent de nombreux éléments pour témoigner des capacités et des difficultés psychomotrices de Monsieur L.

La posture de Monsieur L. laisse voir une hypercyphose et un engagement prononcé de l'hémicorps supérieur en avant. Sa tête et son regard sont donc bien souvent tournés vers ses pieds. Toutefois l'équilibre est préservé. La marche est normale et assurée.

⁶⁴ Hugo V. (1869), p. 184.

La motricité manuelle est de bonne qualité dans les gestes de la vie quotidienne. Les gestes lents et d'allure normale sont harmonieux et efficaces. Les gestes de coordinations bi manuelles rapides laissent voire de nombreuses réactions de prestances et diffusion tonique sur les membres supérieurs donnant cette impression de crispations.

Les déplacements en dehors de l'unité sont nombreux. Il a une bonne orientation spatiale dans l'EHPAD et en dehors notamment pour des déplacements chez le buraliste. Il manifeste pourtant quelques confusions durant les épisodes délirants. L'unité étant perçue durant ces moments comme une « prison psychiatrique ». Son orientation temporelle est aussi préservée, il se repère souvent avec sa montre. Les praxies constructives sont conservées, ses gestes sont efficaces et harmonieux dans les activités de la vie quotidienne. Son schéma corporel semble conservé et sa latéralité manuelle intégrée à droite.

3) Projet thérapeutique

Les troubles de l'expression distinguent les troubles psychomoteurs et les troubles du langage. Toutefois la mise en perspective des travaux de Merleau-Ponty M. justifie un travail thérapeutique en psychomotricité avec Monsieur L. D'après Merleau-Ponty M. le « corps parlant » et « l'ancrage corporel du langage » supposent que toute parole est une « parole incarnée ». Selon Jousse M. dans *L'Anthropologie du Geste* (1974 [2008]), la parole est un geste. Selon le *Moi-peau* (1995) d'Anzieu, le groupe convoque la fonction contenante. La fonction alpha⁶⁵ rend compte de la détoxification de l'expérience. Nous supposons que le groupe participe à contenir l'état d'agitation interne et à l'une unité de l'être. La participation de Monsieur L. au groupe thérapeutique vise à favoriser son ancrage corporel pour faciliter son expression et ses interactions corporelles dans un cadre contenant et sécurisant.

⁶⁵ Dans *Aux sources de l'expérience* (1962), Bion rappelle que la mère contribue à la formation d'un psychisme chez l'enfant en lui prêtant son propre psychisme. Elle met des mots sur les ressentis du bébé. Elle participe donc à « détoxique » l'expérience.

4) Évolutions et synthèse

Monsieur L. a rejoint le groupe art-martial à partir du 27 janvier 2017, soit la quatrième séance. Les premières séances auxquelles Monsieur L. a participé se sont globalement bien déroulées. Toutefois elles sont marquées par une grande agitation interne se traduisant par état logorrhéique et une tachypsychie. À cette période les différents membres de la séance ne formaient pas encore un groupe. L'anxiété des résidents se lisait sur leurs visages. Les mouvements d'entrées ou de sorties de séances de la part des patients étaient nombreux et réguliers. D'ailleurs, ce sont ces mouvements qui ont autorisé l'arrivée de Monsieur L. Ce dernier était le seul participant de la séance à parler. En ce sens, Monsieur L. m'a permis de réajuster ma posture en limitant les fractures trop marquées entre verbalisation excessive et silence prolongé. Durant ces épisodes, son état tonique baisse. Assis sur sa chaise, son buste est totalement incliné vers l'avant laissant voir une hypercyphose dorsale. Le recours à des médiateurs favorise la relation entre Monsieur L. et ses pairs. En somme, le jeu engage le corps réel, participe à l'ancrage corporel, la baisse des angoisses et de sa logorrhée.

Durant le mois de Février 2017, l'activité motrice et sa mise en mot par un processus de symbolisation ont visiblement fait baisser la logorrhée de Monsieur L. J'ai observé que les propositions corporelles au sein du groupe art martial ont permis de contenir l'angoisse de Monsieur L. En séances, il se montre attentif et préoccupé par le confort de ses pairs. On notera d'ailleurs une interaction intéressante entre Monsieur L. et un autre résident qui ne participait pas au groupe mais qui l'observait d'une des chaises du réfectoire située à l'extérieur du cercle. Monsieur L. a invité ce résident à participer au groupe voyant « qu'il est tout seul ». En dehors du fait qu'on peut voir une attaque du cadre. Ce résident Monsieur B. participait aux premières séances du groupe sans parvenir à rester jusqu'à la fin du temps imparti. Ces angoisses l'amenaient à déambuler fréquemment et quitter le groupe. Manifestement aphasique, il en disait simplement qu'il ne pouvait pas rester.

Ce dernier rejoindra le groupe brièvement avant de le quitter une nouvelle fois. Cette demande de Monsieur L. est née de regards entre lui et Monsieur B. Nous pouvons donc affirmer que Monsieur L. a réussi à dépasser son angoisse, entrer en relation avec son environnement et changer la qualité de ses verbalisations.

Le mois de Mars 2017 a vu la naissance d'un groupe de résidents investi. On observe donc des mouvements d'entrées et de sorties de groupe plus épisodiques. Les résidents commencent d'ailleurs à se serrer la main pour la première fois au sein du groupe. Il s'agit d'un événement important car le contact corporelle entre résidents n'est pas chose aisée dans l'unité. Dans ce contexte, Monsieur L. dira à l'occasion d'une verbalisation de fin de séance « petit à petit l'oiseau fait son nid ». Cette phrase m'a interpellé car je n'arrivais pas à savoir s'il parlait de lui, de moi ou de nous deux. L'évolution du groupe suit mes propres ajustements de posture : variation de mes verbalisations, choix des médiateurs, plus grande place laissée aux propositions collectives tournées vers le ballon ou autres plutôt que sur des propositions d'imitation de geste. Sur le plan corporel, Monsieur L. participe aux propositions de frappe avec entrain, il réalise le *kiap*⁶⁶, son rythme cardiaque s'élève, traduisant un engagement total. J'interrompais la proposition pour passer au résident suivant lorsque je le sentais fatigué. L'attente de Monsieur L. autour de l'atelier semble se situer autour de ce qu'il a appelé la « maîtrise de la violence ». Dans cette idée de mouvement, je note que le salut de début et de fin de séance se fait normalement assis. Monsieur L. a proposé au groupe se saluer debout dans deux séances du mois de mars.

⁶⁶ Au Taekwondo, chaque mouvement s'accompagne d'un cri, le *kiap*. Il oriente l'attention du combattant sur son geste et permet libération de l'énergie accumulée. En psychomotricité, le *kiap* donne à voir la capacité ou non d'engager sa voix et son corps dans l'espace et dans le temps puisqu'il a coordination du geste et de la voix.

Depuis l'agression d'une aide soignante (Cf. supra. p.66) on voit chez Monsieur L. une recrudescence des hallucinations et de la logorrhée. Les séances du mois d'Avril 2017 sont marquées par le fait que Monsieur L. adopte une nouvelle posture. Il se voute, il semble s'écrouler lorsqu'il est assis ou qu'il marche. Son périmètre de marche semble s'être restreint à sa chambre et le réfectoire. ». Toutefois, malgré une entrée plus difficile dans les séances, Monsieur L. est régulier dans sa participation. Selon lui « avec le ballon on s'écoute et on apprend à se faire confiance ». Le groupe a une fonction contenante. Au point qu'il a dit « je me suis vu quitter mon corps il y a 45 ans et j'ai vu Christine dans la réalité »⁶⁷.

VI. Discussion

A. Art-martial : espace transitionnel pour exprimer ses angoisses

1) Les mécanismes de défense

Un mécanisme de défense est un processus élaboré par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure et permettant au patient de lutter contre l'angoisse. Ces mécanismes psychiques préservent le Moi et le protègent aussi des exigences pulsionnelles du Ça. Le Moi se protège en priorité de l'angoisse. Dans la psychose, cette fuite est difficilement gérable. Selon Jeanclaude C. dans *Freud et la question de l'angoisse* « Les manifestations d'angoisses restent déclenchées par des pulsions vécues comme insupportables et terrorisantes qui se manifestent et sont mises en scène dans des délires et hallucinations assimilés par le sujet à des manifestations de la réalité » (2001, p.192). La réalité, devient insoutenable et par protection contre un effondrement psychique, il y aura l'élaboration inconsciente du délire autour duquel le patient va organiser sa vie et créer sa propre réalité. Face à cette situation, le psychotique développera des mécanismes de défense tels que le clivage, la projection psychotique, l'introjection, l'idéalisation, la régression, le déni de la réalité et la forclusion.

⁶⁷ Lorsque Monsieur L. traverse des états délirants, il évoque le nom de Christine. Il dit être marié avec cette femme. Toutefois son dossier et son entourage familial ne font état d'aucun mariage. Christine serait un personnage créé. Pourtant dans cette citation Monsieur L. précise qu'il a vu Christine dans la *réalité*.

Le clivage : Madame Z. dit régulièrement qu'une autre femme souhaite séduire son conjoint (aussi identifié comme son père). À la séance du 10 février 2017, une autre résidente intègre le groupe en retard. Cette résidente que nous appellerons Madame M., est la cible de plusieurs regards menaçants de Madame Z. Une dizaine de minute après cette entrée tardive, Madame Z. se lève brutalement et se dirige agressivement en direction de Madame M. l'accusant de vouloir voler son mari. Madame Z. quittera la séance dans la foulée. En dehors de la séance elle me dira : « C'est insupportable, elle me regarde comme ça, pour voler mon mari ». Chaque arrivée dans le service d'une nouvelle femme (famille ou personnel) ravive les angoisses de Madame Z. Par contraste, quelques rares femmes aides-soignantes sont identifiées comme bon objet. Madame Z. a avec elles des relations privilégiées. Le mécanisme de défense constitué par le clivage, convoque un bon Objet et un mauvais Objet. Dans le cas, de Madame Z., le bon Objet est représenté par mon maître de stage ou moi qu'elle investit beaucoup (surinvestissement de la sphère émotionnelle), et le mauvais Objet est représenté par Madame M. et plus globalement les femmes de l'unité avec lesquelles elle a des altercations.

La projection psychotique : En pleine séance, Madame M. qui ne participait pas à la séance mais la regardait de loin, m'interpelle « En faite vous apprenez aux résidents à être violent ! ». Saisi et quelque peu touché par l'agressivité de ses mots, je réagis en demandant aux résidents participant à la séance ce qu'ils en retiennent. Monsieur L. dira « Non ! On apprend à contrôler notre violence et être à l'écoute de l'autre ». La projection psychotique est une opération psychique permettant au sujet de localiser à l'extérieur ce qui se situe en réalité à l'intérieur de lui. Il attribue à autrui les affects qui lui sont propres, qu'il refuse de reconnaître en lui-même et dont il ne peut se protéger. Cette projection demeure massive et systématique. Le sujet nie pour lui un désir intolérable et le projette sur autrui.

L'introjection : J'ai assez peu rencontré ce mécanisme de défense durant les séances d'art martial. Toutefois, en dehors de ces séances, certains résidents ont par moment et en fonction de leur interlocuteur changé de traits de personnalité. Monsieur L. dit avoir été psychologue-psychanalyste à plusieurs reprises lorsqu'il discute avec un stagiaire psychologue d'orientation psychanalytique. Or, il fut artiste et n'a jamais exercé le métier de psychologue. L'introjection est une opération psychique permettant au sujet de faire sien un objet extérieur. Nous lions cette opération au phénomène d'incorporation⁶⁸. Dans ce mécanisme, le sujet fait passer, d'un point de vue fantasmatique, du dehors au-dedans les objets extérieurs et leurs qualités inhérentes. C'est le cas de Monsieur L. qui a incorporé le bon objet qu'était son psychologue en s'appropriant son métier.

L'idéalisation : le bon Objet devient parfait afin d'être préservé du mauvais Objet. Ce mécanisme permet de protéger le bon Objet des pulsions destructrices en accentuant ses qualités de façon exagérée. À la suite de plusieurs séances organisées autour d'un gros ballon, objet favori de Madame Z. Elle m'identifiera comme un bon objet et me demandera mon adresse personnelle pour m'envoyer des nouvelles lorsqu'elle quittera l'institution.

La régression : Monsieur F. met à l'épreuve le cadre des séances. Il dit vouloir participer au groupe puis une fois que les séances démarrent, il demande à boire, se lève et quitte le groupe. À de nombreuses reprises, mon maître de stage et moi évoquons comment penser le cadre en psychomotricité. La régression est une perte des acquisitions antérieures pour retrouver un système de relation au monde extérieur plus archaïque.

⁶⁸ Selon larousse.fr : En psychanalyse, mode de relation fantasmatique à l'objet caractéristique du stade sadique-anal consistant à faire pénétrer l'objet à l'intérieur du corps, l'y anéantir et l'y conserver pour s'en approprier les qualités.

Le déni de la réalité : Monsieur L. dit être marié avec Christine. Cette femme l'objet de nombreuses évocations de la part de Monsieur L. Toutefois ce dernier n'a jamais été marié et les rares échanges qu'il a avec sa famille à ce sujet provoque évitement et tension car la famille ne comprend pas qui est cette femme. Le déni de la réalité voit le sujet nier une partie de la réalité qui provoque trop d'angoisse.

La forclusion : En fonction de son état psychocorporel et du climat au sein de l'unité, Madame Z. aura tendance à mettre sa tête entre ses deux mains et fermer les yeux. Parfois, elle incline sa tête à gauche, comme pour entendre de l'oreille droite. Je lui demande alors ce qu'il se passe et elle me dit « J'entends des voix, on me parle ». Ce mécanisme de défense prend la forme d'une production d'hallucinations vocales, d'idées, visuelles ou olfactives que le sujet ne reconnaît pas comme étant les siennes et qui reviennent du dehors pour s'imposer à lui. Ces mécanismes de défense tentent d'assurer une certaine cohérence dans le psychisme du psychotique mais en vain, puisqu'ils reposent déjà sur une reconstruction de la réalité.

2) Création d'un espace transitionnel

L'espace transitionnel⁶⁹ défini par WINNICOTT s'appuie sur une conception du jeu comme activité ludique permettant l'expérimentation du passage d'un état d'indifférenciation où le monde et le soi forment un tout à l'établissement d'un espace intermédiaire ou transitionnel ne relevant ni de la réalité intérieure et ni de la réalité extérieure. Le jeu est un espace potentiel entre l'enfant et son environnement. Durant ceux-ci, l'enfant signe les prémices de son individuation. La construction corporelle de l'adulte psychotique est telle qu'il y a comme un retour nécessaire à des expériences sensorielles du corps propre pour envisager les interactions corporelles médiatisées entre plusieurs personnes. En quelque sorte, le « jeu » permet l'émergence du « je ». Le « je » porteur de représentation et d'émotion.

⁶⁹ WINNICOTT D.W. (1975).

En outre, le jeu offre aussi la possibilité de débiter ou élaborer des symboles. En fonction de l'appropriation de la proposition, le corps réel s'adapte soudainement, le corps imaginaire étaye le premier corps de nombreuses représentations, parfois des émotions sont vécues. Dans une perspective Winnicottienne, le développement au cours des premiers stades s'appuie notamment sur l'intégration⁷⁰. La médiation art martial favorise le sentiment continu d'exister là où l'on suppose que les mécanismes de défense traduisent la non-intégration, soit un mécanisme de défense organisé contre la désintégration.

Dans *Arts martiaux en psychomotricité* (2007, p.127-128), Grim O., propose le terme de psychomotricité intégrative. Elle vise le rééquilibrage et l'harmonisation du fonctionnement cérébral, soit la rencontre entre la dimension anatomo-physiologique et symbolique de la personne, créatrice de sens partageable à tous. La médiation *taekwondo* ne vise pas directement la réduction de la perte de contact avec la réalité mais tente plutôt proposer un espace contenant pouvant influencer l'activation des mécanismes de défense des résidents. En séances, je constate que le nom de l'atelier suscite beaucoup d'attention de la part des résidents. Plus que la répétition de gestes, l'évocation des arts-martiaux au sein d'un EHPAD c'est d'abord l'opportunité de voyager, de sortir du quotidien.

Grim O. poursuit « les arts martiaux en général et le karaté en particulier sont une « prescription » au sens médical du terme. Comme tout principe actif pharmacologique il peut guérir mais également empoisonner [...] ». De prime abord, l'auteur rejoint, Jacques Pain (Cf. infra. p.29) sur la dimension potentiellement destructrice de l'usage des arts-martiaux. En ce sens, cette approche psychomotrice spécifique représente, selon son utilisation, un remède ou un poison.

⁷⁰ Winnicott D. W. (2002) p. 38-39

3) Aménagements du dispositif

Il nous semble important de préciser que le réfectoire fait office de salle de psychomotricité. Les séances de psychomotricité dans le réfectoire répond à une contrainte d'accessibilité à destination des patients de l'unité certains manifestent des difficultés de mobilité tandis que l'angoisse des autres les empêche de quitter l'unité. La constitution du groupe et l'aménagement de la salle m'évoquent la création d'un espace transitionnel.

Il est nécessaire de s'assurer du désir des participants à rejoindre le groupe. En institution, la participation des résidents dépend en grande partie du personnel soignant qui accompagne les patients dans le lever, l'habillage et la toilette. Une participation *forcée* à un dispositif groupal fermé n'admettant pas le désir du résident *in situ* peut mettre à mal la dynamique de groupe. Madame K. et Monsieur R. suivent un traitement médicamenteux lourd. La première est en proie à nombreuses hallucinations nocturnes, sa participation au groupe est donc conditionnée par son état du jour. Le second se voit administrer de nombreux changements de traitement. L'un comme l'autre ont été en difficulté durant les séances. Toutefois, là où Madame K. n'était pas en danger et ne mettait personne en difficulté. Monsieur R. pouvait se montrer agité et agressif. Il est donc nécessaire d'observer les résidents et questionner les équipes sur l'état des résidents en dehors des séances.

S'il est plus aisé de repérer des écueils à éviter après les avoir vécus, il est plus difficile d'affirmer que l'approche spécifique en psychomotricité est un remède curatif pour les patients psychotiques vieillissants. Pour autant, la médiation corporelle art martial est adaptée et permet de trouver un équilibre. Le déroulement d'une séance type (Cf. supra. p.52) représente plus un rituel permettant de structurer la séance qu'un programme à suivre obligatoirement, étape par étape. Il y a donc une certaine distance à prendre par rapport à un quelconque programme préétabli et trop éloigné de la sensibilité des résidents en situation.

B. Groupe et institution : une question d'enveloppe(s)

Nous avons mis au travail la notion de groupe à travers différents points de vue. Le rapport Laroque, nous a permis de situer la naissance du groupe social des personnes âgées (Cf. supra. p.17). Nous nous sommes appuyés sur ce concept dans la clinique avec une approche psychomotrice spécifique (Cf. supra p.57). Et dans la continuité, les différents apports théoriques nous ont permis de présenter la pertinence du groupe à médiation corporelle selon plusieurs auteurs dont Potel C. (Cf. supra p.49). Toutefois le concept de *Moi-Peau* de Didier Anzieu (Cf. supra p.45) nous permet de discuter la notion d'enveloppe au sein d'une institution. Pour Anzieu, la notion d'enveloppe psychique est une métaphore qui définit une fonction contenante. La figure des poupées russes illustre l'idée selon laquelle les enveloppes que nous évoquons sont contenues l'une dans l'autre : de la plus restreinte et individuelle à la plus étendue et groupale. La première est celle du résident.

La conception de la pathologie de l'enveloppe est appliquée à l'approche de la psychopathologie individuelle, elle l'est aussi pour ce qui concerne la compréhension du fonctionnement psychique groupal. Le *holding* et le *handling* (abordé précédemment en p.38 et p.47) rendent compte de concepts permettant d'expliquer comment le psychomotricien contient l'enveloppe du patient et celle du groupe. Cela correspond par exemple à la façon de s'adapter aux capacités psychomotrices des résidents à partir du dialogue tonico-émotionnel. À partir du groupe art martial, on peut considérer que plusieurs enveloppes sont en jeu : celle de chaque résident, celle du psychomotricien, celle du groupe et enfin l'enveloppe institutionnelle. Toutes ces enveloppes interagissent l'une avec l'autre, sont contenues de la plus restreintes à la plus étendue et se frictionnent parfois les unes les autres.

Les patients psychotiques sont sensibles à l'environnement (et par conséquent, aux différentes enveloppes précitées en amont). À cet égard, l'observation du psychomotricien ne peut se limiter aux comportements et qualités psychomotrices manifestées en séances. Lorsque Monsieur G. verbalise plusieurs fois que son état psychocorporel est influencé par la façon dont il est réveillé et accompagné durant sa toilette matinale, qu'il ne comprend pas et s'oppose à son traitement médicamenteux. Et qu'en dernier ressort, il agresse une soignante quelques jours plus tard. Le regard du psychomotricien prend une dimension particulière. Ce regard porte alors sur les interactions entre le patient et les différents acteurs institutionnels. Ce Monsieur semblait manifester une certaine confiance vis-à-vis des participants des séances. Alors que Monsieur L. et Monsieur R. s'étaient invectivés en dehors de la séance au sujet d'une histoire de vol, je les ai vu en séance se serrer la main chaleureusement. La séance avait été le lieu d'une réconciliation entre les deux hommes. Du point de vue de la clinique psychomotrice, on suppose que l'enveloppe groupale a été suffisamment solide pour contenir les nombreuses attaques du cadre des résidents et autoriser par conséquent des rencontres et l'apaisement de tension interpersonnelle.

En outre, lorsque pour des raisons organisationnelles non explicitées en réunion, le réfectoire est fermée juste avant la séance. Il est à prévoir que cela aura des conséquences sur la présence des participants au groupe, certaines s'étant recouchées tandis que d'autres résidents ne sont plus dans leurs chambres. L'enveloppe institutionnelle peut mettre à mal l'enveloppe du groupe et le cadre du psychomotricien. Dans le sens inverse, lorsqu'un travail d'équipe est possible avec les personnels et que les séances s'inscrivent dans une dynamique institutionnelle : elles s'intègrent alors dans une démarche de soin dont les bénéficiaires peuvent profiter aux patients, aux personnels⁷¹ et à l'institution.

⁷¹ Initialement, les séances de psychomotricité ont été pensées de sorte à ce qu'une place soit offerte au soignant.

La verbalisation des états-d'âme de Monsieur G. au sein du groupe ont précédé son agression envers l'une des soignantes. Il a identifié le groupe en psychomotricité comme un espace sécurisant par opposition à l'institution en général. Il distingue le groupe de l'institution et ses acteurs. Sur le ton de l'humour il rappelle « les actes valent plus que les paroles ». On suppose que Monsieur G. pointe du doigt les limites d'une institution impersonnelle où l'organisation du temps de travail des soignants empêche ou limite la relation, le personnel est en sous-effectif et les mouvements de personnel sont élevés⁷². Dès lors le personnel est sur-sollicité et c'est au détriment de la disponibilité pour les patients psychotiques.

La médiation art-martial - loin de vouloir transformer les résidents en pratiquants confirmés - n'est probablement qu'un prétexte pour rechercher, évoquer ou/et trouver un état de mieux-être des résidents psychotiques. Dès lors, la clinique m'éloigne probablement d'une pratique professionnelle strictement rééducative, pour me rapprocher davantage d'une dimension thérapeutique. Le recours à ces disciplines enrichit la pratique en psychomotricité. Elles lui offrent justement une profondeur de regard plus importante permettant l'élaboration et le développement d'axes de recherches cliniques et théoriques propres. On suppose que cette démarche peut favoriser la reconnaissance de la psychomotricité en qualité de discipline des sciences humaines et médicales à part entière et non plus comme une praxie au carrefour de toutes les autres⁷³.

⁷² Dans les ressources humaines, cet indicateur témoigne aussi du climat de l'institution.

⁷³ Un carrefour est statique, seules les voies qui se croisent sont dynamiques, un carrefour est sans identité, il prend l'identité de toutes les autres. En somme, son identité est d'être sans identité. Nous épousons toutefois le concept du carrefour psychomoteur étudié par Ajuriaguerra. Il désigne pour l'auteur une épistémologie édifiée sur la psychopathologie de l'enfant à la fois neurologique, développementale et psychodynamique.

C. Penser le soin en psychomotricité

Au sein d'une institution gériatrique, l'accompagnement en psychomotricité répond à des enjeux de soin. Il nous apparaît alors pertinent de discuter le prendre soin en psychomotricité. Le prendre soin est utilisé à plusieurs reprises dans les documents officiels de l'institution. Plus généralement, on observe que cette occurrence faisait déjà son apparition dans un article lié à la psychomotricité *Le prendre soin : la raison d'être de la psychomotricité*⁷⁴ publié en 2013 par Gérard Hermant. Le prendre soin semble se distinguer du prendre en charge. La genèse et l'évolution du mot soin dans la culture anglaise sont étudiées dans *Conversations ordinaires* (2002).

Là où la langue française ne possède qu'un seul mot pour désigner le soin. La langue anglaise en détient deux : le *Cure* et le *Care*. Dans son texte *Cure*⁷⁵, Winnicott précise que la pratique de la médecine est sous-tendue par un contexte philosophique, historique et étymologique dont on ne peut faire l'économie. En anglais, le *Cure* désigne originellement une pratique religieuse et médicale. Il s'agit à la fois de soin, du traitement et de la guérison. Selon l'auteur, le *cure* et le *care* avaient la même signification. Cependant à partir de 1700, la définition du *cure* a évolué vers le traitement médical. Enfin vers 1800, le *cure* ne désignait que le retour à la santé. Pour illustrer la nouvelle définition du *cure*, on évoque l'idée selon laquelle le médecin par son traitement gagne son combat face à maladie du patient. Si le médecin traite techniquement la maladie, comment penser le souci du malade ? Le *care* désignait le soin, l'intérêt, voire l'attention portée au malade. Ce bref retour linguistico-historique montre que le *cure* et le *care* convoquent un sens très différent. Le *care* est à comprendre comme une prise en soin alors que le *cure* est plutôt un traitement, une prise en charge.

⁷⁴ Huffingtonpost, « *Le prendre soin : la raison d'être de la psychomotricité* » http://www.huffingtonpost.fr/gerard-hermant/prendre-soin-psychomotricite_b_2876972.html, 15/03/2013

⁷⁵ WINNICOTT D. W. (2002), p.161-174.

Winnicott poursuit « On pourrait dire que le généraliste prend soin du patient, s'intéresse à lui, mais qu'il doit aussi connaître les remèdes. Par contre, le spécialiste est pris dans des problèmes de diagnostic et d'éradication de la maladie, et il faut qu'il face un effort pour se rappeler que le « prendre soin » fait aussi partie de la pratique médicale »⁷⁶. En somme, on peut dire que l'avertissement donné aux médecins spécialistes concernent tout autant les psychomotriciens. La psychométrie s'intègre dans une démarche globale de soin et de réduction des troubles mais pas à n'importe quel prix. Il m'a semblé que le soin des patients psychotiques vieillissants oblige à prendre le temps du détour sur le fondement du soin et de la relation plus que sur la dimension purement rééducative. Dans une perspective historique, on se souviendra qu'Ajuriaguerra était attaché à la dimension tonico-émotionnelle du sujet en lien avec son environnement humain. Le soin en institution nous amène donc à faire des liens entre le groupe à médiation corporel et la vie institutionnelle.

Dans une perspective philosophique et pratique, le soin s'appuie tout autant sur le *cure* que le *care*. Les actes professionnels listés dans le décret de compétences du psychomotricien représentent un socle de base des soins psychomoteurs (bilan psychomoteur, stimulation psychomotrices, rééducation, médiation par des techniques d'approche corporelle...). Le *care*, s'il fallait le distinguer, représente l'attention du psychomotricien vers le patient. Le *cure* décrit l'ajustement du psychomotricien dans une communication corporelle dynamique. Les éléments objectifs et subjectifs de la relation (présence ou absence à une séance, changement de postures ou évitement du regard...) entre le patient et le psychomotricien sont très directement sollicités. Le *care* prend corps par l'adaptation à une demande verbalisée ou non du patient, par la capacité d'écoute permettant de faire évoluer le rythme d'une séance, ect...

⁷⁶ Ibid., p.162

La prise en soin n'est bien sûr pas uniquement l'apanage des psychomotriciens. Cependant, la citation ci-dessous peut les intéresser dans les soins prodigués aux patients psychotiques : « La maladie à caractère psychotique nécessite l'organisation d'une forme complexe de holding, comprenant éventuellement des soins physiques. Ici, le thérapeute ou la personne soignante intervient là où l'environnement immédiat du patient fait défaut. Comme le disait un de mes amis, le regretté John Rickman, « La folie, c'est ne pas pouvoir trouver quelqu'un qui vous supporte » ; deux facteurs jouent un rôle ici : le degré de gravité de la maladie et l'aptitude de l'entourage à supporter les symptômes. C'est ce qui fait que certains individus qui sont dehors et libres sont plus malades que d'autres qui sont internés dans des hôpitaux psychiatriques »⁷⁷. Le soin en psychomotricité et particulièrement auprès de patients psychotiques vieillissants prend en compte la dimension tonico-émotionnelle. Les angoisses des patients oriente d'emblée la clinique psychomotrice autour de la contenance. Le groupe à médiation corporel participe à ce que Winnicott appelle les soins maternels, évoquant ainsi la préoccupation maternelle primaire. Elle vise à répondre aux besoins physiologiques spécifiques selon sa propre sensibilité tactile, auditive, visuelle et sa sensibilité.

Les vertus de cette approche non médicamenteuse ont été observées lorsque le groupe a été identifié comme un support de projection suffisamment solide et malléable pour que les résidents mettent des mots sur leurs maux. Le groupe permet de contenir les angoisses des résidents. La dimension thérapeutique de la psychomotricité s'observe, notamment, lorsque les mouvements (d'entrée et de sortie) se stabilisent. Les résidents quant à eux n'auront cessé de me montrer selon leurs points de vue comment penser le soin. Ainsi, j'ai eu le sentiment de proposer un cadre théorique et pratique aux patients. Ils ont pu alors s'appuyer sur ce cadre et m'ont d'ailleurs souvent *dictés* le rythme du soin.

⁷⁷ Ibid, p.158

Conclusion

L'étude du groupe à médiation corporelle *taekwondo* m'a permis de mettre en lien la vie du groupe et celle de l'institution en même temps que la place de la psychomotricité au sein d'une unité pour patients psychotique. Cette expérience clinique m'a permis d'apprécier à quel point les séances de psychomotricité allaient bien au-delà de la rééducation à médiation corporelle. Les séances de psychomotricité amène le psychomotricien à avoir une écoute particulière à ses propres vécus psychocorporels, ceux des patients et les mouvements institutionnels (symboliquement, on pense au corps institutionnel). Le concept d'appareil psychique groupal et la notion d'enveloppe nous permettent de rendre compte des points de rencontres entre ces différents *corps*.

Les séances de psychomotricité ont offert un espace contenant et sécurisant autorisant l'expression et les interactions entre les participants mais aussi de façon plus symbolique entre les résidents du groupe et l'institution. Monsieur G. s'en est saisi dans sa participation assidue et dans son engagement corporel. En outre, lorsqu'il s'interroge sur son traitement médicamenteux et le verbalise en séances, force est de constater que la quantité et la pertinence des médicaments prescrits pose question au sein même du corps médical. Cette situation, loin d'être un cas isolé semble concerner d'autre résident dont Monsieur R. On peut supposer que ces deux résidents interpellent l'institution sur l'alliance thérapeutique dans le soin des patients psychotiques.

Dans une dimension institutionnelle, le concept d'appareil psychique groupal concerne aussi l'expression et les interactions entre les professionnels de différents niveaux hiérarchiques et corps de métier au sein de l'EHPAD. Un infirmier reconnaissait en réunion, l'influence du « pouvoir médical » pour décrire les relations privilégiées qu'entretenaient le personnel médical pouvant parfois exclure, les paramédicaux ou les hôtelières.

Des informations concernant le soin des résidents sont parfois omises et c'est à la suite de comportements posant question en séance de psychomotricité que l'on apprend *a posteriori* de nombreux changements de traitements. Selon ce soignant, il y a le soin et ceux qui sont « à côté », faisant référence aux paramédicaux.

Paradoxalement, l'observation clinique a été moins souvent à l'ordre du jour des réunions que le fonctionnement de l'institution, elle-même. J'ai été plusieurs fois surpris que le fonctionnement des acteurs de l'institution semblait alors réagir en miroir aux comportements des résidents : clivage, projection, idéalisation, régression, déni... La volonté des psychomotriciens de favoriser l'édification d'une enveloppe institutionnelle contenant et cohérente pour tous peut susciter des résistances inattendues.

J'ai tenté de montrer en quoi l'apport de la thérapie psychomotrice dans le soin des patients psychotiques vieillissants peut être bénéfique. Le groupe à médiation art martial a donc favorisé : l'ancrage dans la réalité par le mouvement, la construction d'un contenant psychocorporel des angoisses archaïques et la recherche d'une unité et des limites du corps.

« Personne n'est normal aujourd'hui, tous les gens sont un peu fous, avec leur mental qui fonctionne tout le temps : ils voient le monde d'une façon étroite, étriquée. Ils sont dévorés par leur *ego*. Ils croient voir, mais se trompent : ils projettent leur folie, leur monde, sur le monde. Aucune lucidité, aucune sagesse là-dedans ! C'est pour cela que Socrate, comme le Bouddha, comme tous les sages, disent d'abord : "Connais-toi toi-même et tu connaîtras l'univers." C'est l'esprit du Zen et du Bushido traditionnels ! »⁷⁸.

⁷⁸ Deshimaru T. (1983), p.55-56

Bibliographie

- Ajuriaguerra J. de, Angelergues R., (1962), « De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon », in *L'Évolution psychiatrique*, 27 : 3-25.
- Albaret J-M., Aubert E. (2001), *Vieillesse et Psychomotricité*, Marseille, Solal.
- André P., Benavides T., Giromini F., (2004), *Corps & psychiatrie -2ed*, Paris, Hdf.
- Anzieu D., (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dundod.
- Aubard I., et al., (2007), *Ateliers en psychiatrie : médiations thérapeutiques*, Paris, Masson.
- Bion W., (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.
- Carric J-C., Soufir B., (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, Paris, Era.
- Chapelier J-B., (2011), *Groupe, contenance et créativité*, Toulouse, Eres.
- Charazac P., (2011), *Aide mémoire. Psychogériatrie – 2ed*, Paris, Dundod.
- Clarac F., Ternaux J-P., (2008), *Encyclopédie historique des neurosciences: Du neurone à l'émergence de la pensée*, De Boeck Supérieur, Bruxelles
- Delion P., (2002), *Corps, psychose et institution*, Toulouse, Erès.
- Deshimaru T., (1983), *Zen et arts martiaux*, Paris, Albin Michel.
- De Ajuriaguerra J., Marcelli (1989), *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Masson.
- Freud S., (1923), *Le Moi et le ça*, Paris, Payot.
- De Mendonca Lima CA. *Stigmatisation et discrimination des personnes âgées avec troubles mentaux*. Psy Fr 2002 ; 2 : 129-40.
- Granet M., (1968), *La pensée chinoise*, Paris, Albin Michel.
- Guillaumin J.B., (1996), Du « corps groupal » à « l'objet », In *Thérapie psychomotrices et Recherches*, n°108, p.26-34

- Habersetzer G., et Habersetzer R., (2012), *Nouvelle encyclopédie des arts martiaux de l'Extrême-Orient : Technique, historique, biographique et culturelle*, Paris, Amphora.
- Herrigel E., (1993), *Le zen dans l'art chevaleresque du tir à l'arc*, Courtry, Dervy.
- Hugo V. (1869), *L'Homme qui rit: Nouvelle édition augmentée*, Paris, Verboeckhoven et Cie.
- Jeanclaude C., (2001), *Freud et la question de l'angoisse*, Bruxelles, De Boeck Université.
- Jousse M. (1974 [2008]), *L'Anthropologie du Geste*, Paris, Gallimard.
- Kaës R., (1999), *Les théories psychanalytiques du groupe*, Paris, Que sais-je? n°3458, Presses Universitaires de France.
- Kaës R., (2010), *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dundod.
- Lebovici S., Mazet Ph. et Visier J-P. (dir) (1989), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Paris, Eshel.
- Lee K., (2001), *TAEKWONDO : traditions, philosophie et culture de l'art martial traditionnel coréen*, Noisy-sur-école, Budo Editions.
- Lefèvre A., *100% Winnicott* (2012), Paris, Eyrolles,
- Lellouch A. (1992), *Jean Martin Charcot et les origines de la gériatrie*, Paris, Payot.
- Maisonneuve J., (1968), *La dynamique des groupes*, Paris, Que sais-je ? n°1306, PUF.
- Personne M., (2004), *Tai Chi et Vieillesse*, Toulouse, Erès.
- Plée H., (1998), *L'art sublime et ultime des points vitaux*, Noisy sur école, Budo Éditions.
- Potel C., (2010), *Être psychomotricien*, Toulouse, Erès.
- Salomé F., (2012), *Qu'est-ce que les psychoses ? Cliniques, Modèles et prise en charge*, Paris, Dundod.

- Scialom P., Giromini F., Albaret J-M., (2014), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Stip E. et LETOURNEAU G. (2009), *Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology*, dans *Canadian Journal of Psychiatry*, 54,3,140-151.
- Wallon H., (1949[2009]), *les origines du caractère de l'enfant*, Paris, PUF.
- Winnicott D. W. (2002), *Conversations ordinaires*, Saint-Amand, Folio essais.
- Winnicott D. W. (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.
- Zazzo R., (1991), *Dictionnaire de la Psychologie*, Paris, PUF.

« **Art-martial et art du soin** » : Un art martial comme médiation en psychomotricité auprès des patients psychotiques vieillissants en résidence médicalisée

RESUME :

Nous avons créé un groupe à médiation corporelle art-martial dans une résidence médicalisée. Notre travail vise à comprendre dans quelle mesure l'accompagnement en psychomotricité participe au soin de ces patients. À partir de plusieurs vignettes cliniques nous avons tenté d'articuler une réflexion à deux niveaux : groupal et institutionnel. En nous appuyant sur plusieurs disciplines des sciences sociales, il sera alors question d'interroger la posture thérapeutique en psychomotricité au sein d'une institution gériatrique. En quoi le groupe à médiation *taekwondo* participe-t-il à l'expression et aux interactions corporelles de la personne âgée atteinte de troubles psychiatriques ?

MOTS CLES : art-martial ; groupe ; soin ; psychomotricité ; thérapeutique ; institution ; psychose

SUMMARY :

We created a martial-art body-mediation group in a nursing home. Our work aims to understand to what extent psychomotor support contributes to the care of these patients. From several clinical vignettes we tried to articulate a reflection on two levels: group and institutional. Guided by several disciplines of the social sciences, it will be appropriate to evaluate the therapeutic approach in psychomotricity within a geriatric institution. How does the taekwondo-mediated group participate in the expression and body interactions of the elderly person with psychiatric disorders?

KEY WORDS : martial-art ; group ; care ; psychomotricity ; therapeutic ; institution ; psychosis