HAL
open science

Silence en séance : l'écoute du corps dans la structuration psychocorporelle

Ophélie Ducreux

▶ **To cite this version:**

Ophélie Ducreux. Silence en séance : l'écoute du corps dans la structuration psychocorporelle. Médecine humaine et pathologie. 2019. ⟨dumas-02272008⟩

HAL Id: dumas-02272008

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02272008v1

Submitted on 27 Aug 2019

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.

Autorisation HAL

HAL Authorization

Institut de Formation en Psychomotricité

de la Pitié Salpêtrière

Faculté Médecine Sorbonne Université

91, Bd de l'Hôpital

75013 Paris

Silence en séance

L'écoute du corps dans la structuration psychocorporelle

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de psychomotricien

Par Ophélie Ducreux

Référent de mémoire :

Zélia Krebs

Session juin 2019

Remerciements…

Aux patients, qui ont nourri mes questionnements et mes réflexions, parce que c'est d'abord auprès d'eux que l'on apprend.

À ma binôme de stage, Célia, avec qui nous avons parcouru, enduré et profité de cette année, entre travail acharné et fous rires pour décompresser.

À notre tutrice de stage expérimental, avec qui les rendez-vous ont été autant intensifs que déstabilisant pour finalement être des plus constructifs.

À ma maître de mémoire, pour sa bienveillance, sa disponibilité. Ton accompagnement et tes conseils m'ont soutenue et guidée jusque dans les derniers moments avant le rendu du mémoire.

À ma maître de stage, Fanny, qui m'a appris à aimer le travail en libéral et prendre confiance en moi. Tu m'as guidée vers l'indépendance professionnelle.

À toi Ju, à tout ce chemin de la prépa jusqu'ici que nous avons traversé ensemble, sans jamais se lâcher, à ton soutien dans les moments de doute, et ta folie dans nos moments de relâchement.

À mes amis du groupe 2, et particulièrement Charlotte, Marie et Julie, pour votre amitié. Nos échappées à Disney m'ont permis d'être, par la suite, bien plus disponible pour travailler.

À Sarah, tu m'as aidée à me plonger dans le travail quand c'était nécessaire et à profiter pleinement de ma vie étudiante quand j'en avais besoin.

À ma Maman, qui m'a ouvert la porte de la psychomotricité et qui croit en moi depuis le début.

À la boîte de chocolats oubliée par ma mère à la maison, qui a été d'un grand soutien dans les dernières phases de rédaction…

Pour finir, merci à tous ceux qui ont participé directement ou indirectement à la construction de mon identité professionnelle au cours de ces années de formation et m'ont permis d'être la personne que je suis aujourd'hui.

Table des matières

REMERCIEMENTS ..... **- 3 -**

TABLE DES MATIERES ..... **- 4 -**

INTRODUCTION ..... **- 6 -**

I – CADRE INSTITUTIONNEL ET PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE ..... **- 10 -**

A – PRESENTATION DU SERVICE ..... - 10 -

1) Les lieux ..... - 10 -

2) Le personnel ..... - 12 -

3) Les patients ..... - 14 -

B – PARCOURS D'HOSPITALISATION ..... - 15 -

1) Admission dans le service ..... - 15 -

2) Organisation des soins ..... - 16 -

3) Cas particulier : le sevrage ..... - 19 -

C- PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE ..... - 20 -

1) Accueil en stage expérimental ..... - 20 -

2) Notre place dans le service ..... - 21 -

3) La place du corps dans le service ..... - 22 -

II – PARTIE CLINICO-THEORIQUE ..... **- 26 -**

A – L'ADDICTION ..... - 26 -

1) Généralités ..... - 26 -

2) La consommation d'alcool ..... - 28 -

3) Effets sensoriels ..... - 29 -

4) Les risques encourus ..... - 30 -

5) Le sevrage ..... - 32 -

6) Prise en charge de l'addiction à l'alcool ..... - 33 -

7) Prise en charge en psychomotricité ..... - 34 -

B – MADAME B : « JE NE SENS RIEN » ..... - 36 -

1) Histoire de vie et de la maladie ..... - 36 -

2) Prise en charge dans le service ..... - 37 -

a. Arrivée et objectifs de prise en charge ..... - 37 -
b. Traitement et sevrage ..... - 37 -
c. Kinésithérapie ..... - 38 -

3) Prise en charge en psychomotricité ..... - 39 -

a. Prescription et rencontre ..... - 39 -
b. Bilan psychomoteur ..... - 39 -
c. Profil psychomoteur et projet thérapeutique ..... - 45 -

4) Evolution ..... - 46 -

a. Première séance ..... - 46 -
b. Deuxième séance ..... - 48 -
c. Troisième séance ..... - 50 -
d. Quatrième séance ..... - 52 -
e. Cinquième séance ..... - 54 -
f. Sixième séance ..... - 55 -
g. Dernière séance ..... - 57 -

C – ÉTUDE CLINICO-THEORIQUE ..... - 58 -

1) Structuration psychocorporelle ..... - 58 -

2) Tonus ..... - 58 -

3) Schéma corporel ..... - 60 -

4) Axe corporel ..... - 62 -

5) Enveloppe corporelle ..... - 63 -

6) Image du corps ..... - 64 -

D – MISE EN PLACE DU GROUPE « SENSATIONS, CORPS & MOUVEMENTS » ..... - 66 -

1) Modalités ..... - 66 -

2) Objectif global et axes thérapeutiques ..... - 66 -

3) Déroulement ..... - 67 -

4) Place du silence ..... - 68 -

III – LES ENJEUX ET LIMITES DU SILENCE ..... - 71 -

A – LE SILENCE DANS LA CONSTRUCTION DE L'INDIVIDU ..... - 71 -

1) Vers un sentiment continu d'exister ..... - 71 -

2) Vers une fonction α efficiente ..... - 73 -

3) Lorsque le développement fait défaut ..... - 75 -

B – LE SILENCE EN PRATIQUE PSYCHOMOTRICE ..... - 78 -

1) Apports du silence en thérapie psychomotrice ..... - 78 -

2) Contenance malgré le silence ..... - 80 -

3) Limites et perspectives du silence ..... - 82 -

CONCLUSION ..... - 85 -

BIBLIOGRAPHIE ..... - 87 -

Introduction

Mon chemin a croisé celui de l'addictologie pendant mon stage long de deuxième année. Au contact d'adolescents et jeunes adultes en difficultés, j'ai découvert l'appétence, pour certains d'entre eux, à des substances telles que des drogues et de l'alcool. Ma posture de stagiaire me plaçait du côté des soignants, mais dans notre proximité d'âge, leur situation de dépendance m'a confrontée à des questions allant bien au-delà de la clinique professionnelle. Ils m'ont laissé démunie face à cette situation que je ne parvenais pas à comprendre. J'ai appris, à leur contact et avec l'aide de mon maître de stage, que ça ne se rapportait pas à un « caprice d'ado » mais que la dépendance était l'expression pathologique d'une souffrance bien plus profonde. Par la suite, j'ai décidé en troisième année de faire un stage expérimental en psychotraumatologie. Finalement, la clinique de l'addiction, et notamment la rencontre avec une patiente que je présenterai dans cet écrit, m'ont plus interrogée encore, faisant resurgir des questions restées sans réponse depuis ma deuxième année d'étude. Avec le bagage théorique et pratique accumulé depuis, j'ai décidé de me pencher davantage sur ce sujet pour construire ma propre réflexion.

En ce début de troisième année, j'effectue pendant une semaine de vacances une retraite silencieuse. Pendant une semaine complète, entourée d'autres « retraitants », je me retire de la vie active pour embrasser le silence. Je me rends compte pendant cette expérience, que je vais à ma propre rencontre, que je me découvre. Cette pause m'apparaît comme un affranchissement, un espace dans lequel j'ai la place de me retrouver, d'écouter mes sensations. Le temps est comme étiré et je me reconnecte à celles-ci. Certaines émergent avec autant de fracas que mon entêtement à ne pas les laisser se manifester. En silence, elles s'exposent et je peux ainsi prendre le temps et l'espace de les saisir.

« Le silence est une pause où l'homme reprend haleine
pour s'emparer de lui-même et de son monde »[1]

[1] Citation du psychiatre Dr Basaglia.

L'agitation de la vie quotidienne m'est alors apparue comme un agir pouvant occulter, si l'on n'y prend garde, notre état corporel et psychique. J'ai alors fait un rapprochement avec l'une de mes patientes. Elle semblait fuir le silence, et par là l'écoute de sa souffrance, dans sa consommation d'alcool. En la considérant à la lumière du silence, j'ai ouvert les yeux sur des éléments que je n'avais pas encore pris en compte. Je me suis alors questionnée sur l'utilisation du silence comme outil thérapeutique. Ce questionnement est devenu ma question centrale :

Quels sont les enjeux du silence dans la thérapie psychomotrice ?

Par la suite, à la lumière de l'expérimentation du silence dans ma pratique psychomotrice, j'ai cru déceler des enjeux dans les informations que sa gestion donne des patients, de leur histoire. Paradoxalement, le silence est très parlant, et ne donne des informations qu'aucune parole, aucun mot du patient n'aurait pu me donner. C'est également, comme je l'avais moi-même expérimenté en TD pendant la formation où il est très présent et pendant la retraite silencieuse, un outil d'écoute, de conscience corporelle qui mérite d'être expérimenté et développé pour en comprendre les fondements et aboutissements.

Pour développer cette réflexion, je me suis concentrée sur la clinique de l'alcoolo-dépendance qui me paraissait être une clinique intéressante en termes de gestion du silence. Par la prise en charge de Madame B, ma réflexion s'est développé et les liens clinico-théoriques que je vais vous proposer ne sont qu'une infime partie des liens possibles. Ils m'ont permis de trouver les « lunettes » à travers lesquelles je vais pouvoir penser la pathologie de Madame B et sa prise en charge. J'étudierai la structuration psychocorporelle de cette patiente, très fragilisée. Cette réflexion s'ouvrira sur la place du silence dans l'exploration en séance de cette structure et les échos, les éléments qu'ils peuvent donner de sa construction. Ce sont Donald Winnicott et Wilfred Bion, par la place importante du silence dans leurs théories du développement de l'enfant, qui éclaireront mes questionnements. Je tenterai alors de fonder ma propre réflexion sur les apports du silence en thérapie psychomotrice.

Dans une première partie, nous allons poser le contexte institutionnel et de

stage particulier, qui ont été fondateur dans l'élaboration de ma réflexion. Ensuite, la partie clinico-théorique rendra compte de l'élaboration clinique qui a été la mienne autour de la prise en charge d'une patiente alcoolo-dépendante. Cette prise en charge ayant nourri mes questionnements sur les enjeux du silence, je présenterai également le groupe mis en place pour les étayer. Enfin, je proposerai une conception du silence, à travers le développement de l'enfant dans les interactions précoces, comme outils thérapeutique en psychomotricité.

PRESENTATION CLINIQUE

I – Cadre institutionnel et place de la psychomotricité

A – Présentation du service

1) Les lieux

Le service de psychiatrie spécialisé en psychotraumatologie et addictologie qui m'accueille en stage est un service intra-hospitalier. Il est au dernier étage et l'occupe dans toute sa longueur. Il est organisé en deux « salles », c'est à dire, dans un même couloir, de deux pôles comportant dix chambres chacun. Le service est organisé ainsi et il y a deux équipes infirmières ayant chacune leur salle. Il compte vingt lits au total. Il est organisé dans sa longueur avec le poste de soin et le bureau des psychiatres au centre reliant les deux salles. En face de ceux-ci, nous pouvons trouver la salle de télévision des patients, la salle de repos du personnel et les deux salles de préparation des repas et de stockage du matériel d'entretien. Des ascenseurs sont disposés aux deux extrémités du service après les chambres et au centre entre le poste de soin et le bureau des psychiatres. Ils sont tous équipés de codes non connus des patients, sauf un qui se trouve derrière une porte déclenchant une alarme à chaque ouverture. Le service n'est donc pas fermé, mais les allers et venues sont contrôlés. On trouve aussi à l'une des extrémités, le bureau du psychiatre responsable de l'unité et le secrétariat général. En face se trouve la salle de réunion appelée par l'équipe « salle de staff », utilisée pour les réunions, les entretiens d'entrées et familiaux, et les groupes d'art-thérapie. Le bureau de la cadre du service est situé juste à côté. Dans l'espace devant ces salles, des bancs sont disposés pour créer un espace d'attente. A l'autre extrémité du service, nous pouvons trouver une salle d'art-thérapie, le bureau de l'assistante sociale du service et la salle des thérapies complémentaires. Seul le secrétariat administratif est disposé au milieu de l'un des pôles, entre deux chambres.

Les chambres sont simples pour la plupart et comportent un lit médicalisé et un ameublement sommaire et sans fantaisie. Ceci permet aux patients de ne pas surinvestir ce lieu qui, même s'il est un lieu de répit, doit rester un lieu de passage. Chacune possède des toilettes mais pas de douches, qui sont situées aux deux

extrémités du service. Chaque chambre dispose également d'une télévision. Deux chambres par pôle sont doubles et non-mixtes. Les fenêtres peuvent être entrouvertes mais seulement d'une dizaine de centimètres : elles sont retenues par un cadenas.

La salle de réunion comporte des tables, des chaises, une bibliothèque et une imprimante. On y trouve également des tapis de relaxation qui peuvent être utilisés lors des séances de groupe de l'art-thérapeute. Etant la seule grande salle, elle est très polyvalente et un patient peut y être accueilli autant pour un entretien familial, que pour une séance thérapeutique. La salle d'art-thérapie n'est utilisée que pour la séance de groupe hebdomadaire d'art-thérapie et plus rarement pour les entretiens d'entrée ou familiaux, quand la salle de réunion n'est pas disponible. La salle des thérapies complémentaires est celle utilisée par la kinésithérapeute et l'acupuncteur.

Ce service fonctionne en relation avec le service de consultations en psychotraumatologie situé quelques étages plus bas. Les bureaux des psychologues et des autres thérapeutes s’y situent.

L'hôpital possède une cours intérieure avec des espaces arborés et des bancs où les patients peuvent se rendre accompagnés.

En ce qui concerne les séances de psychomotricité, nous avons à notre disposition la salle des thérapies complémentaires et la salle de réunion. La salle des thérapies complémentaires est la salle où nous pouvons proposer les séances individuelles. Le sol est carrelé et les murs sont bleu clair et blanc, dans la même gamme de couleurs que le service. Il y a, en face de la porte, une fenêtre dont l'ouverture est protégée par un cadenas. Près de la fenêtre, se trouve une table et trois chaises. C'est l'espace dans lequel nous accueillons les patients. Une armoire se situe dans un renfoncement de la pièce derrière la table. Une table de massage est située à droite en rentrant dans la salle le long du mur. C’est donc une petite pièce aux couleurs froides cerclée de meubles qui n’invite pas à aller au sol. C'est pour cette raison que nous ne proposons que des séances individuelles dans cette salle en utilisant la table de massage pour éviter le passage au sol. Elle ne comporte pas de tapis et ceux présents dans la salle de réunion ne sont pas toujours accessibles quand

nous en avons besoin. La salle de réunion est quant à elle plus spacieuse. Le sol est un parquet en bois et les murs sont blancs. Trois fenêtres rendent cette pièce lumineuse. Elle est équipée de tables et de chaises pliées en bordure ainsi que d'une étagère remplie de livres. Sur l'un des côtés, on peut également trouver un petit bureau avec un ordinateur et une imprimante. Sur le dernier étage de l'étagère, sont rangés des tapis de relaxation essentiellement utilisés pour les séances d'art-thérapie et de psychomotricité. C'est dans cette salle que nous proposons les séances de groupe.

2) Le personnel

Le personnel est composé de deux types de soignants : ceux qui travaillent exclusivement dans ce service et les intervenants extérieurs ou rattachés au service de consultation en psychotraumatologie. Voici la liste du personnel rattaché au service d'hospitalisation :

- Un chef de service
- Une responsable d'Unité
- Une cadre de santé
- Une secrétaire médicale
- Une secrétaire administrative
- Deux psychiatres assistants spécialistes
- Trois internes en psychiatrie
- Une assistante sociale
- Deux infirmiers par garde
- Deux aides-soignants

La responsable de l'Unité est la médecin psychiatre qui coordonne l'activité médicale du service, gère les entrées, permissions et sorties des patients, assure l'organisation de la prise en charge par les médecins et par les thérapeutes, organise et mène les réunions de synthèse. Elle gère également la formation des internes du service. La cadre de santé, quant à elle, coordonne l'équipe et fait le lien entre le terrain et l'administration. La secrétaire médicale assiste la responsable de l'Unité. La

secrétaire administrative s'occupe de la gestion financière du service et assure le respect des procédures administratives. Les deux psychiatres assistants spécialistes prennent chacun en charge les patients de l'un des pôles du service avec les internes. L'assistante sociale est sollicitée par la responsable de l'Unité, notamment pour gérer la continuité de prise en charge des patients. Les infirmiers donnent les soins aux patients et les aides-soignants assurent l'hygiène et le confort de ceux-ci.

Voici ensuite le personnel rattaché au service de consultations :

- Trois psychologues
- Une infirmière victimologue, hypnothérapeute et formée à la TCC (thérapie cognitivo-comportementale)
- Une infirmière art-thérapeute
- Un médecin acupuncteur

Les psychologues prennent en charge chaque patient dès leur arrivée. Les consultations se font dans la chambre du patient. L'infirmière victimologue et le médecin acupuncteur prennent en charge les patients sur indication des psychiatres. L'infirmière art-thérapeute propose ses groupes aux patients et leur participation se fait sur volontariat.

Pour finir, une kinésithérapeute rattachée au service d'oncologie intervient sur prescription médicale pour certains patients du service, notamment les patients douloureux.

L'équipe se réunit pour la réunion de synthèse qui a lieu tous les jeudis matin. C'est le temps formel de réunion, pendant lequel nous abordons chaque patient du service. Les patients entrants sont présentés, les sorties sont discutées. Nous évoquons également l'avancée des soins, les changements de traitement, les prises en charges thérapeutiques existantes et les indications possibles pour en démarrer. C'est un réel temps d'échange où l'apport pluridisciplinaire est primordial, notamment concernant les patients pour lesquels l'équipe se sent en difficulté.

Nous avons d'autres temps d'échanges professionnels informels comme le

matin en arrivant dans le poste de soin. Les différents soignants du service se croisent et échangent les dernières nouvelles au sujet des patients, les heures des rendez-vous, les retours de permissions, l'état du jour, etc. Ce sont notamment les infirmiers, qui sont au plus près des patients, qui nous informent.

3) Les patients

Le service est spécialisé en psychotraumatologie et addictologie. Les patients accueillis sont en grande majorité des femmes victimes d'abus sexuels ayant des troubles psychiatriques associés : schizophrénie, troubles anxio-dépressifs, trouble de stress post-traumatique. Peu de femmes sont hospitalisées directement après l'évènement traumatique. La plupart le sont des mois voire des années plus tard, à la suite d'une perte de travail par exemple, d'une décompensation plus tardive, d'une tentative de suicide. Certaines ont aussi développé une conduite addictive.

Rappelons que le psychotraumatisme est un trouble psychique se développant chez un sujet après avoir vécu un ou plusieurs évènements traumatiques, c'est-à-dire ayant menacés son intégrité physique et/ou psychique ou celle d'autrui, qui aient provoqués un sentiment de peur intense, de désarroi ou d'horreur[2].

D'autres patients sont accueillis pour des sevrages notamment en alcool. Certains patients ont une problématique addictive associée à un trouble psychiatrique : trouble schizo-affectif, schizophrénie, dépression, trouble bipolaire, etc. Ils sont hospitalisés généralement après un passage aux urgences ou orientés par leur médecin.

---

[2] JEHEL L., LOPEZ G. (2006), p.37-38

B – Parcours d'hospitalisation

1) Admission dans le service

Le service est un service d'hospitalisation en soins libres. Les patients peuvent entrer par trois biais différents. Le premier concerne la majorité des patients. Ils entrent par les urgences de l'hôpital. La psychiatre responsable de l'Unité, qui fait des gardes aux urgences, propose l'hospitalisation aux personnes qui la nécessitent. Dans les cas de péril imminent ou de danger pour autrui, les patients sont envoyés à l'hôpital de secteur. L'hospitalisation est rarement refusée par les patients car ils sont souvent en demande d'aide en arrivant aux urgences et l'hôpital est pour eux un lieu de répit.

D'autres patients sont admis par admission directe, c'est-à-dire en contactant le service et en demandant à être pris en charge par celui-ci. Ils sont souvent orientés par un médecin ou un psychologue. Un dossier est alors créé avec les informations civiles, médicales et l'histoire du patient. Il est classé parmi d'autres dossiers selon son degré d'urgence. Quand une place se libère, la secrétaire appelle le patient le plus haut dans la liste et lui propose l'hospitalisation. Les patients sont alors admis dans la journée ou dès le lendemain.

Le troisième biais est le service de liaison. Il permet aux patients hospitalisés dans d'autres services - gérontologie, gastro-entérologie, réanimation, etc. - d'être admis en psychiatrie. Par exemple, certains patients du service de gérontologie arrivent pour un trouble addictif. D'autres de gastro-entérologie sont transférés pour des troubles du comportement alimentaire. Enfin, des patients peuvent être orientés du service de réanimation après une crise suicidaire, par exemple.

Pour finir, un autre procédé permet d'être hospitalisé : ce sont les séquentielles. Certains patients, à leur sortie, ont besoin de garder un lien avec le service pour continuer les soins, réorganiser leur vie quotidienne pas à pas. Il leur est alors proposé de venir en séquentielles, c'est-à-dire lors d'hospitalisations programmées à raison, par exemple, d'une semaine par mois. Les séquentielles ont pour vocation de

s'espacer peu à peu jusqu'à l'autonomie psychique du patient.

Lorsqu'un patient est admis dans le service, il peut demander à un proche de l'accompagner. Il est guidé par un infirmier jusqu'à sa chambre. L'infirmier fait l'inventaire des objets personnels du patient avec lui et lui retire tout objet tranchant, son portable, ordinateur s'il en a un, les déodorants aérosols, les flacons de parfum pour les patients dépendants à l'alcool. Ces objets sont rangés dans un placard prévu à cet effet dans le poste de soin. Il lui présente ensuite le service, le cadre de soin, l'équipe, le fonctionnement. Ensuite le médecin, accompagné d'un interne, vient aborder avec lui la raison de sa venue, son état, son histoire. A la suite de cela, un dossier est créé sur le logiciel de transmission de l'hôpital avec toutes les informations qui concernent le patient.

2) Organisation des soins

Après l'admission, pendant les 72 premières heures, le cadre est fermé. Les patients n'ont pas accès à leur téléphone et n'ont pas le droit de recevoir des visites. Le but est de couper la communication avec l'extérieur, avec l'environnement qui était le leur à l'entrée. L'équipe infirmière joue le rôle d'intermédiaire pour transmettre des nouvelles du patient à la famille. Ce temps de coupure est souvent vécu par les patients comme un répit. Ils se sentent contenus par l'institution. Ce temps peut être mis en lien avec du maternage car l'équipe joue un rôle pare-excitant. La fonction de pare-excitation est une des huit fonctions du Moi-Peau, comme le décrit Didier Anzieu[3]. Rappelons que le Moi-Peau « désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »[4] Cela signifie que dans sa construction, l'enfant intériorise, grâce aux soins parentaux, les fonctions de sa peau pour se procurer une sécurité interne, un bien-être de base. La peau est alors, entre-autres fonctions, intégrée

[3] ANZIEU D. (1995), p. 125-126
[4] *Ibid*, p. 61

psychiquement et vécue comme une enveloppe qui protège des agressions et excès de stimulations. Avant que le Moi-Peau soit efficient, sa fragilité l'empêche de faire face aux stimuli extérieurs et la moindre stimulation peut être vécue comme effractante. Pendant cette période, la mère joue le rôle de pare-excitation pour son bébé. De la même façon, au vu de l'état de fragilité dans lequel le patient arrive en hospitalisation, le service va provisoirement assumer la fonction de pare-excitation en le protégeant des sollicitations extérieures.

Le service est un lieu sécure dans lequel l'environnement extérieur n'a pas de prise. Alors que les visites et la communication par téléphone sont interdites, le patient peut se recentrer sur son propre vécu sans se sentir perturbé ou agressé par l'extérieur. Ces 72 heures permettent bien souvent de faire baisser l'angoisse chez les patients. Les journées sont ritualisées. Le petit-déjeuner est apporté dans les chambres. L'accès est ensuite autorisé aux deux douches du service. Le déjeuner est servi à 12h chaque jour, le repas du soir à 19h. Les patients ont la possibilité de sortir dans la cour intérieure, accompagnés de l'équipe infirmière à 10h30, 13h30 et 16h30. Cette ritualisation des journées participent à la sécurisation des patients, puisqu'elle permet de leur donner des repères stables et fiables. Les soignants passent régulièrement dans les chambres pour prendre les constantes biologiques de chaque patient. Ils sont aussi souvent en première ligne pour écouter les plaintes et demandes des patients qui font appel à eux. Les psychiatres participent aussi à cette fonction pare-excitante en mettant des mots sur les vécus des patients qui souvent ne comprennent pas ce qui leur arrive, leur état corporel et psychique et leur proposent des solutions, médicamenteuses et/ou thérapeutiques.

Les médecins appellent cette période, la période d'observation. Ils évaluent les symptômes pour établir un diagnostic et/ou mettre en place un traitement. Ils peuvent voir évoluer le patient dans ce lieu contenant sans intervention extérieure. On peut également parler de contenance par le fait que l'hospitalisation permet à tous les états des patients, même aigus, de se manifester sans danger. Les accès vers l'extérieur sont sécurisés et aucun matériel dangereux n'est à disposition. L'équipe est formée pour accueillir, gérer les crises et protéger le patient et les personnes qui l'entourent. On peut de plus faire un parallèle avec la fonction de maintenance. Celle-ci est définie comme la capacité à trouver des appuis internes grâce à l'apport d'appuis externes

par une figure sécurisante[5]. C'est la première fonction du Moi-Peau. Grâce à l'observation commune des différents psychiatres et à la passation de test standardisés, ils prennent la mesure de l'état du patient et décident d'un traitement adapté et durable. Ils posent parfois des diagnostics quand cela n'a pas déjà été fait. Ils proposent aussi au patient un traitement « si besoin », c'est-à-dire un traitement, le plus souvent à visée anxiolytique pour les moments de recrudescence anxieuse.

A la suite de ces trois jours, les médecins décident au cas par cas, en accord avec le patient quand cela est possible, s'il peut recevoir des visites et à quelle fréquence. Ils prennent également la décision d'autoriser ou non les sorties, que ce soit dans la cour intérieure de l'hôpital ou à l'extérieur de celui-ci ou de conserver les sorties accompagnées avec l'équipe infirmière. Les portables peuvent ou non être à nouveau autorisé. Dans ce dernier cas, ils sont tout de même à rendre à l'équipe soignante entre 20h et 13h00.

Les psychiatres présentent également aux patients le planning des activités proposées : art-thérapie, relaxation, danse-thérapie et improvisation théâtrale. Ce sont des groupes ouverts à tous les patients qui ne nécessitent pas d'indication. S'ils envisagent une indication vers un autre soignant, ils l'abordent également avec le patient. La psychologue du pôle rend visite au patient dès la fin de la période d'observation.

La durée moyenne d'un séjour dans le service est de trois semaines. Quand l'état d'un patient se stabilise, les médecins prévoient sa sortie. Celle-ci est parfois une institutionnalisation, notamment en EHPAD[6] pour les personnes âgées. L'assistante sociale aide les patients à organiser leur retour à domicile ou en institution.

---

[5] ANZIEU, D. (1995), p. 121-122
[6] Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

3) Cas particulier : le sevrage

Les patients admis dans le service avec une problématique addictive ont un cadre de soin légèrement différent. Ils bénéficient également d'une période de cadre fermé, c'est-à-dire sans visite ni communication directe avec l'extérieur, qui dure dans leur cas, cinq jours. Ces patients savent qu'ils rentrent pour un sevrage. Le service n'autorise aucune consommation pendant l'hospitalisation. Le service ne suit pas une procédure de sevrage particulière. Les médecins prescrivent au patient du valium à intervalle choisie par les médecins au cas par cas. Ces patients sont très surveillés et accompagnés par l'équipe, notamment pour les risques inhérents au sevrage, qui seront exposés dans une prochaine partie. Ils ont des consultations ambulatoires avec l'ELSA[7]. La psychologue du service qui les accompagne n'est pas rattachée à l'un des pôles, elle est spécialisée en addictologie. Les hospitalisations sont souvent courtes (moins d'un mois) et la sortie est généralement orientée vers un centre de soins de suite et de réadaptation spécialisé en addictologie. Les patients qui ont un trouble psychiatrique associé restent plus longtemps pour que leur traitement soit adapté. Ceux-ci bénéficient, en plus du sevrage, d'une prise en charge des conséquences de l'addiction plus étayée. C'est le cas de la patiente que je présenterai plus tard.

[7] Equipe de Liaison et Soins en Addictologie

C- Place de la psychomotricité

1) Accueil en stage expérimental

Les stages expérimentaux sont proposés pour faire des stages dans des institutions sans psychomotricien. Ce sont donc souvent des milieux où l'apport de la psychomotricité n'est pas encore connu ou reconnu. Il n'est pas rare de voir des psychomotriciens travaillant en psychiatrie adulte, notamment en addictologie. Mais la représentation des psychomotriciens auprès de ce type de patients tend encore à s'étendre.

Je réalise ce stage en troisième année, pour être suffisamment prête à prendre en charge des patients sans étayage direct d'un maître de stage. Je l'effectue en binôme, ce qui nous permet d'échanger sur notre pratique, de prendre du recul et de penser et préparer notre pratique à deux. Nous avons un tuteur interne à la structure qui n'est pas psychomotricien et un tuteur externe psychomotricien. Nous devons donc communiquer activement avec l'équipe pour nous intégrer, expliquer notre travail et l'intérêt de celui-ci auprès des patients en question pour ensuite recevoir des indications et effectuer des prises en charge.

Cette posture de stagiaire en stage expérimental nous permet d'anticiper notre diplôme en prenant la posture d'un psychomotricien. Nous devons prendre des initiatives et réfléchir chaque prise en charge, de l'indication à la fin du suivi. C'est un travail intéressant d'autant plus avec la présence de nos tuteurs internes et externes qui nous aident à adapter notre regard sur le patient, à questionner et comprendre nos prises en charge pour optimiser leur effet thérapeutique. Ils nous aident également à construire notre identité professionnelle.

Cependant, n'étant pas diplômée, ce statut nous demande de modérer nos hypothèses et nos analyses psychomotrices des patients, avec les médecins et l'équipe, en leur rappelant que nous ne sommes que stagiaires. Nous devons également garder une certaine discrétion quant aux écrits que nous pouvons faire car

ceux-ci ne sont pas validés par un psychomotricien diplômé d'état. Ils sont relus et travaillés avec notre tutrice externe psychomotricienne mais celle-ci ne connaissant pas les patients, ils ne peuvent avoir la valeur d'un écrit rédigé par un psychomotricien sur place.

Nous devons donc être prudents avec les soignants du service quant à nos analyses et notre travail, tout en prenant une place conséquente dans l'équipe du fait de l'absence de maître de stage psychomotricien.

2) Notre place dans le service

Nous sommes donc un binôme accueilli dans ce service. Celui-ci accueillait déjà un binôme d'étudiantes en psychomotricité l'année universitaire dernière et il était important pour l'équipe soignante de prolonger l'expérience clinique.

Lors de notre rencontre avec la cadre du service, sa demande concerne la mise en place de bilans psychomoteurs pour les patients pour lesquels cela est nécessaire afin d'effectuer des prises en charge individuelles et groupales. Elle nous demande également de participer à toutes les réunions de synthèse qui ont lieu le jeudi matin.

Nous sommes donc présentes dans le service le jeudi matin pour la réunion et le jeudi et vendredi après-midi pour les prises en charge. Nous avons à notre disposition la salle des thérapies complémentaires le jeudi après-midi et la salle de réunion le vendredi après-midi.

Nous avons commencé par proposer seulement des prises en charge individuelles au premier semestre, le jeudi et le vendredi. Pendant la réunion de synthèse, nous pouvons recevoir des indications par les médecins. Nous pouvons également en recevoir en dehors des réunions quand un médecin vient s'adresser expressément à nous. Parfois, c'est de notre démarche vers un médecin qu'une indication nous est donnée, lorsque nous nous interrogeons sur la pertinence d'un bilan psychomoteur pour un patient.

En premier lieu, nous allons à la rencontre du patient dans sa chambre pour se présenter et présenter la psychomotricité. C'est une première prise d'informations sur l'état du patient, sa posture, ses capacités relationnelles, etc. A la mention du corps et de son investissement, les patients ont souvent des choses à nous déposer : des difficultés, des sensations, mais aussi des envies, des besoins. A la suite de cette discussion ouverte, nous leur proposons un rendez-vous. Chaque prise en charge individuelle est précédée d'un bilan psychomoteur que nous avons construit avec l'aide de notre tutrice externe. Celui-ci est adaptable pour chaque patient selon ce que l'on souhaite évaluer. C'est l'objet de notre première rencontre en salle avec le patient. Le bilan dure généralement une heure. A la suite de cela, nous rédigeons un compte-rendu que nous transmettons oralement au médecin référent. Nous lui proposons ensuite un projet thérapeutique. D'autres rendez-vous sont alors donnés au patient en question chaque semaine pour des séances en psychomotricité.

Il est fréquent que nous nous entretenions sur l'état des patients, nos observations, nos hypothèses avec d'autres soignants, thérapeutes ou non pour pouvoir confronter nos points de vue et adapter nos prises en charge. Ceci nous permet aussi de faire connaître la psychomotricité et son intérêt auprès de ces patients. Les soignants, notamment infirmiers, peuvent également nous parler de l'évolution des patients et de leur état après les séances et au long cours.

Nous bénéficions donc d'une pluridisciplinarité riche pour notre construction professionnelle et notre pratique de la psychomotricité.

3) La place du corps dans le service

Le service bénéficie de nombreuses professions utilisant des médiations corporelles : art-thérapeute, danse-thérapeute, kinésithérapeute. L'art-thérapeute propose plusieurs groupes ouverts tout au long de la semaine. Ce sont des groupes mixtes pouvant accueillir chacun entre huit et quinze patients. Elle propose une séance de relaxation et prise de conscience corporelle, une séance d'approche théâtrale et d'improvisation, et une séance d'art-plastique et d'expression visuelle. Ces ateliers, comme elle les nomme, durent entre une heure et deux heures. La danse-thérapeute, quant à elle organise trois ateliers de danse : l'un pour hommes, le deuxième pour

femmes et le dernier mixte. L‘infirmière victimologue propose de la relaxation, de la sophrologie et de l’hypnose en individuel. Et pour finir, l’une des infirmières du service mène régulièrement des séances de méditations pour les patients anxieux qui sont intéressés. La thérapie corporelle est donc bien présente dans ce service et beaucoup de thérapeutes proposent des médiations similaires.

Cependant, cette place est à modérer. Bien que les prises en charge corporelles soient nombreuses, la communication entre les thérapeutes à médiations corporelles et les médecins et psychologues n’est pas toujours aisée. Par exemple, en réunion de synthèse, les patients sont d’abord abordés par les psychiatres au sujet de l’évolution des symptômes et du traitement. Puis vient le tour des psychologues qui donnent leur avis sur l’état psychique du patient et parlent des axes à travailler en priorité. La dimension corporelle du patient n’est abordée qu’en dernier lieu, quand celle-ci est vraiment problématique au sein du service, c’est-à-dire quand un patient est clinophile, refuse d’être touché, montre des manifestations anxieuses importantes, des réactions corporelles ostensibles, etc. Dans ce cas-là, les médecins interpellent, après avoir parlé de l’aspect médicamenteux et psychologique du patient, le thérapeute adapté pour le prendre en charge. Parfois, ce sont les thérapeutes à médiations corporelles qui prennent la parole pour exposer l’intérêt d’une éventuelle prise en charge dans leur discipline. On peut par ailleurs observer dans la réunion de synthèse que les places des différentes professions sont ritualisées. Les médecins occupent un côté de la table, les psychologues les entourent avec les infirmiers. Les thérapeutes à médiations corporelles leur font face en occupant le dernier côté, et quand la place manque, se placent en arrière des soignants attablés. La succession des prises de parole s’est peu à peu mise à conditionner l’emplacement physique de chacun dans la pièce.

Cette mince attention portée au corps peut s’expliquer par le fait qu’actuellement les diagnostics sont posés à partir du DSM-V[8]. Celui-ci s’appuie peu sur le corps et répertorie les symptômes selon les troubles mentaux, c’est-à-dire les troubles qui ont trait à la structure psychique. Des discussions sont donc régulièrement

[8] American Psychiatric Association, (2015)

engagées entre les différentes professions pour relier les différentes dimensions prises en charge.

C’est dans ce contexte institutionnel que j’effectue ce stage expérimental.

PARTIE CLINICO-THEORIQUE

II – PARTIE CLINICO-THEORIQUE

A – L'addiction

1) Généralités

J'ai choisi de centrer ce mémoire sur la prise en charge, en psychomotricité, des addictions, notamment à l'alcool. Voici donc le cadre théorique de référence de ma pratique psychomotrice auprès de ces patients.

Le terme addiction tient sa racine étymologique du latin « ad-dicere » qui signifie « dire à ». Il traduit une notion d'appartenance, d'assujettissement. Il était utilisé pour définir le lien qui relie un esclave à son maître au Moyen-Âge, l'esclave étant « addicté » à son possesseur. Plus tard, les anglo-saxons utiliseront ce terme pour désigner le lien de soumission qui unit un apprenti à son maître. Ce terme va peu à peu évoluer vers une utilisation scientifique, qui va lui attribuer une signification, un concept avec des symptômes et facteurs précis.

Le psychiatre anglais Aviel Goodman propose une définition du terme d'addiction en 1990. Il le définit comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives »[9]. Cette définition prend en compte la dimension comportementale en décrivant les symptômes qui caractérisent l'addiction. C'est à partir de cette définition que sont développés les critères du DSM et de la CIM. En France, les psychiatres se réfèrent au référentiel de psychiatrie, qui en ce qui concerne les addictions, est basé sur les critères diagnostiques du DSM-V[10]. Le diagnostic est posé quand au moins trois des critères suivants sont manifestés par le sujet de façon simultanée et pendant plus d'un mois :

---

[9] MOREL A., COUTERON J.P., FOUILLAND P. (2010), p.68
[10] COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES DE PSYCHIATRIE (2014), p.408

- Un désir compulsif de consommation
- Des difficultés à contrôler sa consommation
- L'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou la prise de produit pour éviter un syndrome de sevrage
- Une tolérance au produit induisant une augmentation des doses
- La centration autour du produit et la restriction du temps passé à d'autres activités
- Une poursuite de la consommation malgré les effets nocifs

Le concept d'addiction est un concept bio-psycho-social. Le processus addictologique est multifactoriel. Il se met donc en place à la rencontre de trois déterminants : les mécanismes biologiques, les mécanismes psychologiques et les mécanismes sociaux. Les mécanismes biologiques, et notamment dans le cas de l'addiction, neurobiologiques, sont représentés par les effets des substances sur les systèmes de neuro-médiations. Ces substances libèrent des molécules qui se fixent sur des récepteurs de neuromédiateurs et activent des circuits corticaux et sous-corticaux comme le circuit de la récompense par exemple. Ce processus renforce les comportements addictifs.

Il peut être renforcé également par le biais de mécanismes psychologiques se rapportant à l'attachement, qui vont fixer la consommation. Rappelons que l'attachement est « un schème comportemental instinctuel par lequel un individu s'efforce de diminuer les distances qui le séparent d'un autre. »[11] John Bowlby décrit la mise en place d'un style d'attachement spécifique à chacun en fonction de ses interactions précoces. Si la figure d'attachement propose un étayage satisfaisant, des réponses adaptées aux signaux du nourrisson, il sera plus à même de développer un attachement sécure. A l'inverse, des interactions segmentées, une absence de réponses aux besoins de l'enfant, etc. peuvent entraîner un attachement anxieux, c'est-à-dire un retrait des affects ou bien une dépendance relationnelle. Dans ce dernier cas, une régression inconsciente peut s'opérer par la dépendance à l'alcool, qui renvoie à la dépendance de l'autre dans la petite enfance.

---

[11] MOREL A., COUTERON J.P., FOUILLAND P. (2010), p.232

Le contexte social de la consommation vient lui aussi participer au processus. Toute consommation s'inscrit dans un contexte relationnel avec des codes sociaux, des enjeux d'identification, de projection. Elle est ainsi liée à des facteurs d'expositions et un cadre qui, dans le cas de l'alcool, selon ses répercussions sociales, influencera sa maîtrise. La rencontre de la substance avec le sujet et son contexte sont donc à l'origine de la mise en place d'une addiction.

2) La consommation d'alcool

L'alcool est le produit dont la consommation est la plus socialement admise dans la culture occidentale. Son acculturation entraîne une difficulté de distinction entre des consommations raisonnées et des consommations qui deviennent pathologiques.

L'addiction au sens pathologique est évoquée quand le sujet est en souffrance et qu'il montre des difficultés pour modifier le comportement de consommation qui en est la source. Nous retrouvons là le sens latin du terme addiction puisqu'elle est vécue par le sujet comme un asservissement.

Le nombre de personnes qui consomment de l'alcool tous les jours est estimé à six millions en France. Il s'élève à dix millions pour le nombre de consommateurs qui le font au minimum trois fois par semaine. La prévalence de l'alcoolo-dépendance est de 3% dans la population générale et le collège national des universitaires de psychiatrie estime à 10% la proportion des 18/75 ans ayant ou ayant eu un usage problématique de l'alcool[12]. Au niveau mondial, l'alcool est le troisième risque de morbidité.

Pour comprendre comment se met en place le processus d'addiction chez le sujet qui consomme et donc la source de ce comportement, il est important de comprendre les effets de la prise sur le sujet.

Sur le plan neurobiologique, l'alcool induit une libération de dopamine et

[12] COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES DE PSYCHIATRIE, (2014), p.418

d'endorphine, une augmentation des récepteurs GABA et glycinergiques et une inhibition de la transmission glutamatergique. Cette biochimie entraîne à faible dose, une anxiolyse et une désinhibition comportementale[13]. A haute dose, des effets de sédation, d'amnésie et d'hypnose peuvent être ressentis. Le circuit cérébral de récompense est ainsi activé et produit une sensation de plaisir. C'est par ce biais que l'alcool est un psychotrope : il agit sur le système nerveux central et notamment sur le psychisme. La mise en place de l'addiction est due à trois phénomènes. Le premier est ce que l'on peut appeler le renforcement positif et/ou négatif. Les effets bénéfiques sont recherchés et les effets désagréables liés à l'absence de consommation sont évités, fuis. Le deuxième phénomène est la mémorisation du contexte et des facteurs relationnels, sociaux qui influencent et renforcent la consommation. Le dernier est l'accoutumance due à l'augmentation de la tolérance des cellules qui pousse le sujet à modifier sa consommation pour continuer d'en ressentir les effets bénéfiques. Cette sensibilisation peut donc entraîner un craving[14].

3) Effets sensoriels

La consommation d'alcool produit des effets sensoriels. Leur recherche peut être à l'origine de la consommation. Ils peuvent aussi renforcer la prise d'alcool existante. L'individu va ressentir une détente musculaire associée à une impression de chaleur. Ces effets physiques induisent une détente psychique et donc une anxiolyse. L'individu est apaisé et se sent bien dans son corps. La vision est généralement troublée et il peut y avoir des étourdissements qui viennent anesthésier le corps. « La conduite d'alcoolisation représente un passage à l'acte, un agir du sujet au regard d'une pression psychique interne, un court-circuitage de la pensée »[15]. Celui-ci s'opère par un court-circuitage du corps et des influx neurosensoriels. Les sensations sont lissées. La tension interne est comme pris dans une dénégation. Elle ne peut pas être élaborée donc le consommateur fait appel à un apport extérieur pour

---

[13] DEMATTEIS M., PENNEL L. (2018), p.555
[14] Etat soudain de besoin impérieux de re-consommation.
[15] EXPOSITO C. (2012), p.58

tenter de l'apaiser, la faire disparaître de sa conscience. Paradoxalement, c'est en remplissant le corps d'alcool que cette tension interne disparaît. Mais cela entraîne une diminution de la conscience du corps. La sensation de vide ressentie en dehors des prises d'alcool est déstructurante et c'est cette absence de sensation qui est porteuse d'angoisses pour le psychisme, car non sécurisante. L'alcool, en venant emplir le corps et lisser ses sensations, diminue l'angoisse du sujet. Sur le court terme, la prise est donc bénéfique au sujet pour l'apaiser. Mais en provoquant une détente illusoire qui n'est ni structurante, ni durable, l'alcool déstructure peu à peu psychocorporellement le consommateur. La prise d'alcool va donc être de plus en plus nécessaire pour faire face à l'augmentation de l'angoisse due à cette déstructuration.

4) Les risques encourus

La consommation pathologique d'alcool a des effets néfastes sur l'organisme. Les principales atteintes concernent, en plus des altérations somatiques, des troubles du sommeil, des douleurs chroniques, des troubles cognitifs et des troubles thymiques.

Les affections somatiques les plus courantes sont la cirrhose, les hépatites et le cancer. Les consommateurs s'exposent à un risque plus élevé de contracter ces maladies car les cellules du foie, de l'estomac et de l'œsophage sont progressivement dégradées et détruites par l'alcool.

Les molécules présentent dans l'alcool favorisent l'endormissement en créant une détente musculaire et une anxiolyse. Cependant, la métabolisation de l'alcool entraîne, plus tard dans le cycle du sommeil, des cauchemars entrecoupés de réveils et un réveil précoce. Mais avec l'accoutumance, les systèmes hypnogènes et sédatifs sont affaiblis et le sommeil devient plus difficile à trouver sans prise d'alcool. Cela renforce le comportement addictif et détériore de plus en plus la qualité du sommeil. C'est un cercle vicieux qui se met en place. L'alcool favorise ou aggrave les troubles respiratoires nocturnes en diminuant le tonus des muscles dilatateurs des voies aériennes supérieures. Les apnées fragmentent le sommeil, provoquent une somnolence diurne et majorent les troubles cognitifs et psychiques.

L'alcool peut être consommé à visée antalgique. Mais l'accoutumance incite à augmenter les doses. Cependant, s'il a une visée antalgique à court terme, il peut être facteur de douleurs chroniques. Il cause des atteintes périphériques des nerfs et des

muscles, qui en se détériorant, provoquent des influx nociceptifs. Il modifie aussi les systèmes centraux de régulation de la douleur en agissant sur les circuits de la régulation des émotions, du stress et des seuils de perception de la douleur. Il créé aussi une situation à risque, puisque la consommation concomitante d'alcool et d'antidouleurs comme la morphine, le paracétamol et l'aspirine augmentent le risque d'accoutumance, d'hémorragies et d'hépatotoxicité, c'est-à-dire d'atteinte grave du foie. Tout porte à augmenter la consommation donc, parallèlement, les risques sur la santé.

Les atteintes cognitives sont les plus connues et les plus nombreuses. Elles sont associées à des atteintes émotionnelles. Les mécanismes sont multiples. Les facteurs regroupent la conduite addictive, les modalités d'usage, la précocité, l'ancienneté de l'usage et les comorbidités associées. La dégradation du système nerveux central est due à la toxicité de l'alcool et aux carences nutritionnelles causées par la modification du métabolisme. Elle entraîne une hypoactivité frontale à l'origine de la perte progressive du contrôle du comportement. On observe généralement une atrophie corticale, sous-corticale et cérébelleuse dont nous allons décliner les conséquences par la suite. Certaines de ces atteintes sont réversibles s'il y a maintien de l'abstinence grâce à la neurogénèse et à la restauration de la substance blanche. Les premiers effets de l'atteinte cérébrale se traduisent par un syndrome dysexécutif, un traitement lent de l'information, une atteinte de la mémoire épisodique, de l'apprentissage verbal et non-verbal et des troubles visuo-spatiaux. Sur le plan émotionnel, les syndromes anxieux et/ou dépressifs peuvent se surajouter à l'atteinte cognitive. Ces dysfonctionnement altèrent les capacités adaptatives et relationnelles et représentent un facteur de vieillissement cérébral pathologique. Des dégénérescences cérébelleuses sont observées et se traduisent par une augmentation du polygone de sustentation et une démarche instable. Des encéphalopathies carentielles se traduisent par des atteintes multiples, cognitives et motrices. Le syndrome de Korsakoff, par exemple, est une atteinte fronto-cérébelleuse et du circuit de Papez. Il se traduit cliniquement par des altérations de la mémoire sémantique et procédurale, des fonctions exécutives ainsi qu'une anosognosie[16]. Les

[16] PITEL A.-L. et al. (2009), p.84

atteintes hépatiques peuvent contribuer aux atteintes neurologiques, que l'on nomme troubles neurohépatiques. Ils provoquent des symptômes extrapyramidaux comme une bradykinésie, des rigidités et une dystonie, une altération précoce de la marche et de l'équilibre, ainsi que des troubles cognitifs. D'autres atteintes pulmonaires, cardiovasculaires, intestinales, optiques peuvent survenir. Des atteintes du système nerveux périphérique peuvent également être observées. Elles se déclinent sous la forme d'une polyneuropathie axonale distale, symétrique et sensitivo-motrice. Les symptômes sont des engourdissements, des paresthésies, des hyperesthésies douloureuses, une fatigue à la marche, une aréflexie, etc.

Ces différentes manifestations organiques tendent à déstructurer la conscience corporelle du consommateur qui, pour faire face à l'angoisse qu'elle produit, peut augmenter sa consommation et donc ses effets néfastes.

5) Le sevrage

Les risques encourus par le sujet sont également très importants lors du sevrage. Le sevrage en alcool est le seul qui met en danger la vie de la personne. Le syndrome de sevrage se déclare à l'arrêt de la consommation, mais aussi à la réduction de celle-ci. La consommation d'alcool, en modifiant le métabolisme, produit un nouvel équilibre pour l'organisme. Son arrêt vient donc déséquilibrer celui-ci et génère de nombreux dysfonctionnements, dont le principal est une hyperexcitabilité neuronale, associée à une activation des systèmes de stress. Les premières manifestations sont psychiatriques, neurovégétatives et digestives. Elles s'expriment sous la forme d'anxiété, d'agitation, d'irritabilité, de céphalées, d'insomnies et de cauchemars. Sur le plan neurovégétatif, elles se traduisent par des sueurs, tremblements, tachycardies et élévation artérielle. Les atteintes digestives se manifestent sous la forme de nausées, vomissements et perte d'appétit. Dans les formes plus sévères, le sevrage génère des hallucinations, des crises d'épilepsies et/ou un délirium tremens.

Le délirium tremens est un état confusionnel s'exprimant par des zoopsies, c'est-à-dire des hallucinations mettant en scène des animaux terrifiants, une agitation, des tremblements, de la fièvre et une déshydratation. Un traitement en benzodiazépine tel que le Valium, qui est un traitement anxiolytique, est alors prescrit pour diminuer les

symptômes du sevrage et l'incidence des hallucinations. Sans traitement, le délirium tremens peut être létal en causant des chutes, une pneumopathie, un arrêt respiratoire, cardiovasculaire ou un état de mal épileptique.

Les crises d'épilepsies, qui correspondent à une activité paroxystique d'une zone de neurones, sont trois fois plus fréquentes chez les sujets alcoolo-dépendants. Elles se présentent sous la forme de crises convulsives et peuvent aller jusqu'à l'état de mal épileptique, c'est-à-dire une crise d'une durée supérieure à trente minutes, pour laquelle le taux d'endommagement neuronal met en danger le pronostic vital.

Il est donc important d'accompagner les individus sujets à des troubles de l'usage de l'alcool, non forcément pour viser l'abstinence, mais pour minimiser les effets néfastes et diminuer la souffrance physique et psychique.

6) Prise en charge de l'addiction à l'alcool

La prise en charge du patient alcoolo-dépendant est multiple. Le premier recours est généralement celui de l'hospitalisation qui pourra proposer un sevrage physique rapide, généralement d'environ une semaine. On nomme couramment cette phase la cure de sevrage. Mais le sevrage physique n'est qu'une étape du traitement. En parallèle, le patient a un soutien psychologique pour aborder la dépendance au sens large, c'est à dire également psychique. Par la suite, des centres de soins de suite spécialisés en addictologie peuvent être proposés au patient à visée d'éducation thérapeutique et de soutien psychologique sur du plus long terme.

Si le sevrage n'est pas envisageable par le patient, il existe des centres de jour comme les CSAPA[17]. Ceux-ci proposent des consultations ambulatoires anonymes et gratuites à visée d'accueil, d'information, d'évaluation médicale, psychologique et sociale, et d'orientation. Pour les patients qui souhaitent s'inscrire dans un processus thérapeutique, les CSAPA proposent des prises en charge médicales, thérapeutiques, sociales et éducatives. Le psychomotricien est amené à prendre en charge des patients en hospitalisation comme en ambulatoire.

---

[17] Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

7) Prise en charge en psychomotricité

En psychomotricité, nous abordons le patient sous un angle différent des autres disciplines. Nous allons chercher à comprendre la souffrance psychocorporelle du patient. Rappelons que les problématiques d'attachement favorisent l'addiction. Dans les interactions précoces, la qualité du portage psychique et physique dont l'enfant bénéficie lui assure une dimension contenante. Cette dimension, qui s'opère également au niveau de l'enveloppe corporelle et des appuis, est à l'origine de la construction du sentiment de sécurité. L'enfant est d'abord dépendant de la fonction maternelle pour conserver cette sécurité. D'après Wilfred Bion, la Mère assure la fonction Alpha. Elle assimile les états de son enfant et les traite à sa place. Elle les transforme d'éléments Bêta, c'est-à-dire bruts, en éléments Alpha, c'est-à-dire intégrables par le psychisme[18]. Cette fonction est assurée par la Mère en attendant que l'enfant soit capable de traiter et intégrer psychiquement ses impressions et sensations seul. Cette étape est celle de l'individualisation. Peu à peu, il intériorise la fonction contenante, se différencie et commence à exister en tant que sujet, ce qui lui permet de construire sa propre base de sécurité interne. Celle-ci s'appuie sur sa structuration psychocorporelle qui lui permet d'investir son corps comme un repère, un ancrage dans la réalité, lui conférant des qualités sécurisantes de contenance, de maintenance et de lieu d'impression des états psychiques.

Dans l'addiction, l'une des hypothèses explicatives est celle d'un défaut d'intégration et d'intériorisation de la fonction contenante et de la fonction Alpha. L'appropriation du corps et la structuration psychocorporelle sont défaillantes et ne possèdent pas les qualités requises pour permettre au sujet de comprendre, d'intégrer et d'élaborer ses états, ses impressions, sensations, etc. Ceci lui cause une souffrance, une angoisse permanente qu'il maintient à distance par l'agir. Le recours à l'alcool apparaît alors comme un « court-circuitage de la pensée »[19] et de la tension interne qui en résulte dans le corps.

L'alcool et ses effets sensoriels sont spécifiques dans ce cas-là. Ils permettent non seulement de calmer le psychisme, mais aussi d'apaiser l'angoisse et ses

---

[18] SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (2015), p.331
[19] EXPOSITO C. (2012), p.58

manifestations corporelles causées par le défaut de structuration et donc de sécurité interne. La psychomotricité apparaît alors comme le meilleur moyen de réveiller la mémoire corporelle. Cet accompagnement permettra de mettre au travail le schéma corporel en lui redonnant sa fonction de lieux d'impressions des états corporo-psychiques. L'appropriation de l'axe corporel aura pour but d'intégrer sa fonction de maintenance, d'appuis et d'affirmation de soi. Enfin, celle de l'enveloppe corporelle aura pour objectif de retrouver sa fonction de contenance. Ce travail de restructuration psychocorporelle est donc une mise en œuvre de la recherche de sécurité interne, sur laquelle pourra s'appuyer le patient pour l'élaboration psychique de ses états. Nous pouvons l'effectuer par des stimulations sensorielles qui appellent le patient à se mettre à l'écoute de son corps, dans le but d'intérioriser cette structuration et de retrouver ses qualités sécurisantes.

B – Madame B : « Je ne sens rien »

1) Histoire de vie et de la maladie

Je suis en réunion de synthèse la première fois que j'entends parler de Madame B. Arrivée aux urgences de l'hôpital quelques jours plus tôt, après une chute dans un contexte d'alcoolisation, elle est transférée à l'EPS[20] de secteur alors que le service ne peut l'accueillir par manque de place. Elle finit par être hospitalisée quelques jours plus tard dans le service de psychiatrie spécialisé en psychotraumatologie et addictologie pour des troubles du comportement au domicile dans un contexte de troubles de l'usage de l'alcool.

Tout d'abord, présentons là. Madame B est une femme de 76 ans. Son entourage familial est représenté par son fils de 52 ans dont elle parle avec fierté car il est professeur et par son petit frère que nous apercevrons souvent à ses côtés dans le service. Elle est retraitée après une carrière dans le tourisme, dans une agence de voyage. Elle vit actuellement en région parisienne, au cinquième étage de son bâtiment, sans ascenseur. Elle bénéficie d'aides ménagères pour l'entretien de son appartement, ainsi que de l'aide de son frère pour faire ses courses car ses difficultés physiques l'entravent au quotidien. Depuis quelques semaines, elle a de plus en plus de difficultés pour descendre et remonter les escaliers pour s'acheter de l'alcool. Elle prend quand même le risque de descendre les escaliers en période de craving.

Mais reprenons l'histoire de sa maladie. Celle-ci débute alors qu'elle est encore adolescente. Elle fait plusieurs tentatives de suicide dans un contexte de troubles de l'humeur. Elle sera ainsi hospitalisée en psychiatrie à plusieurs reprises. Je n'ai pas d'information concernant des potentiels évènements et facteurs déclenchant de ces crises. Après stabilisation de son état et sous traitement, elle ne sera plus suivie en psychiatrie pendant de longues années. Pendant la période de Noël 2017, cinquante années plus tard, elle sera admise en psychiatrie suite à des chutes à répétition sous l'emprise de l'alcool, au domicile, qui la mèneront aux urgences. Elle décrit une souffrance psychique ancienne et une consommation qui a débuté depuis « une

[20] Etablissement Public de Santé

trentaine d'années »[21]. Sa consommation est quotidienne et varie d'un verre à une bouteille de vin par jour. Les médecins diagnostiquent un état dépressif récurrent. Pendant cette période, elle se replie chez elle et se dégrade progressivement sur les plans psychique et physique. Elle se sent incapable de sortir de chez elle, de poursuivre ses activités de loisirs et décrit un fléchissement thymique sans facteur déclenchant. Elle augmente alors sa consommation et chute chez elle. Elle est plâtrée au niveau du bras droit, ce qui accentue son repli au domicile et participe au fléchissement thymique. Elle est alors adressée en CMP[22], mais ne s'y rendra pas car elle pense pouvoir « gérer seule » la situation. Bien que régulière, sa consommation n'aura pour elle, pas d'effets indésirables jusqu'à ses nombreuses chutes. C'est également une chute, sans séquelle physique, qui l'amène aux urgences de l'hôpital en amont de son hospitalisation actuelle.

2) Prise en charge dans le service

a. Arrivée et objectifs de prise en charge

Madame B entre donc courant novembre dans le service.

Elle se montre vigilante, orientée, sans troubles mnésiques ou cognitifs, avec une présentation soignée. Le contact est cependant décrit par les médecins comme hypothymique, sans expression d'affects avec une prosodie monotone. Les médecins décident d'évaluer son état thymique pour mettre en place un nouveau traitement. Elle adhère à l'idée de sevrage en alcool qui lui est proposée et accepte le cadre fermé de cinq jours pendant lequel elle ne pourra voir ou contacter ses proches. Dès cet instant, elle bénéficie d'un suivi psychiatrique par les médecins du service et d'un suivi addictologique par l'ELSA.

b. Traitement et sevrage

Le sevrage en alcool se déroule sans encombre avec l'administration fréquente

---

[21] Les expressions entre guillemets sont les mots de la patiente.
[22] Centre médico-psychologique.

de Valium. Elle exprime une réassurance du fait de sa coupure avec le monde extérieur le temps de ce sevrage et de la présence permanente des soignants. Elle aborde, en parallèle, avec la psychologue de l'équipe de l'ELSA, le lien entre son état thymique et la consommation d'alcool. Elle exprime d'autant plus sa motivation à arrêter sa consommation pour stabiliser son humeur. Elle est néanmoins sujette à de multiples réveils nocturnes et se sent pessimiste et angoissée, notamment le matin. Son état s'apaise généralement en fin d'après-midi et début de soirée. A l'examen neurologique, elle ne présente pas de syndrome extrapyramidal ni cérébelleux mais des signes vestibulaires avec des légers vertiges quand elle fait des mouvements trop rapides avec sa tête.

Un nouveau traitement antidépresseur et anxiolytique est mis en place. La patiente est calme, cohérente mais présente une lenteur idéatoire et une difficulté d'élaboration. Elle reprend également une activité qu'elle aime : la lecture. Elle est allongée toute la journée dans son lit, sauf en présence de son frère. Elle prend alors l'ascenseur pour aller marcher avec lui dans la cour ou les couloirs. Elle sollicite beaucoup les soignants pour s'habiller, se laver, se coiffer. Elle sort très peu de son lit et ses déplacements sont difficiles. Le ralentissement et le repli psychomoteurs observés par les soignants amènent les médecins à lui prescrire de la kinésithérapie et de la psychomotricité.

c. Kinésithérapie

La kinésithérapeute commence donc très rapidement un suivi rééducatif avec Madame B. Elle la voit tous les matins et axe le travail sur la mobilité des doigts puisque la patiente a perdu ses capacités de préhension fine et cela est très handicapant pour elle dans sa vie quotidienne. Les capacités de Madame B s'améliorent très rapidement, ce qui montre la place de l'absence de sollicitations dans la perte de ses capacités. Elle axe ensuite la rééducation sur les transferts et la marche en reprenant avec Madame B toutes les étapes de la position allongée dans son lit à la position debout. Celle-ci progresse également rapidement pendant les séances mais reste très clinophile le reste du temps.

La combinaison de la prise en charge en kinésithérapie et en psychomotricité sera complémentaire et soutenante pour la patiente.

3) Prise en charge en psychomotricité

a. Prescription et rencontre

Lors d'une réunion de synthèse, l'équipe nous indique Madame B pendant une conversation sur son repli psychomoteur, ses vertiges et son risque de chute. Nous aurons une prescription pour effectuer un bilan psychomoteur et au décours, proposer une prise en charge psychomotrice.

Je rencontre Madame B dans sa chambre, à la suite de la prescription, pour se présenter et présenter la psychomotricité. Elle s'assied sur son lit avec difficultés, en levant les jambes pour se donner une impulsion et se redresser. Une fois assise sur son lit, elle bascule ses jambes sur la gauche et pivote en bloc, sans dissociation des ceintures, pour s'asseoir sur le côté du lit face à nous. Elle agite nerveusement ses jambes et présente un tremblement au niveau des lèvres qui peut faire penser à une succion. Elle est légèrement voutée mais j'observe régulièrement des efforts pour se maintenir droite. Je la sens présente et à l'écoute. Son regard passe de mon binôme à moi régulièrement. Ce temps de présentation invite la patiente à nous parler de son rapport au corps. Elle explique le handicap que représentent ses vertiges. Son discours autour de son rapport au corps semble ne tourner qu'autour de cela.

Je lui propose un rendez-vous pour le lendemain après-midi pour effectuer un bilan psychomoteur.

b. Bilan psychomoteur

Madame B ne se présente pas sur le lieu convenu de rendez-vous à l'heure. Je me dirige alors dans sa chambre et la trouve allongée sur son lit. Elle ne se souvenait plus de l'heure et avait peur de ne pas trouver la salle. Je l'aide alors à se lever et l'accompagne jusqu'à la salle, ce qui semble la rassurer.

<u>Entretien :</u>

Pendant l'entretien, à la demande de se présenter, Madame B aborde directement ses difficultés physiques. Ces incapacités la résument en ce moment et

semblent happer son identité. Elle liste toutes les situations dans lesquelles elle se sent limitée, notamment depuis la chute qui a occasionné une fracture de son bras, maintenant douloureux quand il est trop mobilisé. Les termes qu'elle utilise sont durs et dits sans émotion apparente : « je me suis fracassée l'épaule contre la gazinière ». Elle explique que cela est arrivé progressivement, sans qu'elle n'en prenne vraiment conscience, ce qu'elle vit très mal aujourd'hui. La prise d'alcool est liée à ses angoisses qui la paralysent parfois. Elle décrit un apragmatisme au domicile. Elle a fait une crise d'angoisse ce matin avec « l'envie de mourir », sans savoir ce qui l'a déclenchée. En la sollicitant sur ce qu'il peut se passer dans son corps dans ces moments-là, elle montre globalement son ventre en disant « ça m'a fait quelque chose un peu à ce niveau-là ». Sa réponse est superficielle et elle n'est pas capable de la préciser. Son sommeil s'est apaisé. Elle ritualise son endormissement en lisant tous les soirs jusqu'à ce que ses yeux se ferment. J'aborde des potentielles activités de loisirs, pratiques corporelles anciennes ou récentes, elle ne parle pas du passé mais explique ne plus pouvoir sortir de chez elle. Ses difficultés ne sont pas mécaniques mais sont dues à une peur du dehors depuis un peu plus de six mois, qui l'empêche même d'aller sur son balcon. Cette insécurité psychocorporelle n'est pas intégrable et ne peut pas être mise en mots par Madame B. Il est très difficile pour elle d'expliquer ce qui lui fait peur. Elle peut surpasser cette peur seulement quand elle a besoin de sortir pour acheter de l'alcool. Dans le service, elle peut sortir dans la cour car cela ne représente pas le « vrai extérieur », elle se sent protégée à l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital, ce qui montre la fonction contenante de celui-ci. Cependant, elle explique se maquiller à chaque fois qu'elle sort, ce qui montre un intérêt pour son apparence et le regard des autres. Mais elle n'aime pas prendre soin de celui-ci quand ce n'est pas visible, elle n'y voit pas d'intérêt. Ses paroles sont pour la plupart dites d'un ton monotone, de façon amimique. Elle montre parfois des signes de colère envers elle-même et peut répondre sèchement quand elle aborde ses difficultés.

Timed up and go :

Je lui propose de se lever pour aller s'installer sur la chaise avec accoudoirs. Elle tire sur la table devant elle, le dos penché vers l'arrière, le bassin en avant. Elle s'installe sur la chaise du test en se jetant en arrière. Je lui explique les consignes et lui rappelle que les accoudoirs sont là pour l'aider et qu'ils peuvent faciliter le transfert

vers la position debout si elle se penche vers l'avant et s'appuie sur ceux-ci.

Au premier essai, elle se lève en tirant sur ses accoudoirs sans parvenir à se pencher assez à l'avant, car ses pieds sont en avant de ses genoux et pousse sur ses bras pour se lever. Elle regarde devant elle en fronçant les sourcils. Elle reste quelques instants debout en faisant de très légères oscillations devant/derrière. Puis elle avance jusqu'au mur en faisant de tous petits pas, en levant très peu les pieds et en les regardant, le dos légèrement vouté. Elle tourne en effectuant plusieurs petits pas et regagne la chaise de la même façon. Elle y colle ses mollets puis penche le buste en avant sur étayage verbal et s'assoit en pliant ses genoux. Elle ne maîtrise cependant pas tout à fait son élan et relâche son poids maladroitement sur la chaise.
Le premier essai est d'environ 35 secondes mais il est biaisé par le fait qu'elle ait dû réajuster son gilet sur ses épaules pendant la marche.

Le deuxième essai est légèrement plus rapide, il est exécuté sensiblement de la même façon. Simplement, au passage en position debout, Madame B. glisse son bassin jusqu'au bord de la chaise pour pouvoir pousser davantage sur ses pieds, qui sont dans cette situation en arrière de ses genoux. Ce trajet dure 26 secondes. Il y a donc un déficit de la mobilité, sans risque important de chute dans la marche. Les transferts sont cependant à risque élevé. Madame B a également beaucoup de difficultés à réajuster sa posture à l'étayage verbal, elle semble ne pas se rendre compte quand elle est dans une position désaxée, inconfortable. Ce sera un point d'observation très important pour la suite du bilan.

Mini-Mental Test Examination[23] :

A la première question, celle de la date du jour, Madame B nous dit qu'elle a un calendrier dans sa chambre et donc connaît la date. Cependant, la réponse qu'elle nous donne est erronée. Le lieu dans lequel nous sommes n'est pas nommé. Elle tente de nous expliquer avec les points cardinaux où nous nous trouvons sans que cela soit tangible. Les questions qui la mettent en difficultés révèlent chez elle de nombreuses réactions de prestance au niveau du visage. Les consignes suivantes sont exécutées sans difficulté même si la concentration et la réflexion semblent coûteuses à Madame

[23] Test d'évaluation des fonctions cognitives et capacités mnésiques

B.

Le dessin est également effectué dans les règles mais le poignet est figé et tremblant, les traits présentent de légères oscillations. Nous ne repérons donc pas de troubles cognitifs chez Madame B qui montre de bonnes capacités mnésiques et une compréhension et exécution des consignes correctes. Cependant, l'orientation temporo-spatiale est défaillante et les capacités attentionnelles limitées. Elle présente une désorientation temporo-spatiale.

Examen Géronto-Psychomoteur :

Les épreuves de l'EGP proposées sont les coordinations statiques, la mobilisation articulaire des membres supérieurs et inférieurs, la motricité fine des membres inférieurs et supérieurs, la connaissance des parties du corps, la vigilance et la mémoire perceptive.

L'équilibre est très précaire. L'équilibre sur demi-pointe et l'équilibre unipodal sont réalisés avec appuis et de façon très coûteuse. L'équilibre sur demi-pointe d'un pied n'est pas envisageable et Madame B est consciente avant même d'essayer, qu'elle ne pourra le faire.

Pendant la mobilisation des membres supérieurs, Madame B est très attentive à ce que je fais et demande à plusieurs reprises à quoi cela sert. Les informations sur l'amplitude à la mobilisation passive sont inexistantes car Madame B a accompagné tous les mouvements malgré l'étayage verbal. Elle n'oppose pas de résistance au mouvement, ni ne le freine mais elle le réalise sans s'en rendre compte. Elle montre une bonne amplitude au niveau des poignets et des coudes mais peu au niveau des épaules notamment à droite. C'est celle qui a été fracturée dans l'une de ses chutes. A la reproduction en miroir, ses mouvements sont beaucoup moins amples et quand je lui demande si elle peut tendre encore plus son coude gauche dans la mobilisation de l'épaule, elle répond qu'il est déjà tendu. Sa proprioception est effectivement à interroger, comme nous l'avons vu précédemment. En ce qui concerne les membres inférieurs, Madame B réalise à nouveau elle-même tous les mouvements, tout en disant « vous pouvez y aller, je relâche tout ». L'amplitude est tout de même plus importante à la mobilisation passive. Elle dit pourtant à la mobilisation articulaire active faire exactement le même mouvement même si elle souligne la difficulté. Madame B présente une hypertonie générale liée à une difficulté à se relâcher. Elle n'est pas

consciente de son état tonique et ne peut pas le réguler malgré l'étayage verbal. Nous pouvons observer parfois des syncinésies de diffusion du membre droit au membre gauche ou inversement.

Le boutonnage et le déboutonnage ne sont pas réalisables. Madame B présente des difficultés de motricité fine importantes. Le pianotage, le dépianotage et l'opposition pouce-doigts sont effectués sans dissociation possible des doigts, avec des syncinésies de diffusion. La respiration de la patiente est modifiée avec une inspiration forcée et son regard est fixé sur ses doigts. La pièce est ramassée en étant poussée jusqu'au bord de la table puis attrapée entre deux doigts. Madame B souligne des douleurs dans les doigts. Effectivement, elle met beaucoup de force pour maintenir la pièce entre ses doigts et ses jointures sont blanches avec une diffusion tonique à la main entière.

Pour la motricité des membres inférieurs, Madame B place ses pieds correctement sur les traces, après plusieurs ajustements. Le shoot dans le ballon s'effectue avec le pied droit, droit devant elle, puis avec le pied gauche, en biais. Elle place ensuite ses pieds sur les traces, assise sur la chaise. Elle tente de mettre son pied gauche sur la trace la plus à gauche en se penchant en avant mais demande si elle peut se lever, car elle a peur de se déséquilibrer en restant assise. Elle n'ajuste pas sa position sur la chaise et utilise des positions aberrantes pour mettre ses pieds sur les traces. L'idéation du mouvement est donc mis à mal par la difficulté de contrôle moteur, mais surtout des feedbacks somesthésiques qui nécessitent une bonne capacité de proprioception.

A la connaissance des parties du corps, Madame B peut montrer puis nommer les différentes parties du corps. Elle annonce qu'elle ne pourra pas reproduire la posture du gendarme car elle ne peut pas lever son bras à la verticale du côté de son épaule droite. Nous le faisons alors de l'autre côté, mais son bras gauche ne monte pas plus haut. Le chapiteau n'est pas réalisé de la même façon au niveau des doigts, Madame B les gardant fléchis. La posture de la danseuse également puisque les pieds sont très peu ouverts. Enfin la position des jambes au repos est réalisée correctement, en un seul mouvement. Elle reprend la position du gendarme mas ne retrouve pas les autres postures.

En ce qui concerne la vigilance, Madame B exécute correctement les consignes mais le maintien de l'attention est fragile. La fatigabilité de Madame B commence à se

faire sentir. Elle rattrape le cube au bon moment. Elle retrouve également les couleurs et les formes des figures sans peine.

Pour la mémoire perceptive, Madame B rappelle les couleurs et les formes sans erreur. En ce qui concerne les postures, elle rappelle les pieds et le gendarme au rappel libre, puis essaye plusieurs postures fausses pour les deux manquantes. Au rappel indicé, elle retrouve rapidement le chapiteau et les jambes au repos.

Dessin « d'une personne »[24] :

J'ai proposé à Madame B de dessiner une personne la plus complète possible pour évaluer sa représentation du corps.

Dessin d'une personne, bilan, Madame B.

Le dessin est réalisé par Madame B avec peu de mobilité dans le poignet et aucune mobilité au niveau des doigts qui restent fixes et très contractés sur le feutre. Le dessin est effectué très rapidement. On peut observer la mauvaise jointure des bras avec les épaules. La personne dessinée est un bloc, à l'image de sa mobilité, avec les bras

[24] Adaptation du dessin du bonhomme proposée.

séparés du corps. Les bras et les jambes sont proportionnellement petits par rapport au reste du corps et les mains et les pieds sont difficiles à distinguer. Le visage est très peu investi avec seulement trois points qui font office d'yeux et de bouche. Il y a très peu de détails et ce dessin est sommaire. Madame B présente un schéma corporel appauvri et erroné, malgré une connaissance lexicale correcte, que nous pouvons mettre en lien avec sa difficulté de perception des sensations. Nous pouvons également nous poser la question de son sentiment d'unité corporelle et donc de la constitution de son enveloppe corporelle.

c. Profil psychomoteur et projet thérapeutique

Nous avons donc le portrait d'une femme qui ne se définit plus que par ses incapacités sans réussir à élaborer des raisons et à faire des liens avec les répercussions psychiques. Elle montre tout de même une image du corps dévalorisée et pourvoyeuse d'angoisses. Les mouvements fins sont coûteux et induisent une grande fatigabilité. Madame B présente une hypertonie, une difficulté de régulation tonique et de relâchement volontaire. Cela est à mettre en lien avec ses capacités somesthésiques et proprioceptives qui induisent elles-aussi une grande fatigabilité chez la patiente. Son corps apparaît comme vide de sensation. Cette difficulté à sentir son corps, à en avoir conscience peut-être la raison de son besoin de conserver une hypertonie de fond, comme si cela lui permettait de le garder présent.

Je formule donc l'hypothèse d'une enveloppe corporelle qui n'est pas efficiente, qui ne contient pas suffisamment et n'assure pas une sécurité interne à la patiente. Sa structuration psychocorporelle est mise à mal et ne permet plus de faire face aux angoisses. Madame B consomme de l'alcool dans une tentative d'apaisement et d'anxiolyse.

La demande de Madame B concernant cette prise en charge est d'arriver à se détendre : « ça me demande un effort de me relâcher ».

Le travail va donc s'articuler autour d'une recherche de restructuration corporelle de la patiente. Pour lui permettre l'intégration des limites et des repères internes, nous allons proposer à Madame B diverses stimulations sensorielles. Nous cherchons à stimuler son enveloppe corporelle et son axe corporel pour lui permettre

de trouver des sensations agréables par un autre intermédiaire que le produit. Un travail sur la proprioception permettra également de réinstaurer ses capacités d'auto-ajustements.

Nous proposons donc à Madame B une séance par semaine pendant toute la durée de son hospitalisation, pour laquelle nous ne connaissons pas encore la durée.

4) Evolution

a. Première séance

Je dois aller chercher Madame B dans sa chambre pour notre première séance car elle ne se présente pas à la salle. Elle est allongée sur son lit sans bouger. En me voyant arriver, elle s'assied sur son lit et m'explique qu'elle est sédatée : « Je ne suis pas dans mon corps, je suis dans le cirage, je suis bien partie pour la relax ! » J'en profite donc pour aborder le but de la relaxation et des stimulations sensorielles en lui rappelant que cela permet, au contraire, d'aller écouter ses sensations, d'aller sentir son corps, se sentir présent à lui.

Nous décidons, avec mon binôme, de lui faire dessiner une personne à chaque début de séance pour observer l'évolution au fur et à mesure du suivi. Voici celui effectué en ce début de première séance :

Dessin d'une personne, 1ère séance, Madame B.

Ce dessin ne comporte pas de détail, de visage, de mains, ni de pieds. C'est un bloc aux lignes tremblantes, confuses, qui ne se rejoignent pas pour former une unité. Les membres sont, proportionnellement, très petits et ne sont pas attachés au tronc. Il n'y a pas de distinction entre le haut et le bas du corps. Il semble vide, sans contenu. Cela est cohérent avec l'état de la patiente, elle qui n'est « pas dans [son] corps » et ne ressent donc pas de sensations.

Après le dessin, je lui propose de venir s'allonger sur la table de massage. Elle s'installe mais il m'apparaît très vite qu'elle n'est pas dans l'axe de la table. Ses jambes sont droites mais ses pieds sont très à gauche de l'axe corporel et sont très proche du bord de la table. Madame B ferme spontanément les yeux sans ajuster sa position. Je lui propose de s'installer le plus confortablement possible et de réajuster sa position si elle le souhaite. Je laisse un court temps de silence, pendant lequel elle demande « je dois faire quelque chose là ? » Je commence à lui proposer une prise de conscience des appuis. Elle ouvre les yeux instantanément et me dit : « c'est facile, tout le corps touche ! Enfin non, pas le devant.» Il n'y a donc pas de différenciation des parties du corps et Madame B se vit bel et bien comme un bloc indifférencié. Je lui propose donc de passer en revue chaque partie du corps des pieds à la tête. Elle me dit alors que ses genoux, ses épaules et sa nuque ne sont pas en contact avec la table. Je suis étonnée car, si ses genoux et sa nuque ne touchent effectivement pas la table, ce n'est pas le cas de ses épaules. Nous nous concentrons donc davantage sur celles-ci. La différenciation des zones en contact ou non avec la table est très difficile. Chaque temps de silence amené pour l'aider à se concentrer sur ses sensations est contrecarré par une prise de parole de sa part. Les temps de silence semblent difficiles pour elle et la confronter à ses difficultés de perception de ses sensations. Je lui propose alors de venir solliciter, avec une balle molle, les parties de ses épaules qui sont accessibles, et sont donc décollées. Puis je continue avec le reste du corps. Elle garde les yeux ouverts mais interrompt son flot de paroles. A la fin de ce passage de balle, je l'invite à prendre conscience de ses sensations, des traces sensorielles de la balle sur les différentes zones de passage. Madame B se tourne alors vers moi et me dit « ça fait du bien ! » sans parvenir à profiter de ce temps d'écoute corporelle ou à préciser ses sensations.

Je lui propose ensuite du toucher thérapeutique contenant à base de pressions. Je l'invite à nouveau à prêter attention à ses sensations et aux différences de ressentis

avec la proposition précédente. Elle ferme les yeux et ne dit plus mot pendant toute la durée du toucher thérapeutique. Puis à la fin du contact, après un très court temps de latence, elle ouvre à nouveau les yeux et redit « ça fait du bien ». Malgré mon étayage verbal, elle ne peut me parler de ses sensations.

Pendant le temps de verbalisation, Madame B nous dit qu'elle n'a rien à dire de plus. Nous lui parlons alors de ses mots en début de séance sur son état et lui demandons s'il a changé. Elle nous répond qu'elle se sent plus présente. Cependant, quand nous évoquons une potentielle trace sensorielle qui lui serait restée, Madame B nous explique qu'elle n'a gardé aucune sensation. Elle évoque le ciel gris, brumeux, que l'on peut voir par la fenêtre et dit « je suis comme le ciel ». Ses sensations sont, à l'image du ciel, floues et insaisissables.

b. Deuxième séance

Nous sommes à nouveau amenées à aller chercher Madame B dans sa chambre à l'heure de la séance. Celle-ci nous attend dans sa chambre, assise dans sa chaise, cette fois-ci prête à nous suivre. Nous remarquons tout de suite son aisance à se relever de sa chaise. Madame B nous explique qu'elle commence à voir ses progrès suite au travail avec la kinésithérapeute.

Nous débutons par le dessin d'une personne :

Dessin d'une personne, séance 2, Madame B.

Les contours du tronc ne sont toujours pas fermés, les bras et les jambes sont proportionnellement de petite taille, à l'image de l'investissement corporel qu'elle en fait dans le mouvement. Elle dessine cette fois-ci un visage. Le corps est toujours un bloc mais elle distingue un peu plus dans ce bloc le haut et le bas du corps. Nous pouvons nous demander si cette dissociation haut/bas est congruente avec sa reprise de mobilité notamment pour effectuer les transferts, qui nécessite cette dissociation.

Je propose tout d'abord à Madame B une séance de relaxation perceptivo-motrice avec des mobilisations passives des quatre membres. Elle ferme les yeux mais les ouvre quelques minutes plus tard en parlant de la jambe que je ne mobilise pas : « je vais avoir une jambe plus courte que l'autre bientôt !». Cette parole donne l'impression que la jambe qui n'est pas portée à sa conscience par le mouvement disparait petit à petit de son schéma corporel en comparaison de l'autre. Je change ensuite de jambe et Madame B ferme à nouveau les yeux. Elle accompagne tous les mouvements et le relâchement volontaire n'est pas possible malgré l'étayage verbal.

A sa demande, j'effectue un passage de balle sur ses pieds. Elle ouvre les yeux pour me regarder à un moment donné, mais ne prend pas la parole. Je lui propose ensuite de le faire à nouveau avec une balle à picots pour lui faire sentir les différences de sensations. Quand je retire la balle du premier pied, pour lui faire sentir la différence entre les deux, elle n'arrive pas à accepter le silence et se mettre à l'écoute de son corps, elle prend tout de suite la parole pour dire « c'est curieux comme massage ». Elle ne parvient pas à le définir ni à parler des différences entre ces deux pieds, mais cette différenciation avec d'autres sensations est un premier point d'accroche à la conscience corporelle.

Elle demande ensuite que nous reprenions les pressions de la séance précédente. Je lui en propose sur tout le corps. Elle reste muette puis me dit à la fin : « vous avez les mains chaudes ».

Il est très difficile pour Madame B de parler de ses sensations. Cette difficulté peut prendre sa source dans la mise en mots mais dans son cas, particulièrement dans le déficit de perception, de conscience corporelle. Cependant, nous remarquons que peu à peu, Madame B laisse entrevoir quelques ressentis corporels. Elle verbalise à la fin de la séance qu'elle sent ses jambes plus relâchées mais ne sent aucune autre différence avec le début de la séance. En se levant pour partir et en marchant quelques pas, elle nous montre ses pieds et nous dit : « ah oui, là je sens la différence ! »

c. *Troisième séance*

Pour la troisième séance, nous avions convenu d'un rendez-vous avec Madame B, mais elle nous interpelle dans le service dans la journée pour nous dire qu'elle a de la visite et qu'elle ne pourra pas être présente à la séance. Elle nous demande un rendez-vous pour le lendemain, ce qui n'est pas possible pour nous. Nous lui en donnons donc un pour la semaine suivante. Nous nous posons, à ce moment-là, la question de l'investissement de la patiente dans cette prise en charge. Peut-être n'est-elle pas consciente de ce qui est mis au travail ? Nous décidons de lui réexpliquer pourquoi nous nous voyons et nos objectifs thérapeutiques. Madame B se présente finalement dans l'après-midi pour nous dire que sa visite est annulée et qu'elle sera disponible pour la séance. Elle arrive elle-même à la salle à l'heure.

Elle voit la balle à picots posée sur un meuble de la salle et va la chercher pour la tourner dans ses mains. Elle nous explique que cet objet l'intrigue et nous demande son nom. Elle demande également à ce que je lui fasse un passage de cette balle à nouveau sur les pieds.

Dessin d'une personne, séance 3, Madame B.

La distinction entre le haut et le bas du corps se fait plus floue. Cependant, nous voyons émerger un axe corporel dans ce dessin. Le personnage possède également des pieds, qui évoquent de meilleurs appuis dans le sol.

Nous commençons la séance debout avec une prise de conscience des appuis. Nous nous plaçons avec mon binôme en pare-chute. Madame B oscille d'avant en arrière. Je lui propose de s'appuyer sur mes bras et de trouver son point d'équilibre. Je lui demande ensuite de mettre son poids sur son pied gauche, puis droit, puis sur l'avant et enfin sur l'arrière. Les schèmes moteurs qui permettent à Madame B de répondre à la consigne sont effectués correctement. Elle plie ses genoux et entraîne son bassin dans la direction demandée. Nous lui proposons cela pour l'éveiller sensoriellement et explorer son axe corporel. Madame B en profite pour nous parler de ses vertiges qui sont très handicapants. En revenant sur son point d'équilibre, Madame B se penche fortement en avant. Elle se réajuste à l'étayage verbal pour trouver une position centrée. La conscience de l'axe corporel est donc déficitaire et nous reviendrons sur ce point plus tard dans la prise en charge.

Un temps de respiration debout est alors proposé pour s'ancrer dans ses appuis. Madame B évoque des maux de dos à l'inspiration. Je lui explique alors les muscles qui sont mobilisés par la respiration, notamment dans le dos, et qui peuvent être douloureux au moment de l'inspiration s'ils sont contractés.

Puis vient le temps d'installation sur la table de massage. A nouveau, Madame B s'installe en biais avec les pieds qui ne sont pas dans l'axe du corps. Elle n'en prend pas conscience malgré l'étayage verbal. Je lui propose donc de me montrer sur un rectangle représentant la table de massage, la position qu'elle pense avoir. Celle-ci est erronée et je lui montre en dessin, la position dans laquelle nous la voyons. Nous l'aidons ainsi à se replacer.

Nous recherchons ensemble les différentes propositions des séances précédentes pour qu'elle choisisse elle-même ce dont elle a besoin aujourd'hui. Le but est ici de l'amener à devenir plus actrice dans la prise en charge. Cette posture lui demande d'être plus à l'écoute de son corps, de ses sensations. Elle demande un passage sur tout le corps de la balle molle puis de la balle à picots.

Je lui demande régulièrement pendant le passage, si elle souhaite que je change de pression, plus ou moins appuyées. Je varie régulièrement ces pressions et la sollicite pour qu'elle me dise les différences qu'elle peut sentir. Je soulève aussi ses jambes pour passer la balle molle sous ses pieds. Contrairement à l'incapacité de relâchement pendant les mobilisations passives, Madame B laisse aller, avec l'étayage verbal, tout le poids de sa jambe sur le ballon. Ses capacités de relâchement volontaire

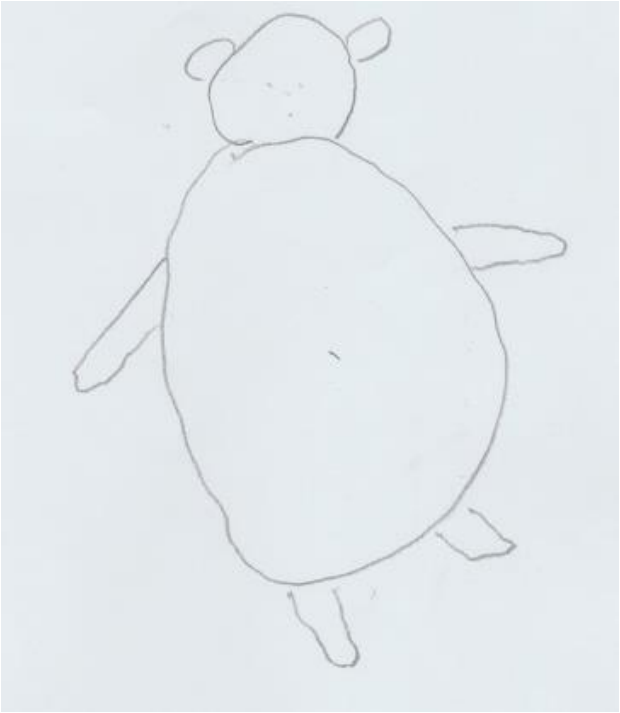
sont améliorées.

A la reprise, elle se rassoit précipitamment et ferme les yeux un moment car elle est prise d'un vertige. Puis elle ouvre à nouveau les yeux et nous dit : « je suis quand même plus légère ! » Il y a encore une pauvreté dans la conscience des sensations, du corps et la mise en mots. Cependant, nous avons senti pendant cette séance qu'elle est plus à l'écoute de ses sensations et qu'elle parvient plus facilement à se relâcher.

d. Quatrième séance

Madame B est en train de discuter avec son fils qui lui rend visite quand nous venons à sa rencontre pour la séance suivante. Elle s'excuse et nous rejoint cinq minutes plus tard.

Elle nous parle à nouveau de ses vertiges et dessine ce qu'elle nomme un « personnage bancal » :



Dessin d'une personne, séance 4, Madame B.

Il nous apparaît à nouveau que l'axe corporel est défaillant. Ce « personnage » possède à nouveau un tronc-corps en bloc, sans détail et déséquilibré, « bancal ». Il semble n'avoir aucun appui, comme s'il ne reposait sur rien.

Madame B est maussade aujourd'hui car elle a eu une conversation avec les médecins qui lui ont parlé d'une potentielle institutionnalisation en EHPAD, notamment pour le risque de chute. Elle ne comprend pas pourquoi car elle n'a « pas peur de tomber ». Les conséquences somatiques ne sont, pour elle, pas importantes et ne nécessitent pas une institutionnalisation.

Ce jour, elle n'arrive pas à choisir la stimulation sensorielle qu'elle aimerait se voir proposer : « rien ne me fait envie ». Je lui propose alors de reprendre la balle à picots et de voir au cours de la séance si des idées émergent. Elle demande dès le début du passage si la balle est difficile à manier. Je lui propose donc d'essayer de la passer elle-même sur son corps. Je remarque par la même occasion que sa motricité fine est améliorée de façon conséquente, grâce à la complémentarité du travail rééducatif en kinésithérapie et du travail de régulation tonique en psychomotricité. Puis elle me demande de reprendre la balle car elle aimerait la sentir dans son dos. Elle se rasseoit et se tourne sur le côté. Madame B se tient très voutée, comme avachie. J'insiste dans les mouvements verticaux sur la colonne vertébrale et Madame B se redresse légèrement au cours du passage de balle. Je lui propose également un temps de silence à la fin pour porter son attention sur ses sensations, les traces sensorielles, etc. Madame B ouvre alors les yeux, elle s'agite, plie et déplie les jambes et me dit « je me sens tout neuf ». Elle met très vite fin à la verbalisation et nous montre qu'elle souhaite partir. Elle nous remercie et sort très rapidement de la salle. Madame B a donc encore beaucoup de difficultés dans les temps de silence et les temps de verbalisation. Il est très difficile, voire impossible pour elle de rester en silence immobile. Nous pouvons à nouveau nous poser la question de l'efficience de la fonction contenante.

e. *Cinquième séance*

Voici le dessin d'une personne effectué en début de cinquième séance :

Dessin d'une personne, séance 5, Madame B.

Pour cette séance, Madame B me demande des pressions sur le corps. Elle s'installe à nouveau en biais sur la table de massage. Elle se replace dans l'axe à l'étayage verbal. Ce changement nécessite un feed-back visuel, Madame B ne se rend pas compte sans cela, si elle est de retour dans l'axe ou pas.

Pendant les pressions, elle me demande si elle peut placer ses bras sur les côtés car cela est plus confortable pour elle. Elle ferme les yeux. Elle me demande à la fin si je peux lui passer la balle à picots dans le dos car elle aimerait le sentir. Si Madame B ne verbalise pas ses sensations, elle parvient maintenant à verbaliser son absence de sensations et son besoin d'en ressentir. J'insiste sur la colonne vertébrale dans les mouvements verticaux pour l'amener à redresser son buste.

A la fin de la séance, elle me regarde un instant et dit : « j'aimerais me tenir aussi droite que vous ». Sans que nous l'ayons évoqué oralement, Madame B a donc

conscience que nous avons mis au travail l'axe corporel et que le sien est fragilisé. Nous l'invitons en dehors des séances à porter son attention plus régulièrement sur son dos et sa position.

f. Sixième séance

La séance suivante, Madame B vient à notre rencontre dans la salle. Au moment de dessiner une personne, elle ne sait pas comment le faire, ce à quoi je réponds : « faites comme vous le sentez ». Madame B réplique : « Je ne sens rien ». Cette phrase marque un tournant dans la prise en charge et nous décidons de modifier la structure de la séance. Nous voulons montrer à Madame B qu'elle peut « sentir ». Nous proposerons le dessin d'une personne en fin de séance quand elle le « sentira ». Je veux bien sûr dire par là quand son corps aura été à nouveau nourri de sensations.

Nous l'invitons à venir s'asseoir sur une chaise au centre de la pièce face à nous. Et nous lui demandons ce qu'elle entend par « sentir ». « C'est ce qu'il se passe dans mon corps ». Nous lui parlons alors des cinq sens, du sens vestibulaire, des sens kinesthésiques et proprioceptifs, etc. Après ce rappel, nous l'invitons à nous dire, assise sur cette chaise, si elle perçoit des sensations. Sa réponse, sans délai, est négative. Nous lui proposons un étayage verbal sur les zones de contact entre son corps et la chaise et leurs qualités, la température sur la peau entre les zones qui touchent la chaise ou pas, les parties chromées de celle-ci ou la mousse de l'assise, la position de ses membres. Elle prend des temps de silence et nous donne des indications plus précises sur ses sensations qui semblent être une révélation pour elle à chaque fois. Madame B ouvre de grands yeux. Elle m'explique à un moment, être mal installée et se replace en expliquant qu'elle recule son bassin pour se mettre en appui sur le dossier. Les temps de silence sont beaucoup plus importants. Madame B prend un temps après chaque question, avant de nous répondre. Nous nous rendons alors compte qu'elle ne prêtait pas attention à ces informations sensorielles et ne pouvait donc pas les intégrer. Cela peut s'expliquer par son trouble proprioceptif et son défaut de limites corporelles qui peuvent l'amener à se focaliser sur le vide ressenti. Elle nous demande à quoi cela sert et nous lui expliquons que la prise d'informations sensorielles est très importante pour la qualité des appuis, le mouvement et donc pour toutes ses actions de la vie quotidienne.

Elle s'installe par la suite sur la table de massage pour continuer cet inventaire des sensations et observer les différences avec la position assise, en silence. Cette séance est riche car Madame B nous apporte beaucoup d'éléments sur ses sensations, ce qui semble l'étonner elle-même. Elle nous rapporte à la fin de la séance qu'elle sort en permission ce weekend, qu'elle va au restaurant et qu'elle pourra sentir si ses sensations sont différentes sur la chaise du restaurant. Voici son dessin d'une personne à la fin de cette séance :

Dessin d'une personne, séance 6, Madame B.

Nous pouvons observer que ce dessin est plus complet que les précédents. Le haut et le bas du corps sont clairement distincts et la taille des jambes est proportionnellement plus correcte. Madame B a, cette fois-ci, dessiné une chevelure à son personnage et il est agrémenté de plus de détails. Une ébauche d'épaules est proposée et le visage est souriant. L'axe corporel se dessine clairement et le personnage bénéficie d'appuis. Les contours sont également plus nets. Madame B montre une réelle amélioration dans la perception de son corps.

Nous souhaitons continuer le travail en allant à nouveau solliciter ses sensations, plus seulement en restant statique, mais dans le mouvement. Mais Madame B sera sortie plus rapidement que prévu pour aller en Soins de Suite

spécialisé en addictologie. Nous la reverrons après son hospitalisation en Soins de Suite car elle est à nouveau hospitalisée dans le service pendant une semaine pour terminer le suivi avant son retour à domicile.

g. Dernière séance

Pendant la réunion de synthèse, l'équipe évoque des vertiges qui seraient de retour chez Madame B, sans qu'ils ne trouvent de raison organique. Nous proposons de revoir la patiente pour travailler son équilibre et sa prise d'informations dans le mouvement. Pour cette séance, que nous savons cette fois-ci être la dernière, nous travaillerons sur la prise de conscience des sensations dans le mouvement. Nous proposons à Madame B le transfert assis/debout en développant chaque étape. Le début de l'exploration nous montre le temps qui a passé depuis la dernière séance et la difficulté de mise à l'écoute de son corps de Madame B. En reprenant l'étayage verbal sur les différentes zones du corps et groupes musculaires mobilisés, sur l'orientation et l'amplitude de mouvement, sur les transferts de poids du corps, elle parvient à se recentrer et prendre des temps de silence pour nous répondre. Ce travail est riche et même si elle demande un étayage verbal très important, la patiente montre de réelles améliorations dans la proprioception, la prise de conscience corporelle et la verbalisation de ses sensations. Elle demande à nouveau à quoi ce travail peut-il lui servir. Nous lui expliquons alors que cette prise d'information est primordiale pour réaliser un mouvement en sécurité, sans perdre l'équilibre, en étant consciente des déséquilibres potentiels et donc de la manière d'y remédier. Madame B nous remercie et nous promet d'être plus attentive à ses mouvements pour ne pas se mettre en danger.

Son médecin nous interpelle une semaine plus tard pour nous dire que les vertiges de Madame B ont disparu sans qu'il ne comprenne comment.

Nous avons donc mis au travail la structuration psychocorporelle fragilisée de Madame B. Son schéma corporel, appauvri a été travaillé au cours des séances au travers des stimulations sensorielles, ainsi que son axe corporel, son enveloppe corporelle et sa régulation tonique. Son image du corps dévalorisée a également évolué entre le début de la prise en charge et la dernière séance.

C – Étude clinico-théorique

1) Structuration psychocorporelle

La structuration psychocorporelle est l'intégration et l'intériorisation des fonctions psychocorporelles, grâce au vécu corporel. Nous pouvons inclure dans cette structuration le schéma corporel, regroupant la connaissance des parties du corps et la perception de celui-ci, l'axe corporel et l'enveloppe corporelle. Cette structuration donne lieu à l'image du corps, qui va permettre à l'individu de bénéficier d'une base de sécurité interne et de construire son identité. Elle s'opère depuis les interactions précoces jusqu'aux derniers instants et peut être fragilisée par les différents évènements de vie.

Un déficit de structuration psychocorporelle mettra à mal la sécurité interne de l'individu. Les fonctions sécurisantes de ses différents composants, que nous exposerons plus tard ne peuvent alors pas être assurées et l'individu peut ressentir un vide interne et ne plus pouvoir faire face à l'angoisse. L'individu peut alors recourir à des substances anesthésiantes et anxiolytiques comme l'alcool. Il peut également trouver des défenses corporelles comme l'hypertonie. C'est le cas de Madame B.

Cette structuration se forme par l'expérience du corps propre. L'une des premières informations proprioceptives perçues concernent le tonus.

2) Tonus

Nous pouvons dire que le tonus est l'un des premiers biais de lecture corporelle du psychisme car nos premières expériences corporelles le concernent.

Le tonus est défini par Jover M. comme « l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. »[25] Le tonus

[25] JOVER M. (2000), p.49

est régulé par le système nerveux central et périphérique de façon involontaire. Il est de trois types. Le premier est le tonus de fond. Aussi appelé tonus basal, c'est la contraction isométrique minimum qui n'influe ni sur le mouvement ni sur la posture. Il est le lieu d'inscription de l'affectivité et des émotions qui vont agir sur sa régulation. Grâce à la répétition, l'apprentissage et la mise en mots de l'adulte, l'enfant pourra ainsi associer des états toniques aux affects et émotions. Par exemple, une augmentation brusque et rapide du tonus pourra être associée instinctivement à la surprise. C'est ainsi que le tonus sera intégré psychiquement par l'individu et viendra le structurer psychocorporellement. Le tonus de fond est le tonus que nous évaluons lors des mobilisations passives. Le deuxième type de tonus est le tonus postural. Il est plus élevé que le tonus passif et permet de maintenir une posture. Il est généralement automatique mais nous pouvons agir sur lui par une reprise de la vigilance par exemple. Le troisième type est le tonus d'action, qui prépare et soutient le mouvement. Nous pouvons également agir sur sa régulation de façon consciente.

La fonction tonique comporte des aspects fonctionnels et relationnels indissociables. « Par la proprioception, le tonus participe à la sensation interne du corps propre, de la perception et de la conscience de soi. »[26] Les enjeux sont différents selon le type de tonus. La fonction du tonus de fond est d'assurer une cohésion, une unité à l'ensemble du corps. Cette fonction sera développée quand nous aborderons l'enveloppe corporelle. Celle du tonus postural est de maintenir les postures, l'équilibre en luttant contre la gravité, nous y reviendrons en abordant l'axe corporel. La fonction du tonus d'action est, quant à elle, la gestion du tonus musculaire qui permettra aux schèmes moteurs d'être réalisés correctement. Elle participe aussi à l'expressivité du mouvement.

La régulation tonique est donc constamment au travail que ce soit quand nous sommes statiques ou quand nous sommes en mouvement. Elle peut être perturbée par les affects et les émotions. Elle donne des informations somesthésiques provenant de toutes les parties du corps et est en cela très liée au schéma corporel, à l'axe corporel et à l'enveloppe corporelle que nous allons aborder par la suite.

---

[26] SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (2015), p. 172

Nous pouvons observer chez Madame B. une hypertonie importante associée à une absence de relâchement volontaire. Celle-ci a pour fonction de combler le vide interne ressenti en utilisant la proprioception, qui fait défaut à Madame B, afin de favoriser la perception de sensations internes. L'absence de contenu fait appel au contenant. Cette hypertonie, par les influx neurosensoriels qu'elle occasionne, rend le corps de Madame B présent à son psychisme et vient pallier son absence de sécurité interne. Elle a également pour fonction de maintenir l'axe corporel défaillant. Son évolution dans le relâchement volontaire, au cours des séances, montre que Madame B s'est inscrite dans un processus d'intégration et d'intériorisation des repères internes fournis par les stimulations et leur écoute. Sa proprioception a évolué.

3) Schéma corporel

Le schéma corporel est d'après Paul Schilder « l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même »[27]. Il regroupe la connaissance et la conscience que l'on a de son corps, à l'état statique et dynamique. Il s'inscrit pendant les expériences corporelles grâce aux nombreuses informations neurosensorielles provenant du corps : les sens tactile, visuel, kinesthésique et le système vestibulaire. La synthèse de ces informations permet à l'individu de construire une représentation unifiée de son corps. Ce modèle perceptif du corps est le cadre spatial de référence à toute sensation ou action. C'est ainsi qu'il participe à la structuration psychocorporelle. Ces repères corporels seront aussi le repère de base pour structurer l'espace autour de soi, repérer, s'orienter et s'organiser. Ce modèle perceptif permet également à la sensibilité profonde de s'exercer. Cette proprioception recueille les données du corps, les états toniques, la position, les mouvements, les sensations tactiles, thermiques, à l'intérieur du corps et à la surface de celui-ci. Ces données peuvent ainsi s'inscrire dans ce modèle corporel et être localisées. La proprioception participe au renforcement du schéma corporel en venant faire exister au psychisme les différentes parties du corps. Le tonus participe à la perception du schéma corporel puisqu'il est présent dans chaque zone du corps. Il peut être involontairement utilisé pour rendre présent à l'esprit,

[27] PIREYRE E. (2011), p.32

par les informations neurosensorielles, une partie du corps présentant un défaut de sensations.

Pour Madame B, le schéma corporel est appauvri. Sa connaissance lexicale du corps est correcte mais sa perception du corps est erronée, comme nous pouvons le voir au travers de ses dessins très sommaires avec peu de détails et mal proportionnés. Madame B est en difficulté pour percevoir ses sensations, comme lors de l'installation sur la table de massage où elle ne perçoit pas les particularités de sa posture. Cette absence d'information sensorielle associée à ses difficultés motrices entraîne une représentation du corps pauvre et non unifiée. En effet, Madame B présente un ralentissement psychomoteur à son entrée dans le service et les expériences sensorielles et motrices qui viennent nourrir le schéma corporel sont donc diminuées. Ses chutes à répétition peuvent participer à l'appauvrissement du schéma corporel en envoyant le message d'un corps qui n'est plus sécurisant. Elles peuvent être dues à une altération du schéma corporel, mais par la diminution de l'investissement corporel qu'elles entraînent, elles accentuent ce phénomène. Madame B présente également une difficulté de relâchement volontaire et une agitation quasi-permanente des membres inférieurs, qui peuvent s'expliquer par le besoin de garder son corps présent à sa conscience par les influx neurosensoriels. Ceci explique également ses difficultés, lors du bilan, à mémoriser les postures proposées et à organiser ses mouvements dans l'espace par rapport au projet moteur. Son schéma corporel inefficient ne propose pas un cadre spatial de référence assez solide pour enregistrer les postures et met à mal la perception de son corps. Ceci explique également sa difficulté à verbaliser ses ressentis.

En travaillant en séance sur les sensations avec Madame B, nous avons donc cherché à nourrir son schéma corporel. L'évolution de ses dessins d'une personne montre une perception du corps qui se précise au fil des séances et devient plus structurée. Une dissociation haut/bas du corps apparaît, ainsi que des proportions plus réalistes. Ses mouvements sont également plus organisés et maîtrisés, autant dans les déplacements, que les transferts et la motricité fine. Ses verbalisations s'étoffent au fil des séances et les sensations de Madame B deviennent perceptibles et peuvent être mises en mots.

4) Axe corporel

L'axe corporel est l'intégration psychique de la colonne vertébrale. Celle-ci est à l'origine de la verticalisation. André Bullinger le décrit comme « le point d'appui à la fois physique et représentatif de l'action finalisée. […] La constitution de l'axe corporel avec son ajustement tonique complexe, la mobilité qu'il offre va permettre de relier les différents espaces dans lesquels l'enfant déploie ses moyens instrumentaux. Cet espace unifié est celui de la préhension. […] L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité. »[28] L'axe corporel se construit sur des appuis qui assurent la verticalisation et dans le même temps, permettent l'individuation. La solidité des appuis et de l'axe corporel est nécessaire pour construire une sécurité interne efficace. Un axe corporel bien érigé représente également l'affirmation de soi et participe à l'estime de soi. La fonction de maintenance décrite par Didier Anzieu est à l'origine de la constitution de l'axe corporel. Ce sont les appuis externes qui vont permettre à l'enfant de trouver des appuis internes et les utiliser pour ériger et tenir cet axe. Se met alors en place l'individuation en différenciant l'extérieur et l'intérieur du corps, soi et l'autre. Il donne accès à la première enveloppe corporelle et participe ainsi à la structuration psychocorporelle.

Comme nous pouvons le constater suites aux chutes à répétition de Madame B et lors du bilan, ses appuis ne sont pas suffisants pour lui assurer un équilibre stable. Son axe corporel ne la tient pas, il est déficitaire. Nous pouvons observer dans ses dessins une absence d'axe corporel et d'appuis. Son hypertonie vient en renfort de cet axe en l'aidant à lutter contre la gravité et à maintenir son équilibre. Son installation sur la table, avec le haut et le bas du corps dans des axes différents montre également cette absence d'intériorisation de la colonne vertébrale.

Le travail autour des appuis, de l'ancrage et de la conscientisation de l'axe corporel vise à intégrer et intérioriser sa solidité. Au fil des semaines, nous pouvons observer une évolution qui se traduit dans les dessins par la présence, peu à peu, d'appuis et d'axe corporel. Ses déplacements montrent de réels progrès dans

---

[28] BULLINGER A. (2007), p.136-143

l'équilibre. Elle porte plus d'attention à ses appuis et son axe comme nous pouvons le voir dans ses ajustements posturaux et ses verbalisations.

5) Enveloppe corporelle

L'enveloppe corporelle est l'intégration psychique de la peau, des limites corporelles qui délimitent le soi et le non-soi et apporte au corps son vécu d'unité, de globalité. C'est par les influx neurosensoriels provenants de la peau que cette surface va être intégrée au schéma corporel. Comme D.W. Winnicott le décrit, ce sont les portages psychique et physique parentaux de l'enfant, appelés holding[29], qui donnent des stimulations sensorielles étayant le développement perceptif. Le handling, qui est la façon dont les parents prennent soin de l'enfant, participe également à cette intégration. Les deux partenaires s'accordent grâce au dialogue tonique, sur le plan physique mais aussi affectif. Cette enveloppe corporelle est alors vécue comme sécure et sécurisante. Elle possède une fonction contenante, c'est-à-dire la capacité de recevoir et contenir les états internes du sujet et la capacité de le protéger des stimulations externes. L'enveloppe corporelle participe à la structuration du corps en maintenant son unité, et donc à la mise en place d'une base de sécurité interne. Une enveloppe corporelle inefficiente met à mal la fonction contenante et donc la sécurité interne du sujet qui va vivre les sollicitations extérieures comme des agressions. Cela contribue à la dégradation de cette enveloppe, mais aussi de la structure psychocorporelle.

Nous pouvons observer, chez Madame B, une enveloppe corporelle qui ne remplit pas son rôle. Son hypertonie de fond et son agitation motrice montre le besoin de se construire une « seconde peau » comme la décrit Esther Bick, c'est-à-dire un « substitut d'un contenant-peau défaillant »[30]. Ces manifestations émettent des influx sensoriels au cortex et rendent présentes les limites du corps à l'aire somesthésique et donc à la conscience. C'est par un travail de stimulations sensorielles tactiles et donc de conscience corporelle de la surface du corps que nous avons cherché à reconstruire, restructurer l'enveloppe corporelle de Madame B. Le besoin de parler

---

[29] WINNICOTT D. W. (1976).
[30] CICCONE A. (2001), p.87

constamment et la difficulté d'accepter le silence sont des manifestations de cette enveloppe corporelle faillible. Le silence dans l'immobilité est vécu par Madame B comme une rupture. L'absence de perception des sensations, corporelles et sonores mettent à mal sa présence au monde. Madame B créé donc une enveloppe sonore pour pallier à l'absence de sensations, en alimentant l'ouïe. Sa peur de l'extérieur est un retentissement de cette enveloppe défaillante qui ne lui assure pas la sécurité nécessaire pour faire face aux sollicitations extérieures. Le fait qu'elle puisse sortir dans l'enceinte de l'hôpital montre le rôle contenant de celui-ci pour Madame B.

Elle accède peu à peu au relâchement, notamment lors du passage de balle. Ses dessins montrent des limites plus précises. Elle peut également laisser plus de place au silence pour se mettre à l'écoute de son corps.

6) Image du corps

La structuration psychocorporelle est le point d'appui nécessaire à l'élaboration psychique. Elle permet au sujet de construire son individualité et de développer son identité. Cette dernière s'appuie sur la représentation du corps propre et notamment sur l'image du corps. Paul Schilder définit cette notion comme « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes, par le travail conjoint du sentir et de la mémoire »[31]. C'est l'image inconsciente de notre corps, composée d'affects, qui se construit dans la relation à l'autre au travers des expériences et éprouvés relationnels. Elle est la synthèse dynamique des perceptions des qualités de notre corps dans la relation. En perpétuel remaniement, elle reflète nos expériences les plus lointaines jusqu'aux expériences actuelles. Cette image du corps nourrit l'identité en donnant au corps des qualités chargées d'affects. C'est ainsi que, s'appuyant sur une structuration psychocorporelle solide, elle sera chargée d'affects positifs et nourrira l'estime de soi de l'individu. A l'inverse, s'appuyant sur une structuration psychocorporelle défaillante, elle sera dévalorisée et n'apportera pas une assise sécurisée suffisante à l'individu pour investir son corps, investir la relation, développer son identité propre. Il pourra ainsi y avoir un échec dans l'individuation, voire plus tard, une régression. L'élaboration psychique des vécus corporo-psychiques sera alors compliquée,

[31] GINOT I. (2006), p.6

l'individu ne pouvant plus s'appuyer sur ses repères internes. La sensation de vide apportée par une structuration psychocorporelle déficitaire mettra en défaut l'image du corps et sa fonction identitaire. L'unité corporelle est mise à mal et l'individu n'investira plus son corps dans la relation. Le corps n'étant pas soutenant et étant donc pourvoyeur d'angoisses pourra alors être anesthésié, réprimé, étouffé. L'alcool agit ainsi comme une prothèse pour apaiser l'angoisse, trouver une structure de substitution.

Madame B montre une image du corps dévalorisée dès l'entretien. Elle n'existe que par ses incapacités et son corps semble être un poids qu'elle « traîne » difficilement. Rien d'autre ne transparait de son identité. C'est une impression de vide qui émane de sa relation au corps. Ses dessins, très sommaires, montrent un investissement corporel limité empreint d'affects qui ne sont ni positifs, ni valorisants, ni structurants. Elle est dans une grande insécurité psychocorporelle qui induit un repli psychomoteur et un apragmatisme. Cette régression psychomotrice est corrélable à l'augmentation de sa consommation d'alcool, qui en suppléant provisoirement le défaut de structuration psychocorporelle, l'augmente au long terme. A plusieurs reprises, Madame B m'a demandé ce à quoi pouvait servir le travail que nous faisions ensemble. Cela montre la difficulté d'élaboration psychique et le besoin de donner du sens, ce qu'elle ne peut faire seule. Madame B a beaucoup de difficulté à accepter le silence. Cela peut la renvoyer au vide angoissant de son défaut de structuration psychocorporelle. Le silence a été, pendant toute cette prise en charge, un moyen de suivre et d'accompagner l'évolution de Madame B. Il nous a fallu repartir de temps de silence, de plus en plus long pour qu'elle puisse peu à peu se mettre à l'écoute de son corps, réapprendre à percevoir ses sensations, pour nourrir la restructuration psychocorporelle. C'est ainsi qu'elle peut reconstruire et solidifier une base de sécurité interne et par ce fait, développer son image du corps. Le silence a donc une place très importante dans cette prise en charge. Porteur pour édifier, organiser et harmoniser la structuration psychocorporelle nécessaire à tout individu, il est aussi le rappel du vide interne que peuvent ressentir les patients en addictologie, notamment dans l'addiction à l'alcool. C'est par ces réflexions que j'ai cherché à expérimenter le silence, auprès des patients consommateurs, pour comprendre les processus qui se jouent à travers lui. J'ai donc mis en place, avec l'aide de mon binôme de stage, un groupe que nous avons appelé « Sensations, corps & mouvements ».

D – Mise en place du groupe « Sensations, corps & mouvements »

1) Modalités

Nous avons mis en place ce groupe en janvier, après avoir pris nos marques dans le service et avoir compris les problématiques les plus courantes des patients. Nous avons expliqué notre projet à la cadre de santé et aux médecins, puis aux infirmiers et aux autres professionnels paramédicaux. Il était important pour nous que le groupe soit investi par l'ensemble de l'équipe pour que le projet soit également soutenu par les autres soignants au contact des patients. Nous n'avons cependant pas exposé d'affiches dans les couloirs et les chambres des patients pour expliquer le groupe comme le font les autres soignants. Nous ne voulions pas lui donner une connotation d'activité occupationnelle à laquelle les patients sont conviés comme ils le souhaitent.

Cette séance se déroule le vendredi après-midi de 14h30 à 15h30 en salle de réunion. Nous accueillions quatre patients par séance. Nous recevons les indications des médecins et allons ensuite à la rencontre des patients pour aborder la psychomotricité et leur parler du groupe. Le groupe est dit semi-ouvert car les patients s'engagent à venir à chaque séance durant leur hospitalisation, mais celle-ci étant plus ou moins courte, la composition du groupe varie régulièrement. Nous disposons de très peu de matériel, il se réduit aux chaises, aux tapis de relaxation, à une enceinte et des bâtons de bambou. La séance étant centrée sur la perception du corps, le matériel n'est pas insuffisant pour autant. Nous menons toujours le groupe à deux avec mon binôme, ceci nous permettant d'être contenante pour le groupe malgré notre peu d'expérience.

2) Objectif global et axes thérapeutiques

L'objectif du groupe est d'offrir un espace d'exploration corporelle reliant les dimensions fonctionnelles, expressives et relationnelles du corps. Les propositions permettent aux patients de se mettre à l'écoute de leur corps, d'aller à la recherche de leurs sensations et d'explorer les différents sens. Ils peuvent ainsi nourrir leur perception du corps et explorer leur intégration du schéma corporel, de l'axe corporel

et de l'enveloppe corporelle. Les propositions se vivent seul, en duo ou en groupe complet, mettant en jeu les dynamiques relationnelles et donc l'image du corps. La verbalisation est proposée pour mettre en lien les ressentis et leur élaboration et ainsi consolider la structuration psychocorporelle. Nous sommes très prudentes à garder la dimension contenante de notre posture et du groupe, pour permettre aux patients de remettre en jeu, dans cet espace sécurisé, leurs vécus corporels qui n'ont pas été intégrés, élaborés.

3) Déroulement

Chaque séance porte sur un thème différent, portant sur un item psychomoteur ou une médiation, que nous invitons les patients à explorer. Nous leur proposons, à chaque début de séance, de nous parler de ce que le thème leur évoque. Le but est pour nous d'avoir un aperçu de leurs affinités, pour eux de faire une comparaison avec leur réponse à la même question en fin de séance, après l'exploration. Cette partie se passe assis en cercle. Chacun peut également parler de son état du jour s'il le souhaite.

Ensuite nous commençons toujours la pratique par un temps rituel sous forme de rituel des prénoms. Ce temps a pour but d'inviter chaque patient à prendre sa place dans la séance, dans le groupe et à la faire reconnaître par tous. Chaque rituel varie légèrement selon le thème du jour : rythmes, approche théâtrale, voix, etc.

Puis nous commençons un temps de marche dans l'espace de la salle. Chacun est invité à faire un état des lieux corporel. C'est un premier temps d'écoute corporelle que nous avons décidé en ce début de séance, de proposer en mouvement, pour ne pas mettre en difficulté les patients. Ensuite nous explorons plus précisément le thème, en mouvement et en groupe. Par exemple, pour le thème du rythme, nous proposons une exploration des qualités du rythme en mouvement : parties du corps qui jouent le rythme, vitesse, force, etc., tout en invitant régulièrement à prêter attention à ses sensations. Nous développons cette partie dans les différentes dynamiques relationnelles, c'est-à-dire en faisant des propositions seul, en duo, ou plus.

Nous passons ensuite à une partie plus statique où nous explorons sensoriellement le thème du jour. Nous proposons généralement une première exploration seul, pour effectuer un retour sur soi. Puis nous revenons en groupe pour que chacun prenne conscience de la diversité des façons de vivre l'expérience.

Dans la dernière partie pratique, nous proposons un rituel de fin. Celui-ci se fait tantôt allongé, tantôt assis, tantôt debout. Les patients sont invités à fermer les yeux s'ils le souhaitent et à refaire un état des lieux corporel. Nous leur proposons, avec l'étayage verbal, de reprendre le déroulé de la séance, puis de choisir un mot pour définir leur état dans l'instant présent. Ils sont ensuite invités à revenir en cercle au centre de la pièce. Chacun passe alors au centre du cercle déposer un geste, un mouvement en donnant son mot.

Enfin, nous revenons nous asseoir tous ensemble pour qu'ils verbalisent leurs ressentis. Nous nous appuyons sur le mot donné dans le rituel de fin pour faire des liens avec la raison de leur état, les différentes étapes par lesquelles ils sont passés au fil de la séance, ce qui a été plus facile ou difficile émotionnellement. Nous pouvons ensuite aborder la différence d'image qui leur vient, comparée à la première verbalisation, concernant le thème de la séance. C'est un temps où les liens que nous pouvons les aider à faire, avec mon binôme, ont pour but de les aider à mettre des mots et élaborer autour de leurs ressentis.

4) Place du silence

Le silence que nous leur proposons est à double lecture. Il y a bien entendu du silence sonore, mais aussi du silence qui se traduit par une absence de mouvements et de stimulations sensorielles et motrices.

Les temps de silence tendent à s'étendre au cours de la séance. L'intention est d'abord de conserver le mouvement pour que les patients ne sombrent pas dans un vide de perception corporelle. L'étayage verbal est important en début de proposition pour nourrir les biais de lecture des sensations, pour qu'ils aient en tête les différentes qualités de sensations. Puis le silence leur permet, tout en gardant le mouvement, de se mettre pleinement à l'écoute de leurs sensations. Puis en guidant des explorations plus statiques, ou la fonction perceptivo-motrice est moins sollicitée, nous les accompagnons vers une écoute corporelle plus profonde et plus interne. Cette écoute est souvent centrée sur les différentes parties du corps, l'axe corporel, les appuis et l'enveloppe corporelle, l'unité du corps, et toutes les notions permettant de nourrir la structuration psychocorporelle. L'étayage verbal, très important au début, est diminué peu à peu pour laisser plus de place au silence et à l'écoute du corps. La dernière

partie de séance, en statique et en silence, est la plus difficile pour les patients qui le montrent de différentes façons. Certains bougent, d'autres prennent la parole, d'autres encore s'endorment presque. Il est très difficile pour eux de maintenir leur attention et le silence peut rapidement être vécu comme angoissant, malgré les effets bénéfiques qu'il montre quand il est manié avec précaution. Le silence est donc une notion à manier avec prudence et dont les enjeux sont multiples.

DISCUSSION

III – Les enjeux et limites du silence

A – Le silence dans la construction de l'individu

1) Vers un sentiment continu d'exister[32]

Donald Woods Winnicott a proposé un apport théorique important sur les interactions précoces et l'évolution du bébé, à propos desquelles nous allons pouvoir étudier les enjeux du silence.

Au début de sa vie, le bébé n'est pas différencié de son environnement et n'a pas de sentiment d'existence. Son Moi n'est pas encore construit et il ne peut qu'exprimer ses tensions internes : la faim, la fatigue, l'inconfort, etc. sans les comprendre. Le Moi de la mère[33] compense le manque de Moi de l'enfant pour apaiser ses tensions. D.W. Winnicott nomme préoccupation maternelle primaire, la capacité d'empathie de la mère pour son enfant. Celle-ci s'identifie au nourrisson pour comprendre ce dont il a besoin. Elle répond ainsi adéquatement à ceux-ci. Le holding et le handling, que j'ai défini plus tôt, soutiennent le processus de maturation. Ils occasionnent un vécu sensoriel de l'enfant, qui existe par ces stimulations sensorielles maternelles. L'enfant n'est alors au monde qu'à travers sa mère. D.W. Winnicott nomme cela l'identification primaire[34]. Ces moments de holding et handling ne sont pas continus. En dehors de ceux-ci, et donc en l'absence de stimulations sensorielles de la mère, le bébé ne se perçoit pas pleinement et n'a pas la sensation d'être unifié. Son existence est comme discontinue. Nous pouvons faire un parallèle avec la notion de silence. Celui-ci, que l'on pourrait nommer « silence sensoriel » dans ce cas présent, représenté par l'absence de stimulations sensorielles, est alors un vide qui n'est pas encore possible de combler par le bébé. Le bébé ne possède pas encore la capacité de perception et d'intégration des sensations, qui se développe progressivement par la répétition de stimulations sensorielles et de verbalisation par la mère. Cette capacité

---

[32] WINNICOTT D. W. (1976)
[33] Dans cette partie, tout ce qui se rapporte à la « mère » dans le texte doit être compris comme la fonction maternelle, qui peut être assurée par la mère de l'enfant, par le père, ou d'autres entourages proches du nouveau-né.
[34] WINNICOTT D. W. (1996)

sera, plus tard dans le développement, à l'origine de la structuration psychocorporelle et lui conférera une sécurité de base. Elle permettra de mobiliser ses repères internes, corporels pour échapper à la sensation de vide. Avant que le bébé ait cette capacité, il ne peut mobiliser ses repères internes pour conserver son sentiment d'exister. Ces moments de « silence sensoriel » sont des moments qui se rapportent alors quasiment à une menace de disparition, une absence d'existence.

La régularité et la cohérence du portage physique, psychique et des soins permettent à l'enfant de prendre conscience et d'intégrer progressivement des repères corporels. Peu à peu, l'enfant arrive à supporter un écart plus important entre l'expression de sa tension interne et la réponse apportée par la mère. Il peut progressivement mobiliser ses repères internes et sa propre sensorialité pour pallier temporairement à l'attente de réponse maternelle. Il est possible d'associer cette attente au silence, qui s'exprime alors comme l'intervalle entre les interactions mère-bébé. Ce silence que l'on pourrait nommer « silence intervalle » a une fonction très importante dans le développement du bébé. Il créé un espace, une distance que D.W. Winnicott nomme espace transitionnel. Dans cet espace, le bébé peut se saisir d'un objet qui n'est pas sa mère. Il n'existe plus alors seulement par sa mère mais va se distancer, trouver un intermédiaire qui ouvre la voie vers les prémices de l'individuation. Cet objet diminue sa dépendance à sa mère. Par l'exploration, les expériences sensorielles, l'enfant intègre peu à peu la sécurité lui permettant d'augmenter cet intervalle. Ces expériences sensori-motrices se diversifient et l'enfant développe sa capacité de perception de sensations qui ne sont plus exclusivement dues au holding et handling. Il intègre, par ce biais, seul, des repères internes et se structure psychocorporellement. La finalité de cette intégration de soi est l'individuation. L'enfant peut alors mobiliser ses repères internes dans les moments de « silence sensoriel », de « silence intervalle » et ceux-ci ne se rapportent plus à un sentiment de vide. L'enfant possède alors ce que D.W. Winnicott baptise le sentiment continu d'exister. Il n'est alors plus dépendant de sa mère pour exister, il possède la capacité d'être seul.

Le silence est donc une notion associée à la dépendance de l'enfant à sa mère. Ce silence est d'abord un « silence sensoriel » en l'absence de la mère. Il renvoie à une discontinuité, une absence ponctuelle du sentiment d'exister de l'enfant, qui ne peut combler ce silence seul. Puis, par l'efficience de la fonction maternelle, le bébé va pouvoir se saisir du « silence intervalle » qui, par les repères internes encore peu

nombreux et fragiles, n'engendrera plus une menace de disparition du Moi. Le bébé continue d'exister en mobilisant ses repères internes et construit un espace dans lequel il peut agir sans intervention de la mère. Cet espace transitionnel diminue donc la dépendance à la mère en amenant l'enfant à se construire en tant que sujet. Il s'individualise et développe le sentiment continu d'exister.

2) Vers une fonction α efficiente

La notion de silence ne peut être abordée sans que le soit celle des mots. Les paroles de la mère à son enfant ont une importance capitale dans son développement. Wilfred Bion a théorisé ces échanges et leur fonction dans le développement de l'enfant.

Nous sommes parcourus par des milliers de stimulations sensorielles chaque jour. Bien heureusement, notre corps et notre psychisme effectuent un tri qui n'amène à notre conscience qu'un petit pourcentage de ces sollicitations extérieures. Elles sont tactiles, au moindre souffle d'air sur notre peau, aux contacts avec des objets ou personnes, à la texture de ceux-ci, etc., de qualités diverses, de l'ordre de l'effleurement ou du contact appuyé, de différentes températures ; auditives, le bruit lointain des voitures, le léger souffle d'air, le bruit des pas sur le sol, le ronronnement d'un animal, le bruit de notre propre respiration, de celle de ceux qui nous entourent, les voix, etc. ; visuelles, les objets, la lumière et ses changements, les contrastes, les couleurs, les formes, etc. ; olfactives, l'odeur des personnes qui nous entourent, des aliments que nous consommons, des objets, etc. ; gustatives, le goût, la chaleur, la texture, la densité, la masse, l'acidité des aliments, etc. A chaque instant, le nombre de ces sollicitations extérieures est conséquent. S'ajoute à cette sensibilité extéroceptive, la sensibilité proprioceptive, c'est-à-dire la sensibilité profonde du corps propre, comme la position des membres dans l'espace et entre eux, leur orientation, leur angle de flexion ou d'extension, leur distance au sol, etc. et la kinesthésie, relative au mouvement.

Toutes ces sensations sont triées pour que seules celles qui sont importantes et auxquelles nous devons répondre soient perçues et conscientisées. Nous pouvons alors adapter notre position, notre toucher, notre posture, écouter seulement ce à quoi nous devons répondre. Les informations sensorielles sont donc triées, perçues puis

traitées par le système nerveux central et le psychisme. Mais cette fonction qui est naturelle chez l'adulte, n'est pourtant pas innée.

Au tout début de la vie, le bébé ne possède ni la fonction de tri, ni celle de perception, ni celle de traitement. Wilfred Bion nomme ces informations sensorielles brutes, les éléments bêta : « le concept d'élément bêta inclut les seules impressions des sens »[35]. Les informations triées, perçues et traitées sont nommées les éléments alpha. La transformation des éléments bêta en éléments alpha est appelée la fonction alpha : « elle correspond à cette fonction propre […] qui transforme les données des sens en éléments alpha. »[36] Elle est assurée par la mère, au début de la vie de son bébé. Ce sont tout d'abord les réactions de la mère qui sont interprétées par l'enfant comme les siennes par l'identification primaire, qui permettent de jouer ce rôle. Wilfred Bion parle de capacité de digestion maternelle. L'élément alpha est donc perçu par l'enfant par la réaction maternelle, par exemple par la mimique de satisfaction de la mère quand elle le nourrit. Mais il peut également l'être par sa mise en mots par la mère. Toute élaboration psychique se fait par une mise en mots. C'est le canal de réception, de traitement et de mémorisation des informations du psychisme. Cette mise en mots est donc assurée par la mère, par exemple, quand elle verbalise les tensions internes de l'enfant exprimées par des cris : « tu as faim », ou « tu as sommeil », etc. Par la répétition et au fur et à mesure du développement cognitif du bébé, le tri, assuré de façon inconsciente, va se développer, ainsi que ses capacités de perception des sensations, qui, elles, sont une fonction consciente. Les mots de la mère, associés à ses réponses adaptées aux manifestations du bébé, vont prendre sens et, à l'image des repères internes, pourront être mobilisés par le bébé quand sa mère ne pourra le faire. Le bébé intériorise donc la fonction alpha. Cette fonction aboutit à la pensée et à l'élaboration psychique des ressentis corporels. Cette élaboration psychique est primordiale pour organiser sa réponse aux sollicitations et son action sur le monde. La perception, alors assurée par le bébé avant de traiter l'information, nécessite une écoute corporelle. Celle-ci est efficiente effectuée en silence, en l'absence de mots. La sensation doit d'abord émerger sans mots, pour être

---

[35] BION W. R. (1991), p.43.
[36] *Ibid*, p.43.

ensuite saisie par ceux-ci. Là encore, le silence, que l'on peut nommer « silence écoute » joue un rôle primordial dans le développement de l'enfant.

3) Lorsque le développement fait défaut

Le développement, comme il est décrit dans les deux sous-parties précédentes, est le développement sain, sans trouble. Cependant, il n'est pas toujours aussi linéaire.

Une fonction maternelle qui assure des soins trop irréguliers ou qui ne répondent pas suffisamment aux besoins de l'enfant met à mal son développement. Le « silence sensoriel » est alors trop important et l'enfant ne peut construire des repères internes stables et durables. Les « silences intervalles » ne peuvent alors complètement permettre à l'enfant de se construire en tant que sujet, car il est en difficulté pour mobiliser ses repères internes qui sont appauvris. Il reste dépendant de sa mère puisqu'il ne peut complètement exister par lui-même du fait du manque de repères internes lui assurant une base de sécurité solide. Celle-ci permet à l'enfant de nourrir ses repères corporels par l'exploration corporelle. Il peut donc y avoir une diminution des expériences qui influence et est influencée par le défaut de sécurité interne. Le sentiment continu d'exister est alors fragilisé.

A l'âge adulte, nous pouvons retrouver chez certains patients, l'expression du défaut du sentiment continu d'exister. Il peut être dû aux interactions précoces mais aussi être fragilisé par des évènements de vie. On peut alors parler d'une régression. Le « silence sensoriel » en l'absence d'étayage extérieur peut alors être nommé « silence perceptif », car le défaut se trouve plus précisément, à l'âge adulte, dans la conscientisation et la perception des sensations. Cela engendre une discontinuité qui est déstructurante pour le sujet. Elle induit une perception morcelée de soi, puisque discontinue, ce qui fragilise l'unité corporelle et met à mal l'enveloppe corporelle. La structuration psychocorporelle est alors fragilisée et n'assure plus une base de sécurité permettant de faire face à l'angoisse. L'image du corps est alors dévalorisée et l'identité de l'individu atteinte. A l'image de la dépendance de l'enfant à la mère, qui assure un étayage extérieur pour nourrir les repères internes de l'enfant, l'adulte peut nécessiter lui aussi cet étayage extérieur. Cela peut créer des situations de dépendance, par l'absence de résolution interne, à des objets extérieurs pour nourrir les perceptions corporelles. On peut alors faire l'hypothèse que l'addiction à l'alcool

vient nourrir de façon illusoire cette perception interne pour tenter d'apaiser l'angoisse de disparition vécue dans le « silence perceptif ». L'alcool serait alors un substitut, temporaire et défaillant, des stimulations sensorielles maternelles, à l'image des premières phases du développement du bébé.

On peut retrouver ce rôle de l'alcool chez Madame B, pour qui la proprioception est défaillante. La discontinuité de perception de sensations est alors comparable, comme le bébé devant l'absence de stimulations sensorielles maternelles, à une menace de disparition. Nous pouvons l'observer dans sa gestion du silence. Malgré la proposition de se mettre à l'écoute de son corps pour percevoir ses sensations, Madame B ne peut garder le silence pour l'écouter. Elle parle sans cesse, et ne peut pas verbaliser de sensations, car elle ne prend pas le temps et ne peut pas les percevoir pour le moment. Nous pouvons émettre l'hypothèse que sa logorrhée et son agitation motrice sont une stratégie de défense visant à maintenir une continuité d'action et de stimulations motrices. Cette agitation motrice pallie le « silence perceptif ». Le silence nécessaire à la perception est dangereux pour elle, car il est synonyme de discontinuité, de rupture, de déstructuration. Il a donc été important dans sa prise en charge de revenir à la première phase de la fonction maternelle, celle des stimulations sensorielles, avant même le « silence intervalle » et la mise en mots. Ces stimulations sont venues nourrir ses repères internes pour reprendre par les différentes étapes d'intégration des repères internes, de distanciation, puis de capacité à être seul. Pour Madame B, nous pouvons traduire la capacité à être seule par la capacité à mobiliser seule ses repères internes et donc à accepter le silence. Ce processus est mis en place chez Madame B et évolue, comme nous avons pu le constater par sa capacité, avec un étayage verbal important, à accepter le silence, prendre le temps de percevoir ses sensations. Cependant, la mise en sens et la mise en mots restent précaires et nécessitent encore l'appui sur nos verbalisations.

En ce qui concerne la mise en mots de la mère, une défaillance maternelle ne permet pas à l'enfant d'intégrer la fonction alpha. La perception et la mise en mots ont une importance capitale dans la structuration psychocorporelle. En opposition au silence, les mots de la mère nourrissent le psychisme de l'enfant et transforment une information sensorielle en une information intégrable par le psychisme. Une absence de traitement et de mise en mots des éléments bêta par la mère vont laisser à l'enfant

un vécu corporel brut, qu'il ne pourra pas saisir. Ce silence, qui renvoie à l'absence d'élaboration psychique est déstructurant pour l'enfant. Pour ne pas l'être, ces sensations nécessitent une mise en sens. Elles vont alors s'enkyster, se développer et prendre de l'ampleur. Ces éléments qui restent à l'état d'éléments bêta sont alors pris dans une dimension corporelle émotionnelle qui s'amplifie. C'est leur résonnance émotionnelle qui est déstructurante du fait de son rôle tonique et dans l'image du corps. Ces éléments bêta peuvent concernés des vécus non intégrables du fait du traumatisme qu'ils représentent, de leur dangerosité pour le psychisme. Ne pouvant être traités, mis en mots, il entraîne le sujet dans une spirale d'agir répétitif qui tend à répéter le vécu corporel pour l'intégrer. Cette dernière étape n'étant pas accessible, on peut émettre l'hypothèse du développement d'une addiction du sujet à l'objet lui permettant de retrouver ce vécu corporel. Face au silence représenté par l'absence de mise en sens, d'élaboration psychique, le sujet répète ainsi sa ou ses consommation(s).

Pour Madame B, nous pouvons émettre l'hypothèse d'une fonction alpha défaillante car elle ne peut mettre du sens et des mots sur ses sensations. Celles-ci restent à l'état d'éléments bruts qui ne peuvent donc pas nourrir ses repères internes. Son silence, quand nous lui demandons de nous parler de ses ressentis, montre une réelle difficulté de mise en mots et de mise en sens de son vécu corporel, compensée par la logorrhée, l'agir et l'hypertonie. Nous n'avons pas d'éléments sur des potentiels évènements de vie traumatiques, mais Madame B, par son addiction à l'alcool, peut mettre au travail un vécu non élaborable.

Nous pouvons ainsi noter les enjeux importants du silence dans le développement et les indications qu'il peut nous donner sur les interactions précoces du patient, même des dizaines d'années plus tard. C'est aussi un outil thérapeutique que nous pouvons développer.

B – Le silence en pratique psychomotrice

1) Apports du silence en thérapie psychomotrice

Le silence, très présent dans la construction du sujet, peut être développé en tant qu'outil thérapeutique.

L'un des objectifs thérapeutiques en psychomotricité est la reconstruction, la consolidation de la structure psychocorporelle du patient. Celle-ci, associée au développement de l'image du corps et de l'identité, favorise la consolidation de la base de sécurité qui va soutenir le projet de vie. Elle permet de construire son autonomie et de trouver les ressources pour gérer les évènements de vie et l'angoisse qu'ils peuvent engendrer. Cette structuration psychocorporelle se construit au cours du développement à travers le vécu corporel dans les interactions précoces. Comme Fabienne Leplat l'exprime : « le sujet se construit dans le double ancrage corporel et relationnel »[37]. C'est la fonction maternelle qui initie ce processus, comme nous l'avons développé plus tôt. Celui-ci nécessite plusieurs phases, que nous devons entendre non comme des étapes dissociées les unes des autres mais comme des niveaux d'intégration et d'étayage.

La première phase est la stimulation sensorielle, permettant au bébé de commencer à percevoir son corps comme un objet traversé de sensations, tout d'abord indifférencié. Puis par l'intégration de repères corporels, il part à l'exploration de ce corps qu'il intègre peu à peu comme le sien, différencié des autres. Il met ensuite au travail les différentes qualités, les fonctions de son corps, par le traitement des informations, leur mise en sens et en mots. Cette dernière fonction est en premier lieu assurée par la mère, puis l'enfant l'intègre progressivement et l'assure seul. Ce processus maturatif peut être mis à mal par la défaillance de la fonction maternelle et engendrer une structuration psychocorporelle fragile. Dans le cas d'une structuration psychocorporelle affaiblie par des évènements de vie, ces phases pourront être réexplorer pour permettre de reconstruire ou consolider cette structuration.

Ces phases deviennent des outils thérapeutiques en psychomotricité. Le

---

[37] LEPLAT F. (2014), p.258.

thérapeute occupe alors un rôle quasiment maternant. Le premier niveau, de stimulations sensorielles, est proposé au patient n'ayant pas des repères internes et une base de sécurité assez importants pour l'exploration. Celle-ci nécessite une distanciation, une capacité d'être seul et à l'écoute de soi, de son corps, de le percevoir. Madame B, par exemple, au début de sa prise en charge, n'était pas capable de percevoir ses sensations. Comme nous avons pu l'observer par sa gestion du silence, en étant logorrhéique, cette écoute était trop dangereuse par le silence qu'elle nécessite, vécu comme une disparition par Madame B. Elle ne possédait pas la base de sécurité nécessaire pour accepter le silence et écouter son corps.

Quand le corps a été nourri de repères internes lui conférant une base de sécurité plus dense, nous pouvons alors proposer au patient un travail d'exploration sensorielle et motrice. Il permet de développer la perception du corps propre, c'est-à-dire la proprioception. C'est une écoute pluri-sensorielle qui vient nourrir, consolider, renforcer les repères internes. En thérapie psychomotrice, on nomme ce dispositif la conscience corporelle. Les sensations corporelles font appel à l'équipement neurosensoriel pour être perçues au niveau cérébral. Prendre conscience de son corps, c'est d'après Eric Pireyre : « pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle »[38]. Cette attention nécessite du silence, qui par l'absence d'influx parasitants, lui donnera toute sa dimension d'écoute. Ce silence est peu présent dans la vie quotidienne et n'encourage pas l'écoute corporelle, la reconnexion à son corps, à soi. Offrir un espace de silence est alors une façon de proposer au patient cette reconnexion pour consolider et harmoniser son équilibre corps-psyché. Le sujet se confronte à sa réalité corporelle vécue. Comme Eric Pireye l'exprime : « mettre le patient en situation de se (re)connecter à son corps, c'est lui donner l'occasion d'exprimer, de mettre des mots sur des perceptions, des émotions, voire des représentations. C'est l'aider à ouvrir une porte pour lui donner accès à une petite partie de son monde intérieur. »[39] C'est ce que nous avons voulu proposer à Madame B lors de la séance où elle a découvert les

---

[38] PIREYRE E. (2011), p.207
[39] *Ibid*. p.212

sensations qui la traversaient.

Le patient va mobiliser sa mémoire corporelle. Les zones du corps, par le vécu du patient, sont dépositaires d'affects. Ces affects peuvent être bruts, non intégrés et non élaborés par le psychisme. Le patient qui peut mobiliser ces affects et les exprimer, même s'ils n'ont pas encore été saisis psychiquement, se situe au dernier niveau d'étayage. Ces affects peuvent être anxiogènes car maintenu au niveau corporel et émotionnel. Le travail du psychomotricien est de l'aider à les exprimer, les verbaliser, à trouver des mots qui traduisent au plus près ce vécu. Il peut ainsi aider le patient à le comprendre, à le saisir et lui donner des outils pour l'intégrer, l'élaborer psychiquement. Cette troisième phase se rapporte à la fonction alpha pour le thérapeute. Celui-ci, en aidant le patient à comprendre et élaborer son vécu, lui permet de le résoudre, de trouver une alternative qui n'est pas anxiogène. En assurant provisoirement cette fonction auprès du patient, il lui permet de s'en saisir pour progressivement traiter, donner du sens et apporter des réponses et des résolutions seul. Cette capacité se rapporterait alors à l'intégration de la fonction maternante et donc à la capacité d'auto-maternage. Un patient qui en arrive à cette capacité aurait alors atteint les objectifs thérapeutiques de cette prise en charge en psychomotricité.

Dans l'addiction à l'alcool, cette capacité fait défaut au patient puisque n'ayant pas cette capacité en lui, il a recours à l'alcool pour anesthésier l'angoisse générée. Une dépendance se met alors en place. L'outil thérapeutique développé ici permet donc au patient alcoolo-dépendant, en reprenant chaque phase, de sortir de l'agir répétitif et d'intégrer cette fonction d'auto-maternage.

Bien que très porteur, le silence est cependant à manier avec prudence, car en l'absence de cette intégration, il peut résonner chez le patient comme un silence vide, un silence disparition, et donc un silence menaçant pour l'individu.

2) Contenance malgré le silence

La posture du psychomotricien est très importante dans l'utilisation du silence comme outil thérapeutique. Le silence est un arrêt, que ce soit de bruit, de mouvement, de pensée. Il devient menaçant pour le patient quand cet arrêt signifie pour lui une rupture, un vide qui renvoie à un défaut de continuité d'existence. Pour le pallier, le patient doit alors trouver en lui une continuité. Cette continuité se trouve dans ses

perceptions : celles de ses sensations, de son cœur qui bat, de sa respiration, etc. Le psychomotricien peut venir soutenir cette continuité par l'étayage verbal, permettant au patient de prendre conscience de ses sensations et de cette continuité d'existence. C'est ce que nous faisons dans le groupe, pendant la dernière phase de retour sur soi. Cette phase arrive en toute fin de séance car elle nécessite un silence sonore mais aussi un silence de mouvement, puisque le patient est immobile. La capacité alors d'être en silence, comme seul avec ses sensations, nécessite d'avoir en amont, proposer au patient des stimulations sensorielles qui font trace, qui s'inscrivent durablement dans ses perceptions et sa conscience, se rapportant à des repères corporels.

Dans le groupe Sensations, corps & mouvements, cette phase est la première. Nous proposons une exploration motrice d'un thème, permettant de nourrir la perception d'influx neurosensoriels. Le silence est très important pendant cette phase. Mais nous permettons aux patients de le gérer en assurant une continuité de stimulations motrices et sensorielles. Le but est d'amener les patients à conserver des traces sensorielles. Nous proposons cette partie en groupe pour que celui-ci vienne lui aussi nourrir, étayer le vécu corporel de chacun. Cette exploration motrice, pris dans une dynamique relationnelle permet de nourrir ces traces sensorielles d'affects qui seront alors inscrites plus durablement dans la mémoire corporelle.

Ensuite, la deuxième partie de la séance est consacrée à l'exploration sensorielle. Nous nous recentrons sur le corps propre et ses sensations. Un travail de perception plus fin est alors entamé. Le but est de développer son sens perceptif, sa proprioception pour que le travail perdure en dehors des séances de psychomotricité. Le silence est important dans cette phase également. Il est d'autant plus intéressant qu'il est difficile à gérer par les patients, car la finesse de perception rend celles-ci moins nombreuses. Nous nous attachons alors, avec mon binôme, à étayer verbalement l'exploration des patients. Nous leur proposons de porter leur attention sur leurs sensations et plus particulièrement sur toutes celles qui sont durables, sur lesquelles ils peuvent s'appuyer en permanence : la respiration, les zones de contact du corps sur le sol ou la chaise, mais aussi sur celles qui nourriront plus particulièrement leur structuration psychocorporelle : les limites du corps, les appuis, l'axe corporel, en balayant la plus grande surface possible du corps. En plus de développer et affiner sa proprioception, l'objectif de cette exploration sensorielle est de

réveiller la mémoire corporelle qui peut être liée au thème de la séance. Nous invitons les patients à conserver les images, les impressions, l'ensemble des ressentis, des éprouvés qui les traversent pour en parler en fin de séance pendant la verbalisation.

Nous passons ainsi graduellement à la troisième et dernière phase pratique : celle du retour sur soi. Les patients sont alors allongés, assis ou debout, les yeux fermés, en silence, et nous les invitons à faire un état des lieux corporel et psychique, comme expliqué précédemment. C'est là que le silence est à manier le plus prudemment. Pour assurer notre fonction contenante malgré le silence, nous assurons la continuité par notre présence, notre disponibilité. Françoise Giromini l'exprime de cette façon : « Cela nécessite de la part du psychomotricien une capacité d'écoute empathique au sens large du thème. C'est-à-dire une disponibilité tonique, sensorielle, et posturale en relation avec un vécu émotionnel du psychomotricien lié au ressenti du corps de l'autre, sans pour autant être fragilisé. »[40] Le psychomotricien joue alors un rôle d'étayage verbal mais aussi d'étayage corporel. Il garantit par ce fait, une sécurité qui permet de soutenir la conscience corporelle des patients, qui assure la continuité et contient l'angoisse que le silence peut engendrer.

3) Limites et perspectives du silence

En suivant le développement précédent, le silence n'est qu'une étape dans le processus maturatif de l'individu. Ce processus que nous reprenons en thérapie psychomotrice ne s'arrête donc pas au silence. L'objectif est d'amener le patient à se saisir du silence pour aller plus loin.

Tout le travail proposé autour du silence a pour but de faire émerger ces impressions, images, sensations, et toutes autres sortes d'éprouvés. Mais les faire émerger ne suffit pas à les intérioriser en tant que repères internes durables pour nourrir la structuration psychocorporelle. La poursuite du travail thérapeutique viserait alors la corporéité. Ce concept, développé par Maurice Merleau-Ponty[41], renvoie à un corps qui n'est pas seulement un système biologique, un objet purement organique.

---

[40] DESFIOLLES-PELTIER V. (2014), p.45
[41] SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J. M. (2015), p.204

La corporéité renvoie au corps propre doué de subjectivité et donc constitutif et constituant de soi, de l'identité. Il englobe des notions plus larges que le somatique et le psychologique. Il est aussi traversé d'émotions, d'affects, d'une histoire, d'une mémoire. Françoise Giromini nous explique que « la corporéité est le nom générique que l'on donne à l'ensemble des corps : réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel »[42]. L'exploration sensorielle favorise donc l'intégration corporelle de soi en allant imprimer dans le corps des sensations, mais aussi des affects, des émotions, des qualités signifiantes de l'histoire constitutive du sujet. C'est un travail d'inscription corporelle qui nourrit la mémoire corporelle. En thérapie psychomotrice, mettre ainsi au travail la corporéité du patient permet de participer à l'intégration corporelle de soi pour consolider l'identité du sujet. Cela favorise également l'émergence d'éprouvés corporels anciens. Ces éprouvés émergeant doivent être mis en sens et en lien avec l'histoire du sujet pour ne pas rester à l'état de vécu brut, stagnant. Ces éléments ainsi que tout autre éprouvé émergeant nécessitent une intériorisation. Celle-ci correspond à leur inscription dans la structuration psychocorporelle de façon stable et durable pour leur conférer une fonction de tuteur et de ressource pour le sujet. Ce processus suppose donc de faire émerger ces éprouvés puis de permettre au patient de les exprimer en dépassant le silence que peut engendrer un vécu non saisissable. Enfin, pour finaliser l'intériorisation, le thérapeute aide le patient à faire des liens entre ses éprouvés, son histoire et sa structuration psychocorporelle.

Dans le groupe Sensations, corps & mouvements, le rituel de dépôt d'un geste avec un mot qui exprime leur état est une manière de restituer le vécu de la séance, de permettre au patient d'exprimer ses éprouvés. Les exprimer dans un geste est une façon de partager un vécu infra-verbal. Ensuite, la verbalisation prend le pas sur le silence. Les patients restituent leurs éprouvés corporels par des images, des impressions, des ressentis mis en mots et nous les aidons à faire des liens entre leurs sensations et les affects, les émotions qui les ont traversés en les replaçant dans leur histoire et leur structuration psychocorporelle.

En ce qui concerne l'alcoolo-dépendance, ce travail permet de reprendre

---

[42] GIROMINI F., LESAGE B. (2013), p. 118

l’histoire corporelle du patient, de la rejouer pour aider le patient à s’en saisir. L’agir répétitif peut exprimer, comme nous l’avons développé précédemment, un manque d’intériorisation, une recherche de reviviscence perpétuelle. Le travail thérapeutique en psychomotricité permet alors de mettre en lumière ce vécu autrement que par la consommation et de proposer au patient le moyen de s’en saisir. La thérapie psychomotrice illustre alors une mise au travail de la corporéité pour intérioriser les éprouvés et les transformer en repères, tuteurs, ressources pour s’approprier son corps propre et son identité.

Conclusion

Les silences que j'évoque dans mon mémoire sont multiples. Certains sont l'expression d'une souffrance, comme le « silence perceptif » qui peut entraîner un vécu de menace de disparition, d'autres expriment une absence d'élaboration, un vécu insaisissable. Mais le silence peut aussi être facteur d'évolution, d'appropriation comme le « silence écoute ». Il m'apparaît ici que tous ces silences sont liés au corps, comme à l'esprit, empreints d'une subjectivité, de l'histoire corporelle et psychique de l'individu.

La psychomotricité s'attache à mettre en avant le corps subjectif, nourrit de psyché, habité de la vie. L'intrication du corps et de la psyché et leurs contributions réciproques à la construction de l'être permettent au sujet d'être au monde. S'il y a une chose que j'ai apprise au cours de ces trois années de formation, c'est que l'un ne va pas sans l'autre et l'autre sans l'un. La thérapie psychomotrice est donc totalement pertinente pour soutenir le processus de construction du sujet, d'individuation. Celui-ci, souvent défaillant dans l'alcoolo-dépendance, laisse au sujet une structure fragilisée. La psychomotricité par son approche globale de l'individu permet une prise en compte de son histoire et de son état actuel. Le silence a alors toute sa place dans la thérapie psychomotrice. Indicateur de l'histoire du patient, il permet également de remobiliser celle-ci pour consolider sa structuration psychocorporelle et s'approprier son corps et son histoire. Nous pouvons ainsi parler de « silence thérapeutique » qui, utilisé dans un dispositif d'écoute et de conscience corporelle, vient harmoniser l'équilibre corps-psyché et permettre au sujet de s'approprier son corps, pour s'approprier son être. Il peut cependant être déstructurant en évoquant pour le patient une menace de disparition, un « silence absence », un « silence vide ». C'est donc un outil à manier avec prudence en adaptant notre posture de psychomotricien. Évoquant une rupture, il nécessite que nous apportions une continuité par notre présence et notre disponibilité psychocorporelle, assurant ainsi notre fonction contenante. Les phases d'exploration corporelle et de conscience corporelle que le silence permet ne sont qu'une étape dans la mise au travail de la corporéité et de l'intériorisation. Il faut ainsi dépasser le silence pour mettre du sens et des mots sur les éprouvés et les intérioriser.

Le silence participe alors en thérapie psychomotrice à une réappropriation de

soi et une consolidation de sa structuration psychocorporelle permettant au sujet d'être au monde, en pleine possession de ses capacités, de son histoire, de sa vie.

Bibliographie

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5è éd.)*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson
- ANZIEU D. (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- BION W. R. (1991), *Aux sources de l'expérience*, Paris, Presses universitaires de France.
- BOWLBY J. (1978), *Attachement et perte* (Vols. 1-2), Paris, Presses universitaires de France.
- BULLINGER A. (2007), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Eres.
- CICCONE A. (2001), Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2).
- COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES DE PSYCHIATRIE (2014), *Référentiel de psychiatrie*, Tours, Presses universitaires François-Rabelais.
- DEMATTEIS M., PENNEL L. (2018), Alcool et neurologie, *La presse médicale, 47*, p.554-564 et p.643-654.
- DESFIOLLES-PELTIER V. (2014), Intériorité et schizophrénie, in Thérapie psychomotrice et recherches, 182, p.38-47.
- EXPOSITO C. (2012), Psychomotricité et dépendance, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, 171.
- GINOT I. et al. (2006). De l'image à l'imaginaire. *Repères, cahier de danse*, 17(1), p.3-8
- GIROMINI F., LESAGE B. (2013), Quand le corps parle de soi-même… et à l'autre, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, 174, p.114-127.

- JEHEL L., LOPEZ G. et al. (2006), *Psychotraumatologie*, Paris, Dunod.
- JOVER M. (2000), Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant, in J. Rivière (eds), *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Marseille, Edition Solal.
- LEPLAT F. (2014), De la sensorimotricité à la psychomotricité : l'intériorisation d'un corps psychomoteur groupale, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, 182, p.256-261.
- MOREL A., COUTERON J.P., FOUILLAND P. (2010), *L'aide-mémoire d'addictologie*, Paris, Dunod.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1994), *Classification internationale des maladies, des troubles mentaux et troubles du comportement (10é èd.)*, Paris, Elsevier Masson
- PITEL A.-L. et al. (2009), Le syndrome de Korsakoff revisité, *Revue de neuropsychologie*, vol. 1, p. 84-89.
- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod.
- PIREYRE E. et al. (2015), *Cas pratiques en psychomotricité*, Paris, Dunod.
- ROZAIRE C. et al. (2009), Qu'est-ce que l'addiction ?, *Archives de politique criminelle*, *31*(1), 9-23.
- SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, T. 1, Paris, De Boeck-Solal.
- WINNICOTT D. W. (1976), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- WINNICOTT D. W. (1996), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot.

RÉSUMÉ

Parfois recherché, parfois fuit, parfois même s'imposant ou nous exposant, le silence est, sans que nous en soyons conscients, très présent dans nos vies. Ce mémoire tente de mettre en évidence ses dimensions thérapeutiques dans la prise en charge de l'alcoolo-dépendance. Présent et fécond dès les interactions précoces, le silence est un outil riche en thérapie psychomotrice. Sa gestion nous donne des éléments sur l'histoire du patient et ses vertus d'appropriation de soi nous permettent, en psychomotricité, de mobiliser et consolider la structuration psychocorporelle. Les notions de corporéité et d'intériorisation sont également abordées. Elles sont mises au travail dans le silence en conscience corporelle puis demandent de le dépasser.

Mots-clés :

Alcoolo-dépendance, silence, structuration psychocorporelle, interactions précoces, corporéité, intériorisation, conscience corporelle.

SUMMARY

Be it wanted, fled from, imposing itself or exposing us, silence is present in our lives, even if we do not feel it consciously. This thesis tries to highlight therapeutical interests of silence in alcoholism care. Silence, present and productive from first interactions, can be considered as a great way to help psychomotor therapy. How a patient deals with it can relate much about his story. Silence also gives the possibility to focus on oneself, which can be used in psychomotor therapy, to recruit and consolidate psychic and physical structure. Corporeity and internalization are also approached. , They are put to work with silence in physical awareness work before going over it.

Keywords :

Alcoholism, silence, psychic and physical structure, first interactions, corporeity, internalization, physical awareness.