HAL
open science

# Place d'une psychomotricienne au sein d'une Unité pour Malades Difficiles accueillant exclusivement une population masculine

Emma Lembeye

## To cite this version:

Emma Lembeye. Place d'une psychomotricienne au sein d'une Unité pour Malades Difficiles accueillant exclusivement une population masculine. Psychologie. 2020. dumas-02900361

**HAL Id: dumas-02900361**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900361v1**

Submitted on 16 Jul 2020

**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.

# UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

**Institut de Formation en Psychomotricité**


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

# Place d'une psychomotricienne au sein d'une Unité pour Malades Difficiles accueillant exclusivement une population masculine


**LEMBEYE Emma**

Née le 27 janvier 1997 à Talence


**Juin 2020**

Directeur de mémoire : **Philippe LARROUY**

# REMERCIEMENTS

*« Un livre ne s'écrit pas sans l'aide et la participation active d'un grand nombre de personnes. Et l'auteur sait fort bien que si son nom seul apparaît sur la couverture, l'œuvre achevée n'en demeure pas moins le produit d'un travail d'équipe. Et dans cette équipe certaines personnes jouent un rôle clé sans le secours duquel le manuscrit ne verrait jamais le jour. Ce sont elles que je désire remercier ici ».* Edward T. HALL

Ainsi, mes remerciements vont à Philippe LARROUY, directeur de ce mémoire, pour ses conseils et son aide,

A Sarah PIGNOL, ma maître de stage durant cette troisième année, pour son investissement, son temps et sa disponibilité,

A Cécile BARBOTIN, ma seconde maître de stage, pour avoir nourri et enrichi mes réflexions tout au long de l'année,

Aux enfants, adolescents et adultes rencontrés durant mes différents stages, qui m'ont permis de cheminer professionnellement,

A l'équipe d'Ergothérapie de l'Unité pour Malade Difficiles, pour leur accueil,

A l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux et à l'équipe pédagogique, pour leur accompagnement bienveillant tout au long de mon cursus,

A ma famille et mon conjoint, pour leur patience et leur soutien sans faille,

Enfin, à mes amies, futures psychomotriciennes, sans qui ces trois années n'auraient pas été aussi belles.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... 4

CHAPITRE 1 ..... 6

I. Fonctionnement institutionnel de l'Unité pour Malades Difficiles ..... 6

A. Présentation historique ..... 6

B. Population accueillie ..... 7

C. Conditions d'hospitalisation ..... 8

D. Architecture de l'établissement ..... 9

II. Pathologies rencontrées en UMD et problématiques associées ..... 12

A. Les pathologies ..... 12

B. Problématiques ..... 22

C. Une prise en charge globale des patients à l'UMD ..... 28

III. La relation thérapeutique homme-femme dans la prise en charge des patients à l'UMD ..... 32

A. La distance relationnelle : une histoire de proxémie ..... 32

B. Le cadre thérapeutique ..... 41

C. Approche en psychomotricité : les médiations ..... 48

CHAPITRE 2 ..... 54

I. Cas clinique 1 : présentation de Mr. S ..... 54

A. Présentation de Mr. S ..... 54

B. La prise en charge en psychomotricité ..... 56

II. Cas clinique 2 : présentation de Mr. T ..... 66

A. Présentation de Mr. T ..... 66

B. Prise en charge en psychomotricité ..... 70

CONCLUSION GENERALE ..... 80

Annexe 1 – Plan de l'UMD ..... 81

Annexe 2 – Critères DSM-5 : diagnostic de la schizophrénie ..... 82

Annexe 3 – Critères DSM-5 : diagnostic du TSA ..... 83

Annexe 4 – Recommandations de la HAS concernant l'isolement et la contention ..... 84

BIBLIOGRAPHIE ..... 85

# INTRODUCTION

J'ai choisi d'effectuer mon stage de troisième année dans une branche bien particulière de la psychiatrie adulte puisqu'il s'agit d'une Unité pour Malades Difficiles (UMD).

Il me semble important de préciser le contexte particulier d'une UMD. En effet, les patients qui y sont admis présentent une dangerosité avérée pour eux-mêmes ou pour autrui. Cela a tout de suite suscité chez moi une appréhension qui, malgré moi, grandissait à mesure que le début du stage approchait. Vivant proche d'une UMD, il me semble que cela a semé dans mon esprit des représentations parfois erronées ou éloignées de la réalité du fonctionnement de ce type de structure.

Par ailleurs, malgré les périodes, les médias entretiennent et renforcent ce type de représentations. En 1986, dans un reportage télévisé de Zone Interdite, intitulé « *La folie derrière les murs* », le journaliste présente les patients de l'UMD « *voici ceux que l'on ne veut plus voir, ceux que le monde aimerait oublier parce qu'ils sont fous et dangereux (…) ils sont tellement dangereux que ni les prisons, ni les hôpitaux psychiatriques n'en veulent* » (60). En 2017, dans autre reportage de Zone Interdite intitulé « *Qui sont ces fous que l'on enferme* » on peut entendre au début « *la première fois que nous sommes partis à l'UMD, nous avions peur* » (61).

Alors, comment rester insensible à ces représentations collectives nourries par les médias ?

Lors de mon arrivée à l'UMD, l'accueil de ma maître de stage et plus généralement celui de l'unité d'Ergothérapie m'a permis d'être rassurée. Les conseils quant à l'attitude à adopter dans un premier temps en présence des patients m'ont permis de me sentir plus à l'aise et en sécurité. Cette appréhension de départ s'est nettement estompée au fil des premières semaines de stage pour laisser place à une volonté de découvrir le fonctionnement de cette unité et des patients qui la composent. En effet, n'ayant que peu d'expérience dans ce domaine de la psychiatrie adulte, cela a naturellement réveillé ma curiosité intellectuelle et a suscité chez moi un réel intérêt professionnel, d'autant plus que l'UMD représente une grande richesse clinique.

Au début de mon stage, je me suis alors questionnée sur la place de la psychomotricité dans une UMD, et plus particulièrement comment faire face et accompagner des personnes en grande souffrance quand elles présentent un haut potentiel de dangerosité ?

Par ailleurs, certains patients ont présenté à mon égard des attitudes que je pourrais qualifier d'inadaptées. Cela pouvait se ressentir dans la manière de me saluer, de m'aborder, ou de façon générale de se comporter avec moi. D'autres questionnements me sont alors apparus : était-ce en lien avec le fait que je sois une stagiaire, et de surcroît une femme ? Si j'étais un homme, est-ce que cela faciliterait l'entrée en relation, ainsi que l'alliance thérapeutique ?

Je peux rassembler cet ensemble d'interrogations sous la problématique suivante :

***Comment, en tant que psychomotricienne, trouver la juste place au sein d'une structure aussi particulière qu'une UMD n'accueillant que des hommes ? Est-ce que le fait d'être une femme peut entraîner un comportement différent de la part des patients et représenter une barrière aux soins ?***

Dans un premier temps, je développerai une partie théorique qui nous permettra de comprendre le fonctionnement et les particularités d'une UMD. Puis je définirai les troubles principalement rencontrés dans celle-ci. Enfin, j'axerai ma réflexion sur la relation thérapeutique homme-femme qui m'intéresse plus spécifiquement dans la prise en charge psychomotrice de patients accueillis en UMD.

Dans un second temps, je développerai un volet clinique avec la présentation de deux patients avec lesquels j'ai pu travailler dans le cadre de prises en charge individuelles.

# CHAPITRE 1

## I. Fonctionnement institutionnel de l'Unité pour Malades Difficiles

### A. Présentation historique

Il existe au total dix Unités pour Malades Difficiles (UMD) en France, quatre d'entre elles sont dites « historiques » car ouvertes entre 1910 et 1963. Il faudra attendre le début des années 2000 et la médiatisation de quelques évènements dramatiques impliquant des patients souffrant de troubles mentaux, s'en suivant des décisions politiques pour que l'offre de soins se développe avec la création de six UMD dites « récentes », ouvertes entre 2008 et 2012 (31).

Leur mission était de permettre l'accueil des patients les plus lourds, présentant des comportements violents répétés, chimio-résistants, parfois auteurs d'actes médico-légaux graves et ceci pour des durées plus ou moins prolongées.

Jusqu'à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux suivait un modèle instauré par PINEL et ESQUIROL plus d'un siècle auparavant. La doctrine de l'époque visait à soustraire le malade de son environnement, considéré comme source de son désordre, et à l'accueillir dans un lieu où ses troubles pourraient être pris en charge. Ce modèle était isolationniste, soignants et patients vivant dans un même lieu, l'asile reproduisant ainsi une petite société avec une hiérarchie bien définie (16).

La seconde moitié du 20ème siècle est régie par un courant de pensée plus humaniste et moderne. Les soins psychiatriques évoluent selon une prise en charge de plus en plus diversifiée et de plus en plus ambulatoire, permettant aux malades d'avoir accès à des soins sur l'extérieur et propres à leurs difficultés. Les patients incapables de s'adapter à ces nouveaux soins qui se retrouvaient dans l'impasse ou rejetés, étaient orientés vers les UMD. La raison principale statuant sur cette orientation était et reste encore de nos jours la violence (16).

Même si les UMD font partie intégrante de la psychiatrie, cela reste une branche bien spécifique où il n'existe pas de sectorisation contrairement à ce que l'on peut observer en secteur classique de psychiatrie. Dans ce cadre-là, le recrutement est national.

L'UMD est souvent un dernier recours en psychiatrie, il s'inscrit dans un parcours de soins et ne doit pas être un lieu d'exclusion.

## B. Population accueillie

La loi du 5 juillet 2011 (37) définit désormais les unités pour malades difficiles (UMD) qui peuvent prendre en charge « *les patients faisant l'objet de soins psychiatriques en hospitalisation complète décidés par le préfet, les détenus faisant l'objet de soins psychiatriques ou les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sur décision judiciaire, lorsque l'état de ces patients présente des difficultés telles que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique* ».

La majorité des UMD, à savoir un total de six sur dix accueillent exclusivement des hommes. Les quatre autres unités sont mixtes, où il existe tout de même une séparation entre les populations masculine et féminine. Dans l'UMD dans laquelle j'ai effectué mon stage, la population accueillie est exclusivement masculine.
A ce jour, l'ensemble des UMD a une capacité d'accueil totale de 652 lits (31).

La provenance des patients (53) est pour la majorité (48%) de Nouvelle-Aquitaine, ainsi que d'Ile de France (11%).

Concernant les données sociodémographiques (53), deux groupes d'âge sont particulièrement concernés, à savoir la tranche des 25-34 ans à hauteur de 38% de la population en UMD, ainsi que la tranche des 35-44 ans à hauteur de 23%. Une proportion importante (17%) reste présente dans la tranche d'âge des 45-54 ans ainsi que chez les 20-24 ans (13%).

L'étendue est large puisqu'elle est de 15 à 84 ans (53).

La grande majorité des patients est dans une situation de célibat, puisque cela représente 91% des patients. Leur réseau socio-familial est pour la plupart (58%) limité ou inexistant (53).

Il faut également noter que pratiquement les trois quarts des patients bénéficient d'aides sociales à savoir l'allocation pour adultes handicapés (AAH) ; la moitié ont une mesure de protection de type tutelle (53).

Concernant la scolarité, les situations sont extrêmement variées, allant de l'absence de scolarité à des niveaux Master ou encore Doctorat.

La durée moyenne d'hospitalisation au sein de l'UMD est de 247 jours (53). Les trois quarts des patients ont été admis entre 2016 et 2018, le quart restant correspond à des patients hospitalisés depuis plus de 10 ans.

## C. Conditions d'hospitalisation

Les patients présents à l'UMD sont en soins sans consentement en hospitalisation complète, c'est-à-dire en soins sous-contrainte à savoir ce que l'on appelle les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE), anciennement appelés Hospitalisation d'Office. Il existe deux raisons pour lesquelles les soins peuvent être prodigués sous contrainte. La première, un état mental qui nécessite des soins immédiats avec une surveillance médicale constante. La deuxième, le fait que les troubles mentaux rendent impossible le consentement (37).

Ce sont des patients qui ont des troubles mentaux tels qu'ils portent atteinte à la sureté des personnes ou à l'ordre public ou encore des personnes qui ont commis des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs ou menacé de passages à l'acte hétéro-agressifs. A ce moment-là, il y a à la fois la demande du psychiatre ou du médecin et aussi un arrêté du représentant de l'Etat, c'est à dire soit le maire, soit le préfet dans la majeure partie des cas. Cela représente 73% des patients (53).

Suite au passage à l'acte, une judiciarisation de l'acte commis peut entraîner deux cas de figure, en fonction des expertises psychiatriques : celle de l'irresponsabilisation ou celle de la responsabilisation. Le premier correspond à une décision judiciaire après art. 122-1 CP (art. 706-135 CPP), cela concerne 18% des patients (19). Le premier aliéna précise « *le trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle de ses actes au moment des faits* », la personne n'est donc pas responsable pénalement ; le second aliéna est plus nuancé et indique « *le trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré le discernement ou entravé le contrôle de ses actes au moment des faits* », la personne demeure punissable mais la juridiction en tient compte en fixant la peine et en déterminant le régime. Le second cas de figure correspond au régime D398 qui représente une minorité (9%) de patients ne pouvant pas être maintenus dans un établissement pénitentiaire pour des raisons médicales, ils ont donc un statut de détenus.

L'admission est prononcée par le préfet du département d'implantation de l'UMD, au vu d'un dossier comprenant : un certificat médical détaillé précisant les motifs de la demande d'hospitalisation, des rapports d'expertise éventuels, une biographie détaillée.

Plusieurs décrets et circulaires viennent affiner le rôle des UMD. Le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation psychiatrique précise dans l'article 12 que « *les patients hospitalisés présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique* » (19).

L'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des Unités pour Malades Difficiles définit les modalités d'admission et de séjour. Elle traite également du sujet sur la Commission du Suivi Médical (CSM) formulant un avis sur le maintien et la sortie des patients. Cette CSM est composée d'un médecin provenant de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de trois psychiatres hospitaliers et leurs suppléants n'exerçant pas dans l'UMD. Elle examine chaque dossier au moins tous les six mois et procède à un examen annuel du patient. Elle peut être saisie par le patient, ses proches, son représentant légal ou

son psychiatre. Si elle donne un avis favorable à la sortie du patient, elle informe le Préfet afin qu'il prenne un arrêté de sortie (31).

La sortie des patients implique dans un premier cas la poursuite des soins sans consentement dans l'hôpital d'origine. Ce dernier désigné par l'arrêté préfectoral devra accueillir le patient dans un délai de vingt et un jours ouvrés. Dans un second temps, pourra être décidée la levée de la mesure de soins, c'est surtout valable pour les patients en détention.

C'est au travers du décret du 1er février 2016 (15) portant sur l'application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge que sont désormais régies les UMD. Ce décret prévoit que les UMD accueillent des patients nécessitant des protocoles de soins intensifs et des mesures de sûreté particulières.

Il faut savoir que les patients ont des droits, comme chaque citoyen. Ainsi, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. De plus, en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée (38).

Par ailleurs, dans l'article L. 3211-3 du Code de la Santé Publique, est précisé que « *la personne doit être informée le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état de chacune des décisions de soins contraints qui la concerne et des raisons qui les motivent ; de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties offertes par l'intervention du juge des libertés* ». La personne est mise à même de faire valoir ses observations et « *son avis sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible* » (37).

## D. Architecture de l'établissement

Selon **Donato SEVERO** (56), la nouveauté en psychiatrie est la réorganisation sur le plan social de la prise en charge des « aliénés » dans des lieux spécifiques de soins. Il souligne que « *repenser nouvellement la folie, c'est aussi, sans médiation, repenser l'espace où elle se déploie* ». Selon la déclaration **d'ESQUIROL**, l'asile devient ainsi lui-même « *instrument de guérison* ». En effet, il y a eu au 19ème siècle une collaboration entre médecins et architectes qui marquera toute l'histoire de l'institution psychiatrique (56).

L'espace est réorganisé au cours du 19ème et 20ème siècles. Des facteurs prédominants font leur entrée, à savoir la lumière naturelle, l'air, le soleil et l'hygiène. Ainsi, les architectes tentent d'établir une nouvelle relation entre l'extérieur et l'intérieur, grâce à la lumière qui va pénétrer dans l'espace interne du bâtiment (56).

Concernant l'UMD où j'ai réalisé mon stage, il existe cinq unités d'hospitalisation. Quatre comportent chacune 19 lits ; la dernière est plus spécifique avec une capacité d'accueil de 10 lits seulement en raison d'un besoin plus important de cadre et de contenance.

Sont présentes également une unité dédiée à l'électro-convulsivothérapie ainsi qu'une unité d'Ergothérapie que je détaillerai plus loin. Ces lieux sont représentés sur le plan en Annexe 1- Cf. Plan de l'UMD.

Chaque unité dispose d'un espace intérieur et extérieur fermé, ce dernier étant une cour grillagée avec un bel espace où les patients peuvent circuler librement.

Concernant l'espace intérieur, il est divisé en différentes parties, selon la fonction du lieu mais aussi pour des questions thérapeutiques. Il faut savoir que dans l'UMD où j'ai effectué mon stage, les unités ne sont pas toutes agencées de la même manière, certaines ayant été réaménagées au courant 2004. Ainsi, dans les plus récentes, qui ont été pensées et agencées dans un but de mieux organiser le soin et d'avoir une meilleure surveillance des patients, il existe un bureau entièrement vitré qui leur est dédié, au centre de l'unité. Cela leur procure une vue sur tout l'espace de vie, ce qui peut faire penser à une « tour de garde ». C'est aussi à cet endroit que sont distribuées les cigarettes et où sont stockées les affaires personnelles des patients comme les lecteurs MP3 ou des stylos par exemple.

Selon Michel CRAPLET (13), « *les spécialistes de l'aliénation mentale étaient alors persuadés que l'homme pouvait être modelé par son environnement* ». Le plan de la structure doit ainsi faciliter l'organisation du traitement par des procédés spatiaux originaux. Les cours présentes au sein de chaque unité permettent une certaine liberté de déplacement et de diminuer l'impression d'enfermement.

Autour de ce bureau se trouve l'espace de vie, qui est divisé en différents espaces. On peut retrouver le lieu de restauration, le salon avec des télévisions, une salle polyvalente avec une table de ping-pong mais pouvant être investie pour diverses activités (tapis de relaxation…). Il existe également des chambres d'isolement, que je développerai par la suite.

Dans une autre aile se situe « l'espace nuit », en fonction des unités, on peut trouver des chambres individuelles ou des dortoirs, allant jusqu'à quatre lits par pièce. Les chambres sont constituées d'un lit et d'une table de nuit scellés au sol. Le couloir de l'espace nuit est en forme « d'entonnoir » afin que les soignants aient une vue sur chacune des portes. Tout est pensé pour la sécurité des patients : volets électriques commandés à distance, portes d'un seul battant large pour que deux personnes puissent rentrer en même temps et s'ouvrant de l'extérieur, absence de recoins dans les couloirs. Dans cet espace, on retrouve également une salle de bain commune.

Il y a donc plusieurs secteurs à savoir le secteur soignant, le secteur activités et repas, et le secteur nuit.

Les unités réaménagées sont de plain-pied, contrairement aux autres qui sont à étage. Cela ne procure pas la même vue lorsque l'on se place aux fenêtres et n'implique pas les mêmes déplacements au sein de l'unité.

Concernant les portes de l'UMD, chacune d'entre elles est fermée à clé, que ce soit pour entrer dans l'unité ou pour en sortir. Il faut également savoir que ces portes sont toutes sans exception équipées d'une vitre transparente. Ainsi, à chaque instant, les soignants peuvent maintenir un contact visuel avec les patients, dans un objectif de sécurité.

Cela peut paraître intrusif et éloigné du principe de la liberté de circuler librement mais rien n'est laissé au hasard. Selon **Jean-Pierre D'OLIVEIRA** (14), il est important de créer un service à l'architecture pensée en termes de sécurité physique tant pour les soignés que pour les soignants ainsi qu'en termes de qualité de soins infirmiers. En effet, cela participe à une forme de contenance essentielle pour chacun, permettant de favoriser les soins. Se sentant en sécurité, les patients seront plus en confiance et à même d'être partenaires de leur prise en charge, ce qui facilite le travail des soignants.

De plus, selon **Francis PANNIER** (45) « *la nécessité de recourir à des espaces matérialisés, durables, fiables est au cœur du quotidien du personnel, de jour comme de nuit* ». En effet, il paraît fondamental, notamment en psychomotricité, de mettre en œuvre des repères kinesthésiques qui permettront une orientation dans le temps et l'espace. Cela aura aussi comme autre effet bénéfique une meilleure appropriation de cet espace, ce qui est nécessaire afin d'améliorer les conditions de vie du patient, et donc la qualité des soins.

**Maurice MERLEAU-PONTY** (40) traite de la notion d'espace en psychiatrie et précise « *ce qui garantit l'homme sain contre le délire ou l'hallucination, ce n'est pas sa critique, c'est la structure de son espace* ». Objet de notre perception, sujet de nos représentations, l'espace est notre élément premier. Si l'espace existe en référence à un sujet qui perçoit l'environnement autour de lui, l'espace aussi par ce qui le remplit, le structure et en modifie la perception. Il est source de comportements, champ de valeurs. Il est parsemé de repères et peut être appréhendé comme une quantité à consommer. Enfin, l'espace peut s'envisager comme une métaphore du système social. Dans le cas des maladies mentales, il est amputé, déformé, instable, il perd sa mesure : on parle alors d'espace pathologique.

L'auteur parle par ailleurs d'espace déficitaire « *la pathologie déficitaire de l'espace se fonde sur les anomalies relationnelles du corps avec l'espace à travers et au-delà du schéma corporel* » (40). L'espace est souvent reconfiguré pour satisfaire le délire. En effet, nous savons que des pathologies telles que les schizophrénies altèrent la relation au monde.

Par ailleurs, nous savons à quel point l'intériorité peut être menacée chez les personnes psychotiques. Selon **Gisela PANKOW,** (44) l'univers de la psychose apparaît comme un univers morcelé « *chaque fragment est souvent ressenti comme étant un monde séparé et ayant perdu toute connexion interne avec les autres fragments. Entre ces parties il n'y a qu'un vide abyssal, un néant* ».

Il est alors fondamental de penser cet espace au préalable afin d'en faire un point d'appui pour le soin. Je dirais même qu'il fait partie du soin. L'architecture permet ainsi une forme de contenance pour les patients et de créer des repères.

Après avoir présenté l'institution de manière générale, il me semble important de définir les pathologies les plus fréquemment observées au sein de celle-ci, ainsi que les raisons qui ont conduit les patients dans une unité aussi spécifique que l'UMD.

# II. Pathologies rencontrées en UMD et problématiques associées

## A. Les pathologies

La file active de patients est égale à 125 (53). Il existe des pourcentages établis pour les diverses pathologies rencontrées au sein de l'UMD, le diagnostic s'étant basé sur la CIM-10. La schizophrénie, notée F20 dans la CIM-10, est la pathologie majoritaire puisqu'elle représente 60% des patients présents à l'UMD, la schizophrénie paranoïde étant la forme la plus diagnostiquée avec 52% des patients (53). Les troubles envahissants du développement (TED) notés F84-89 dans la CIM-10 arrivent en seconde place dans les pathologies les plus rencontrées au sein de l'UMD avec un pourcentage atteignant 13% (53). Les autres patients, qui sont en minorité, souffrent de pathologies telles que des troubles psychotiques, un retard mental, des troubles de la personnalité, trouble délirant persistant ou encore le trouble bipolaire. Puisqu'ils sont les plus prégnants, j'ai décidé de décrire plus particulièrement les troubles de la schizophrénie, les TED ainsi que les déviances et perversions sexuelles.

### 1. La schizophrénie

#### *a) Généralités*

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique très complexe, qui regroupe en fait un ensemble de différentes formes de schizophrénies. Sadeq HAOUZIR et Amal BERNOUSSI nous donnent une définition des schizophrénies qui « *se caractérisent par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur d'un type spécifique et qu'on ne rencontre nulle part ailleurs : il existe dans tous les cas une scission plus ou moins nette des fonctions psychiques ; si le trouble est franc, la personnalité perd son unité* » (24). En effet, schizo-phrénie signifie scission de l'esprit.

Le mode d'entrée peut être brutal, dans le cadre d'un épisode délirant aigu inaugural, ou insidieux.

La mortalité chez les schizophrènes est 3 à 4 fois plus élevée que dans la population générale, et semble prédominer chez les patients sans soutien familial ou social. Cette pathologie touche 1% de la population mondiale et handicape donc des dizaines de millions de personnes, impacte durablement des familles et constitue une vraie problématique de santé publique (24).

### *b) Historique*

La naissance du concept fera intervenir l'histoire de la psychiatrie européenne. Beaucoup d'auteurs ont travaillé et théorisé sur le concept des schizophrénies dans leurs travaux. On retiendra notamment **Eugène BLEULER** qui va définir en 1911 dans *Dementia Praecox ou Groupe des Schizophrénies* le concept de la schizophrénie (24).

Ainsi, la naissance du concept paraît s'intégrer dans une évolution de la nosographie inscrite dans son époque. Les travaux de **BLEULER** pourraient dès lors être considérés comme un aboutissement d'une pensée nosographique, débutée au 19ème siècle avec l'individualisation de la paralysie générale par **BAYLE** et poursuivie tout au long du siècle avec les contributions des cliniciens et des courants de pensée des différentes écoles d'aliénistes européens. Parmi les cliniciens, on note **Philippe PINEL** qui a publié dans les années 1800-1801 la première édition du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie ;* nous devons à **Jean ESQUIROL** les premières catégorisations nosographiques dans l'ouvrage *Des maladies mentales* publié en 1838 ; **Bénédict-Augustin MOREL** écrit en 1860 le *Traité des Maladies Mentales*, **Emile KRAEPELIN** s'inspire de l'œuvre de l'auteur afin de théoriser la démence précoce (24).

### *c) Diagnostic et sémiologie*

Comme la plupart des troubles mentaux, aucun signe pathognomonique ne peut conduire au diagnostic univoque de schizophrénie, celui-ci étant posé sur un faisceau d'arguments cliniques et évolutifs. Il est important de ne pas poser de diagnostic hâtif car celui-ci est lourd de conséquences (24).

Dans *Dementia Praecox ou Groupe des Schizophrénies,* **BLEULER** précise que la schizophrénie « *évolue tantôt sur le mode chronique, tantôt par poussées, qui peut s'arrêter ou même rétrocéder à n'importe quel stade, mais qui ne permet sans doute pas de restitutio ad integrum complète* » (24).

Concernant l'approche clinique contemporaine, **Sadeq HAOUZIR** et **Amal BERNOUSSI** précisent le trépied schizophrénique, qui s'organise autour de la dissociation psychique, du délire et de l'autisme schizophrénique (24).

- **La dissociation psychique**

On peut nommer comme synonyme la discordance, définie par une « *rupture de l'unité psychique* » (17). Cette dissociation est, d'après les manuels d'enseignement de psychiatrie, le maître symptôme de la clinique schizophrénique. Elle est organisée autour de trois pôles à savoir la dissociation de la pensée, la dissociation des affects et la dissociation des comportements, aussi appelée dissociation motrice (24).

- Le délire

Le terme « *délire* » vient du latin « *de lirare* » qui signifie au sens propre « *sortir du sillon* » et au sens figuré se comprend comme « *divaguer* », « *perdre la raison* » (18).

D'après Sadeq HAOUZIR et Amal BERNOUSSI, il peut se définir comme un « *désordre des facultés mentales caractérisé par une suite de convictions fausses, d'erreurs de perception ou de jugement, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence ; affirmé avec une croyance absolue, il n'est pas spontanément accessible à la critique* » (24).

Le délire est décrit par cinq caractéristiques principales qui sont la systématisation, les mécanismes, les thèmes, la participation thymique et l'adhésion.

La systématisation ou organisation du délire correspond au niveau de cohérence de celui-ci. Les mécanismes sont des procédés fondamentaux à partir desquels le délire va se construire. Ils sont au nombre de quatre avec l'interprétation, l'intuition, l'imagination et les hallucinations.

Dans cette pathologie, il n'existe pas de thèmes spécifiques, on peut retrouver tous les thèmes délirants comme par exemple l'érotomanie, le délire de persécution, l'imposition de la pensée (24).

Dans la caractérisation d'un délire, la thymie est exprimée en termes de congruence ou non au délire.

L'adhésion quant à elle correspond au « *crédit que le patient porte à son propre délire, à sa conviction et la facilité ou la difficulté, voire l'impossibilité de le faire accéder à une position critique. Cette adhésion peut être totale […] ou partielle* » (24). Rarement, le patient pourra parvenir à une critique totale.

- L'autisme schizophrénique

Sadeq HAOUZIR et Amal BERNOUSSI précisent que c'est un « *désinvestissement de la réalité et l'impénétrabilité du monde intérieur dans lequel les patients schizophrènes s'isolent* ». Ils donnent comme définition « *introversion pathologique avec perte ou plutôt altération du rapport à la réalité, voire même une opposition au monde extérieur (négativisme). Le patient schizophrène paraît alors se construire un monde propre qui semble se clore sur lui-même* » (24).

Les principaux outils actuels pour diagnostiquer la schizophrénie sont la *Classification Internationale des Maladies* (CIM-10) et les classifications du *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (DSM-5) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Dans ce dernier, sont précisés les critères permettant de poser un diagnostic (9), Cf. Annexe 2 – Critères DSM-5 : diagnostic de la schizophrénie.

*LE CAS DE MR. A*

*Mr. A est schizophrène. C'est un patient qui participe au groupe de danse auquel j'assiste. Ce matin, il paraît plus en retrait que d'habitude. Son visage est inexpressif, on pourrait presque penser qu'il dort les yeux ouverts.*

*Lors de l'échauffement, je remarque qu'il se frotte à plusieurs reprises l'oreille, comme s'il y avait quelque chose dedans. Remarquant nos regards intrigués, il nous indique qu'il a une araignée dans l'oreille. En réalité, nous pensons qu'il s'agit d'une hallucination cénesthésique. Dans un but d'invalider cette possible hallucination, la psychomotricienne est allée vérifier elle-même qu'il n'y avait pas de bête dans l'oreille de Mr. A. C'est justement à ce moment que Monsieur A a réagi en disant qu'il s'agissait d'une blague.*

*Dans ce cas, nous pouvons en déduire que Mr. A a cherché à rationnaliser son comportement.*

### *d) Formes cliniques*

Comme précédemment évoqué, il existe un grand nombre de formes cliniques. Celles habituellement évoquées sont la schizophrénie paranoïde, la schizophrénie paraphrénique, la schizophrénie catatonique, la schizophrénie simple, la schizophrénie résiduelle ou encore la schizophrénie indifférenciée, la liste n'étant pas exhaustive (24).

Etant donné que la schizophrénie paranoïde représente une grande majorité des patients présents à l'UMD, j'ai décidé de la décrire plus spécifiquement. C'est la forme la plus symptomatique avec le délire paranoïde qui se trouve au premier plan. D'après Sadeq HAOUZIR et Amal BERNOUSSI (24), cette forme clinique semble survenir plus tardivement que les autres et s'installe souvent dans la suite d'un ou plusieurs accès délirants aigus. C'est également la forme qui répond le mieux aux traitements neuroleptiques et évolue habituellement par poussées d'exacerbation délirante alternant avec des phases de rémission partielle au cours desquelles la symptomatologie résiduelle peut être plus ou moins bien jugulée par le traitement psychotrope.

### *e) Conclusion*

Ce qu'il faut retenir de l'évolution des schizophrénies c'est qu'elle est variable d'un patient à l'autre, que les formes paranoïdes semblent de meilleur pronostic évolutif et que, meilleure est l'adhésion du patient aux soins instaurés (notamment médicamenteux), meilleur sera son pronostic évolutif (24).

## 2. Troubles envahissants du développement (TED)

### *a) Définitions*

Les définitions des troubles envahissants du développement (TED), dont fait partie l'autisme, ont beaucoup évolué ces 30 dernières années et diffèrent selon les classifications. Dans l'état des connaissances publié par la HAS (27), les TED sont définis comme un groupe hétérogène de troubles qui se caractérisent tous par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication et de langage, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives atteignent de manière envahissante la personne et son fonctionnement, et ce, en toutes situations. Cette diversité clinique peut être précisée sous forme de catégories (troubles envahissants du développement) ou sous forme dimensionnelle (troubles du spectre de l'autisme) (30).

Les pathologies et troubles associés aux TED sont les troubles du sommeil, les troubles psychiatriques (principalement anxiété, dépression et déficit de l'attention - hyperactivité), l'épilepsie et le retard mental.

Les principaux diagnostics différentiels des TED chez l'adulte sont la schizophrénie, des troubles graves de la personnalité et des troubles du langage de type expressif ou mixte.

Il est recommandé de réévaluer régulièrement le diagnostic porté, d'autant plus sur des trajectoires longues (27).

### *b) Le TED selon les classifications*

Dans la CIM-10, les TED (code F84.0 à F84.9) ont en commun une association de symptômes connue sous le nom de triade de Wing, du nom de la chercheuse anglaise Lorna WING (30) qui a prouvé par une étude clinique et statistique que cette association de trois catégories de symptômes survenait plus souvent que ne le voulait le hasard, donc il s'agit bien d'un syndrome (ensemble de signes survenant ensemble). Ces troubles incluent : trouble de la communication verbale et non verbale, troubles des relations sociales, et centres d'intérêts restreints et/ou des conduites répétitives.

Dans le DSM-IV sont classés dans les troubles de première et deuxième enfance ou adolescence les troubles envahissants du développement, le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement non –spécifié, le syndrome de Rett et le trouble désingratif de l'enfance (48).

Dans le DSM-V (9), les troubles précédents cités sont à présent regroupés dans une catégorie appelée les Troubles du Spectre Autistique (TSA), à l'exception du syndrome de Rett.

Cette classification regroupe les symptômes en deux catégories de critères qui témoignent d'un « *déficit de la communication sociale* » (trois critères) et de « *comportements répétitifs et restreints* » (quatre critères). Le diagnostic de TSA peut être validé si les trois critères de déficit de communication sociale et deux critères (sur quatre) parmi les comportements répétitifs et restreints sont remplis. Les critères détaillés sont présentés en annexe (48). Cf. Annexe 3 – Critères DSM-5 : diagnostic du TSA.

*LE CAS DE MR. T*

*Mr. T souffre de trouble du spectre autistique. Lors de nos premières rencontres, nos regards ne se croisent pas. Le sien ne cherche pas à rencontrer le mien, qui paraît trop difficile à supporter, car intrusif.*

*Si je ne vais pas vers lui, nous pouvons rester de longues minutes dans le silence. Lorsque nous discutons, ses réponses sont brèves et répétitives. Il ne cherche pas à s'expliquer davantage ni enrichir la conversation. Ses modes d'entrée en communication sont similaires d'une fois sur l'autre et toujours très stéréotypées.*

*Pour la pause, il prend presque systématiquement la même boisson, en répétant à chaque fois la même blague. Cette blague n'est pas de lui mais de l'ergothérapeute. D'ailleurs, il ne réagit pas et ne comprend pas lorsque je tente de faire de l'humour.*

### *c) Différents niveaux de sévérité*

Le DSM-5 définit trois niveaux de sévérité correspondant à un besoin de soutien plus ou moins important (32).

Le **niveau 1** « *nécessite un soutien* ». Concernant la communication sociale, sans soutien, les déficits au niveau de la communication sociale provoquent des déficiences notables. Le sujet a des difficultés à initier des interactions sociales, il présente une manifestation concrète de réponses atypiques ou vaines aux ouvertures sociales d'autrui et un manque d'intérêt apparent pour les interactions sociales. À ce niveau, les rituels et comportements restreints et répétitifs nuisent considérablement au fonctionnement de la personne dans un ou plusieurs contextes. Il y a également une résistance lors des tentatives d'une personne tierce de mettre fin aux comportements restreints et répétitifs ou la redirection des intérêts spécifiques.

Le **niveau 2** « *nécessite un soutien important* ». À ce niveau, on note des déficits marqués au niveau des compétences de communication sociale verbales et non verbales ; des altérations sociales manifestes, en dépit des mesures de soutien mises en place. De plus, on note une initiation limitée des interactions sociales, avec réponses réduites ou déficientes aux tentatives de socialisation des autres. Les comportements restreints et répétitifs et/ou les préoccupations ou les intérêts se manifestent assez souvent pour être remarqués par un observateur extérieur et pour perturber le fonctionnement de la personne dans plusieurs contextes. La détresse et la frustration se manifestent lorsque les comportements restreints et répétitifs sont interrompus ; il est difficile de rediriger les intérêts de la personne.

Le niveau 3 « *nécessite un soutien très important* ». Sont perçus des déficits graves dans les compétences de communication sociale verbale et non verbale, provoquant des déficiences graves dans le fonctionnement ; une initiation très limitée des interactions sociales et une réponse minimale aux tentatives de socialisation des autres. Les préoccupations, les rituels fixes et/ou les comportements répétitifs nuisent considérablement au fonctionnement dans tous les domaines. Il y a une détresse marquée lorsque les rituels et/ou routines sont perturbés. Il est très difficile de rediriger les intérêts puisque la personne y retourne rapidement.

#### *d) Conclusion*

Aujourd'hui, les troubles du spectre autistique sont un problème de santé publique, comme le prouvent les différents plans gouvernementaux qui ont été mis en place.

La prise en charge de ces patients est complexe et riche. On peut citer par exemple les méthodes cognitivo-comportementales mais également les psychothérapies. Il faut savoir qu'il n'existe pas de traitement de l'autisme mais une prise en charge précoce et pluridisciplinaire est recommandée (27).

### 3. Les déviations et perversions sexuelles

#### *a) Histoire, évolution des concepts et situation nosographique*

La notion de perversion sexuelle a varié au fil des siècles, selon les croyances et les idéologies des groupes humains, ainsi que le degré de tolérance des sociétés. Des pratiques considérées comme des « péchés » dans de nombreuses religions (onanisme, sodomie, homosexualité…) sont actuellement banalisées dans les sociétés de culture occidentale (21). Elles ne font plus partie des nosographies psychiatriques. Parallèlement, la montée en puissance de la notion d'individu, avec le respect de son libre arbitre et de son pouvoir décisionnel, ainsi que la relativisation de la notion de « norme », ont encore restreint la place des perversions en psychiatrie : seules y entrent désormais les manifestations qui entraînent une certaine souffrance pour le sujet, ou en tout cas le sentiment de céder à une impulsion contre laquelle il ne peut résister, malgré son caractère éventuellement répréhensible (21). Selon les pays, il y a de grandes disparités dans la façon dont les perversions sont tolérées ou réprimées, notamment dans le Code pénal. Thérèse LEMPERIERE et André FELINE (36) précisent « *bien davantage que n'importe quel comportement instinctuel la sexualité humaine porte la marque des prescriptions comme des interdits éthiques, sociaux et culturels éminemment différents d'un sujet à l'autre, d'un groupe social à l'autre mais restant cependant singuliers et originaux pour chaque individu* ».

La 10ème édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (43) distingue les troubles de l'identité sexuelle (transsexualisme, transvestisme bivalent)

des troubles de la préférence sexuelle, dans lesquels elle range notamment le fétichisme, le transvestisme fétichiste, l'exhibitionnisme, le voyeurisme, la pédophilie, et le sadomasochisme.

Dans les dernières versions du DSM, ces perversions sexuelles ont pour nom les paraphilies. Le DSM-5 (9) s'écarte sur de nombreux points des éditions précédentes, apportant plusieurs changements concernant les paraphilies. Ces changements ont été principalement motivés par des considérations légales. Plusieurs modifications ont été apportées au texte descriptif de ces troubles, au détriment des critères diagnostiques qui étaient soumis à beaucoup moins de révision. L'Association Américaine de Psychiatrie a opté pour la conservation intégrale des huit catégories des troubles paraphiliques à savoir l'exhibitionnisme, le fétichisme, le frotteurisme, la pédophilie, le masochisme sexuel, le sadisme sexuel, le transvestisme fétichiste, le voyeurisme en association avec deux catégories résiduelles : « *autre trouble paraphilique spécifié* » et « *trouble paraphilique non spécifié* » (9).

Les paraphilies sont caractérisées par des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements. Elles peuvent être à l'origine d'une souffrance cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social ou professionnel, et pour certaines se présenter comme une impulsion sexuelle à laquelle le sujet cède, parfois avec un désarroi prononcé (9).

### *b) Epidémiologie et facteurs de risques*

D'après Nathalie GLÜCK (21), les perversions sexuelles les plus fréquentes sont la pédophilie, l'exhibitionnisme et le voyeurisme. Elles peuvent être associées entre elles, un tiers des pédophiles ou des violeurs seraient également exhibitionnistes ; réciproquement un tiers des exhibitionnistes seraient pédophiles, un tiers attiré par les jeunes adolescents, et 20% auraient commis ou tenté de commettre un viol.

Différentes données ressortent dans les études portant sur les auteurs d'agressions sexuelles. Les antécédents subis de maltraitance morale et physique, d'abus sexuels, de viols dans l'enfance des futurs agresseurs sont fréquents. Ces sujets reproduiraient ultérieurement, pour un quart d'entre eux, des maltraitances sur des enfants, et les explications psychodynamiques avancées font référence aux concepts de compulsion de répétition et d'identification à l'agresseur (21).

Le rôle de l'alcool et d'autres toxiques à effet désinhibiteur est établi (50 à 70% des viols seraient commis sous l'emprise de l'alcool). De véritables maladies psychiatriques sont parfois diagnostiquées chez des auteurs d'agressions sexuelles (schizophrénie par exemple), mais ces observations restent plutôt rares (21).

### *c) La clinique*

#### ❖ Caractéristiques générales

Les paraphilies se caractérisent par l'existence d'un scénario imaginaire structuré bien particulier utilisé de manière répétitive et stéréotypée, voire ritualisée, pour l'obtention de l'excitation érotique. Ce scénario donne souvent lieu à une sorte de mise en scène, indispensable à la concrétisation de la jouissance (21).

D'après N. GLÜCK (21), « *le comportement pervers est agi sous l'empire d'une envie irrésistible, une poussée difficilement contrôlable, alors même que la mise en scène est, elle, très contrôlée. On retrouve souvent un fond dépressif sous-jacent, ainsi qu'une haine inconsciente avec un appel à l'autre sur le mode du défi* ».

#### ❖ Différentes perversions sexuelles

Les perversions comme la pédophilie, l'exhibitionnisme, et certaines formes de sadisme sont réprimés sous diverses qualifications pénales : attentat à la pudeur, atteinte et abus sexuels, viol, torture, actes de barbarie, meurtre, assassinat (21). Tous ces faits sont aggravés selon la préméditation, l'âge et le degré de faiblesse de la victime, son lien éventuel avec l'auteur (lien d'autorité parentale). Dans certains cas, la pénalisation dépendra de facteurs liés au partenaire (âge, consentement aux actes).

Les paraphilies restent souvent des pratiques cachées, n'affectant pas en apparence le fonctionnement social, ne donnant que rarement lieu à une demande de soins, soit que le sujet n'en souffre pas et cantonne sa pratique dans les limites que la loi autorise, soit que la peur ou la honte ressenties l'empêchent d'avoir recours à une approche thérapeutique en dépit d'une sensation de souffrance ou d'anxiété (36).

Nous avons tout d'abord **l'exhibitionnisme** qui consiste « *en l'exposition par le patient de ses organes génitaux devant une personne étrangère prise au dépourvu par ce comportement. Cette exposition n'a pas pour but d'inviter la personne à une relation sexuelle mais d'obtenir, par la réaction de surprise de cette personne, une excitation généralement suivie d'une masturbation* » (21).

Quant au **fétichisme**, cela désigne « *l'utilisation préférentielle, voire exclusive, d'objets inanimés (sous-vêtement, fourrure, botte, etc.), ou d'une partie du corps humain (cheveux, pied), pour obtenir l'excitation sexuelle. L'utilisation du fétiche peut être intégrée à une relation avec un partenaire* » (21).

Le **frotteurisme** caractérise « *l'acte de toucher ou de se frotter contre une personne non consentante, plus particulièrement les seins ou les fesses d'une femme, à des fins d'excitation sexuelle. Ces*

*comportements sont généralement perpétrés dans l'anonymat, dans la foule, dans les transports en commun, etc.* » (21).

Le **voyeurisme** consiste à « *obtenir l'excitation sexuelle en observant en cachette une personne non consentante, nue ou en train de se déshabiller, ou des couples pendant leurs rapports sexuels* » (21).

Le **transvestisme** désigne « *le port de vêtements de l'autre sexe dans un but d'excitation érotique, parfois associé à diverses méthodes visant à accentuer la ressemblance avec l'autre sexe* » (21). Il faut distinguer ce comportement du travestissement d'une personne transsexuelle voulant mettre en concordance son apparence extérieure et son identité sexuelle ressentie, cependant le transvestisme fétichiste est parfois associé à une dysphorie de l'identité sexuelle.

Le **masochisme sexuel** caractérise « *le besoin de souffrance corporelle : être battu, attaché, ou humilié pour obtenir l'excitation sexuelle* » (21). Ces pratiques, qui ne sont pas toujours sans danger pour le sujet, impliquent généralement un partenaire et peuvent aussi comporter des actes automutilateurs.

Le **sadisme sexuel** consiste en « *la nécessité pour atteindre l'excitation sexuelle d'infliger à un partenaire consentant ou non des souffrances corporelles réelles, des sévices pouvant aller jusqu'à entraîner la mort, ou au moins des souffrances morales, comme l'humiliation ou la peur* » (21).

La **pédophilie** définit « *la préférence sexuelle plus ou moins exclusive pour des enfants pré-pubères* ». La législation française retient la minorité de 15 ans comme circonstance aggravante d'un abus sexuel ou d'un viol. La pédophilie peut être exclusive, et commence alors généralement à l'adolescence, ou non exclusive (en période de stress, ou sous l'emprise de toxiques). L'attirance pour les enfants peut être homo ou hétérosexuelle, ou concerner indifféremment les deux sexes. Les pédophiles recherchent souvent des statuts professionnels leur permettant d'être au contact d'enfants (21).

Les actes en eux-mêmes peuvent aller de la simple masturbation en présence d'enfants ou d'images d'enfants, aux attouchements plus ou moins furtifs, aux demandes de caresses précédées de comportements de séduction, et jusqu'aux viols avec menaces et culpabilisation pour obtenir le secret ; les viols suivis de meurtres d'enfants, parfois très jeunes, sont très rares.

D'autres perversions sexuelles, plus rares, sont également décrites : la gérontophilie, la nécrophilie (relations sexuelles avec des cadavres, dont on peut rapprocher les actes sexuels perpétrés sur des malades anesthésiés ou comateux), la zoophilie, l'urophilie, la coprophilie, ou d'autres encore comme le triolisme, l'échangisme, ou la sexualité en groupe, ces dernières pratiques étant assez répandues chez des personnalités névrotiques (21).

*LE CAS DE MR. X*

*Mr. X est un patient que je croise régulièrement tous les jeudis. En effet, je le vois une première fois lorsque nous allons le chercher pour se rendre aux ateliers du matin, puis une seconde fois lors du temps de pause.*

*Un matin, alors que je suis dans le bureau vitré de l'unité, je sens un regard très pesant sur moi. Je me rends compte qu'il s'agit de Mr. X, qui m'observe depuis sa chaise. Je n'en fais pas mention et la matinée se poursuit.*

*Plus tard, lors du temps de pause, Mr. X continue de me fixer, avec un regard lubrique. Sa main est placée dans son jogging. Rapidement, je me dirige vers la professionnelle la plus proche, afin de lui informer de ce que je viens de voir. Ainsi, elle a pu échanger avec lui sur cet évènement afin que cela ne se reproduise pas, ni que cela prenne davantage de proportions. De plus, cela a permis de lui rappeler les comportements acceptables ou non, et de travailler indirectement sur sa problématique sexuelle bien connue de l'équipe soignante.*

#### *d) Conclusion*

Les perversions sexuelles, dont les définitions et les approches ont varié au cours du temps et des évolutions culturelles, occupent de nos jours une place relativement marginale dans la pratique psychiatrique. Les psychiatres y sont principalement confrontés dans le cadre des soins sous contrainte, dans lequel l'offre de soin et les pistes thérapeutiques commencent à se structurer.

## B. Problématiques

### 1. Définitions

#### *a) La violence*

Selon l'étymologie, le mot violence vient du latin *violentia* qui signifie « *abus de la force* ».

Selon l'OMS, « *la violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès* » (42).

Dans toutes les définitions proposées sur la violence, le rapport de force et de domination qu'exerce un individu (l'agresseur) sur un autre (la victime) est le fait principal qui caractérise ce type d'agression. La violence est la caractéristique d'une frustration. L'agression est directement tournée contre la source de la souffrance qui devient la victime de l'acte violent. Il est important de différencier plusieurs types de violence ainsi que leur degré de gravité et d'intensité éventuelle. On retrouve l'agression verbale, la violence contre les objets, la violence contre soi-même et la violence contre autrui (22).

L'acte violent vise à détruire, à annihiler l'autre. La violence détruit et s'inscrit dans la clinique du passage à l'acte (12).

### *b) L'agressivité*

Etymologiquement, « agressivité » vient du latin *ad-gressere* qui signifie « *aller vers* ». Le mot français agressivité a donc une double signification : à la fois attitude « négative » d'attaque vers autrui (agression hostile), et une attitude « positive » faisant référence à l'affirmation de soi et à la combativité (agression instrumentale). L'agressivité renvoie à un comportement et non à une émotion (28).

Il faut également différencier l'agressivité qui est une intention agressive sans acte agressif d'une agression étant une attaque contre les personnes ou les biens, avec altération chez la victime de l'intégrité des fonctions physiques ou mentales (22).

Le contexte social et professionnel a une influence très importante sur la façon dont l'agressivité est acceptée ou exprimée.

Une grande confusion règne dans la définition de la violence et de l'agressivité (28). Pourtant elles désignent des attitudes qui diffèrent par leurs enjeux et leurs conséquences sociales. En effet, l'agressivité est une attitude qui relève de l'affirmation de soi, de sa puissance face à autrui. Elle est fondamentalement relationnelle. Bien dosée et maîtrisée, elle a un rôle essentiel dans la poursuite et l'atteinte de nos objectifs. En revanche la violence est a-relationnelle. Elle vise la destruction totale du sujet et se situe en dehors des cadres sociaux. On ne négocie pas avec une personne violente, on s'en protège.

### *c) La dangerosité*

La dangerosité est « *un caractère de ce qui présente un risque* » (34). En psychiatrie, c'est un état de risque que présente le malade pour les autres personnes ; en criminologie, c'est un état de risque de conduite criminelle ; en psychologie, la définition de James OGLOFF (29) renvoie à « *la notion de comportement physiquement violent, dirigé envers soi-même ou autrui ainsi que la menace de tel comportement* ». La dangerosité inclut ainsi une vaste gamme de comportements physiques et verbaux qui sont suffisamment sérieux pour susciter potentiellement une intervention légale. Le terme décrit particulièrement « *un acte, une situation où un individu fait courir un risque de préjudice à autrui* ». Selon le criminologue italien, Raffaele GAROFALO (29), *« c'est la quantité de mal qu'on peut redouter de la part d'un individu* ».

Selon la Haute Autorité de la Santé, la dangerosité est « *une perception subjective, qui connaît des évolutions en fonction des temps et des lieux au regard des exigences variables du droit pénal positif et de la protection de la société* » (25). Il convient, lorsque l'on parle de dangerosité, d'évoquer la notion de violence. En effet, la dangerosité est habituellement abordée comme risque de violence et, dans les études internationales, la dangerosité est étudiée sous l'angle des passages à l'acte violents ou des condamnations pour actes violents.

Dans le cadre de l'UMD, l'état dangereux est majeur, certain ou imminent, incompatible avec le maintien dans une unité d'hospitalisation classique. Dans la plupart des motifs d'admission, il y a eu des violences envers des patients ou des soignants. Le travail consiste alors à écarter cette dangerosité. C'est, en fonction de la clinique, l'élément central d'un motif de maintien en UMD lors de la commission de suivi médical.

### 2. Passages à l'acte

Nous pouvons différencier deux types de passages à l'acte. Ces derniers sont des conduites qui imposent à l'autre (hétéro-agressivité) ou à soi-même (auto-agressivité), qu'il s'agisse d'une altération, d'une privation ou d'une souffrance (59).

Il convient de rappeler qu'est traitée ici l'exception, car les comportements violents ne concernent comme acteurs qu'une petite minorité de personnes souffrant de troubles mentaux, et que, beaucoup plus fréquemment, ces dernières en sont avant tout les victimes. En effet, plusieurs études récentes convergent pour souligner la sur-victimisation des personnes souffrant de troubles mentaux graves (ils sont 7 à 17 fois plus fréquemment victimes que la population générale) (25).

Concernant la violence exercée sur autrui, tous types de violence confondus, 3 à 5 % seraient dues à des personnes souffrant de troubles mentaux. S'il ressort indéniablement des études épidémiologiques une augmentation réelle du risque de violence exercée par les personnes souffrant de troubles mentaux graves par rapport à la population générale non malade, celles qui ont commis des actes violents sont en nombre absolu très peu nombreuses. Les violences causées par des patients évoluent parallèlement à la violence observée dans la société, et elles s'observent en premier lieu au détriment de l'entourage proche, famille ou soignants (25).

### *a) Passages à l'acte auto-agressifs*

Dans les violences exercées sur soi-même, on va retrouver les automutilations (brûlures, morsures, scarifications, coups répétitifs) et les suicides. Selon la HAS, 12 à 15 % des personnes souffrant de troubles schizophréniques ou bipolaires se suicident (25).

*UN EXEMPLE D'AUTO-AGRESSIVITE*

*Nous sommes en prise en charge individuelle avec Mr. S. C'est une journée ensoleillée, il est vêtu d'un t-shirt à manches courtes.*

*Mon regard est alors attiré par ses avant-bras, plus particulièrement à gauche. On distingue un nombre important de cicatrices, dues certainement à des scarifications et des brûlures de cigarette.*

*En regardant son dossier, ces nombreuses mutilations y sont indiquées. Il est précisé qu'auparavant, Mr. S se mutilait dans un but de soulager un mal-être.*

### *b) Passages à l'acte hétéro-agressifs*

Souvent liés aux comportements auto-agressifs, les comportements hétéro-agressifs touchent d'abord la famille et les proches, d'autres patients, les professionnels de santé, exceptionnellement des personnes sans aucun lien avec le patient.

Les personnes souffrant d'une maladie mentale grave (troubles schizophréniques, troubles bipolaires, dépression caractérisée) ont plus de risque d'avoir des antécédents de violence que les personnes indemnes, en grande partie parce qu'elles réunissent d'autres facteurs de risque de violence. Le risque le plus élevé concerne les personnes avec une maladie mentale grave, un abus ou une dépendance à une substance psychoactive, des antécédents de violence et un cumul des comorbidités. Par ailleurs, des mauvais traitements physiques ou psychologiques dans l'enfance, avec des familles violentes, abusives et incestueuses, sont souvent retrouvés chez les personnes souffrant de troubles mentaux ayant eu un comportement violent (25).

Dans les passages à l'acte chez les personnes psychotiques plus particulièrement, on va retrouver des parricides étant le meurtre du père ou de la mère.

D'autres passages à l'acte peuvent être nommés tels que les infanticides ; les assassinats ou tentatives d'assassinat ; agressions verbales ou physiques qui peuvent être à l'aide d'un objet trouvé sur place par exemple ; agressions sexuelles allant jusqu'au viol.

Ainsi, le passage à l'acte répond à un moment de bascule face à une menace centrée sur la vie ou sur l'intégrité du sujet quand le délire, la pensée ou la parole sont défaillants.

### *c) Recommandations de la Haute Autorité de Santé*

L'évaluation du risque de passage à l'acte violent est une préoccupation quotidienne du clinicien, dans l'élaboration ordinaire du projet de soins, dans la construction d'une relation thérapeutique durable, dans la compréhension de l'histoire infantile et de la singularité familiale. On ne peut faire l'économie de cette évaluation dans le suivi régulier du projet de soins (25).

*EVALUATION DU RISQUE*

*Au sein de l'UMD, les risques de passages à l'acte violents sont anticipés autant que possible, afin de protéger le patient lui-même, les autres patients et les membres de l'équipe soignante. Pour cela, chaque soignant est particulièrement attentif aux attitudes et comportements des patients, à chaque instant.*

*Lors d'une matinée au groupe de danse, Mr. Z, patient schizophrène, est sujet à beaucoup de ruminations. Il est arrivé le visage fermé, nous adresse à peine la parole. Il ne souhaite pas participer à l'atelier et reste assis au fond de la salle, ce qui peut être interprété comme un refus de soin. Lorsque nous le questionnons, il nous explique qu'est en train de se dérouler une Commission de Suivi Médical, dont son dossier fait partie. Après la pause, Mr. Z se montre opposant dans ses paroles, et hausse le ton.*

*Dans cette situation, afin de ne pas prendre de risque, nous décidons de renvoyer Mr. Z sur son unité, en appelant du renfort pour palier à toute éventualité.*

Par ailleurs, il convient d'analyser les circonstances des passages à l'acte violent et d'en garder la trace dans le dossier pour en identifier et prévenir les circonstances favorisantes.

Bien que des facteurs de risque de violence aient été identifiés, aucun n'est absolu. La présence de facteurs de risque ne doit pas faire perdre de vue que la violence s'inscrit dans l'histoire évolutive des troubles cliniques de la personne entre des périodes critiques et des périodes de stabilisation.

## 3. La violence institutionnelle en UMD

Le début de l'hospitalisation représente un risque de violence plus élevé en raison de l'instabilité clinique des patients nouvellement admis. Les situations de trop grande proximité représentent également un risque de sur-stimulation de patients vulnérables (54). Nous pouvons à nouveau faire le lien avec l'importance de l'architecture qui protège et contient les patients.

*UN DISPOSITIF DE SECURITE*

*Au sein de l'UMD, chacun des soignants est équipé d'un boîtier qui est porté en permanence. Celui-ci permet de les localiser n'importe où et n'importe quand au sein de la structure. Il se nomme DATI, ce qui signifie Dispositif d'Alerte pour Travailleur Isolé.*

*Si un soignant est en danger ou assiste à une scène présentant des risques pour autrui, il peut activer le boîtier afin de déclencher une alerte générale qui sera visible par les autres soignants de toutes les unités. Ces derniers viendront alors porter main forte pour dégager les personnes concernées de la situation périlleuse qui est en train de se dérouler.*

*Cela peut apporter un certain sentiment de sécurité chez les soignants. C'est également un dispositif qui peut se révéler dissuasif pour certains patients, qui le craignent.*

*Au début de mon stage, je me suis demandée pourquoi les stagiaires à l'Ergothérapie n'en avaient pas à leur disposition. N'étions-nous pas, nous aussi, exposés au même risque d'un éventuel passage à l'acte ? Au bout de quelques mois, j'ai finalement eu un dispositif de sécurité. Cela n'a pas eu l'effet escompté. Au contraire, je me suis sentie mal à l'aise, encombrée, portant sur moi un dispositif engageant davantage ma responsabilité en cas d'incident. C'est une question importante qu'il est nécessaire de se poser et qu'il ne faut pas prendre à la légère lorsque l'on travaille dans des lieux à haut potentiel de dangerosité.*

Stéphane SCHMITT, infirmier à l'UMD, écrit « *notre mission première à l'UMD est de protéger la société en diminuant au minimum le comportement agressif à l'origine de l'hospitalisation, afin de permettre une future continuité dans la prise en charge de secteur, avec comme objectif une future resocialisation possible* » (55).

Il rajoute « *la féminisation progressive des équipes a amélioré, en l'arrondissant, cette prise en charge difficile* » (55). Cette féminisation a débuté en 1986 et a apporté souplesse, quiétude et douceur étant indispensables. Le fait qu'il y ait des femmes est également intéressant pour travailler notamment avec les patients ayant des problématiques sexuelles. En effet, cela permettra d'aborder ces problématiques de manière concrète et de pouvoir évaluer l'avancée du travail accompli avant que les patients ne soient confrontés à nouveau à des femmes lorsqu'ils sortiront. C'est un lieu de soins approprié afin de les mettre à l'épreuve et de comprendre ce qui les pousse à agir. Les équipes soignantes apporteront alors des réponses adaptées qui permettront, dans le meilleur des cas, de faire progresser les patients sur leurs problématiques sexuelles. Car que nous le voulions ou non, les rapports humains que les soignants entretiennent avec les patients sont malgré tout sexualisés.

Le travail avec les patients sur leurs diverses problématiques est possible grâce à une prise en charge pluridisciplinaire, œuvrant sur les lieux de vie des patients dans les unités mais également au sein d'une unité de soins un peu à part, appelée l'unité d'Ergothérapie.

## C. Une prise en charge globale des patients à l'UMD

### 1. Equipe soignante

L'équipe soignante pluridisciplinaire est constituée de : médecins psychiatres et d'internes en médecine, d'un praticien généraliste à mi-temps (53). Est présent également un grand nombre d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) puisque la réglementation interne à cette UMD exige la présence d'un infirmier pour six patients le jour et d'un infirmier pour dix patients la nuit. Il y a également des aides-soignants et des Agents de Services Hospitaliers (ASH). Il faut savoir que la proportion d'hommes soignants au sein de l'UMD est nettement supérieure à celle des femmes soignantes, notamment chez les IDE et les aides-soignants. Cela est dû en partie à des raisons de sécurité. En effet, lors d'une mise en chambre d'isolement par exemple, l'intervention nécessite parfois de contenir physiquement le patient, ce qui demande beaucoup de force physique. Par ailleurs, historiquement, ce sont les hommes qui travaillent dans ce type de structure.

A l'UMD, sont aussi présentes deux psychologues ainsi que deux assistantes sociales.

L'unité d'Ergothérapie (33) est constituée de trois ergothérapeutes, d'un éducateur spécialisé, d'un animateur sportif, d'un art-thérapeute, d'un éducateur technique spécialisé mais aussi d'une psychomotricienne et d'un infirmier. Contrairement à l'équipe médicale, le pourcentage de femmes soignantes est plus important que celui de l'équipe médicale dans les unités.

Il existe du personnel administratif tels que les secrétaires médicales, un cadre supérieur de santé et cinq cadres de santé, un par unité.

D'autres professionnels de santé extérieurs interviennent régulièrement en cas de besoin au sein de l'UMD, tels qu'un ophtalmologue, un dentiste ou un kinésithérapeute.

### 2. Travail pluridisciplinaire

#### *a) Une prise en charge cohérente*

Ce travail pluridisciplinaire est essentiel au sein de l'institution. Chaque professionnel a un rôle à jouer, tout en respectant une certaine cohérence qui s'inscrit dans des objectifs de soins établis.

Parmi ces objectifs, on retrouve une recherche éventuelle de diagnostic et une adaptation du traitement médicamenteux qui est souvent à réajuster, du fait d'une clinique évolutive au fil du séjour du patient. Ce dernier est informé en permanence sur sa maladie et son traitement, la transparence étant importante pour l'alliance thérapeutique. Néanmoins, certains patients n'ont pas conscience de leur maladie, et pensent qu'ils ne sont pas malades. Concernant la prise de toxiques, la diminution du

craving, étant un besoin irrépressible, est recherchée. Seules les cigarettes sont autorisées de manière très contrôlée (19).

Par ailleurs, une amélioration clinique est souhaitée, cela sera possible grâce à ce travail en pluridisciplinarité notamment avec des activités diversifiées soit au pavillon d'Ergothérapie soit dans un espace dédié au sein de l'unité. Je détaillerai plus loin le travail proposé à l'unité d'Ergothérapie.

La prise en compte des problématiques somatiques est importante, ainsi qu'un accompagnement social (19).

De plus, le patient se doit de respecter les règles de vie, les règles pour soi et pour les autres. Ces règles sont essentielles pour poser des repères mais aussi des limites qui peuvent être contenantes et renforcer le cadre (19).

Un autre objectif étant celui de la prévention et de la prise en charge des situations de violence (19).

Afin d'étayer cette prise en charge, le patient peut entretenir des correspondances avec son entourage sous forme de courrier ou bien par téléphone. Des visites peuvent également être organisées. Ce sont des moments réfléchis et préparés par l'équipe soignante et autorisés par le médecin psychiatre.

Il est important de noter qu'une prise en charge ne peut être cohérente qu'avec une participation active du patient. Cela peut se faire au travers des entretiens, mais également lors de discussions spontanées que l'on peut avoir avec ces patients sur des moments de vie ou sur la vie quotidienne au sein de l'unité ; le but étant d'autonomiser le patient à l'aide d'actions d'éducation (19).

Concernant le travail pluridisciplinaire, le respect du rôle de chaque intervenant est fondamental, un travail en équipe est requis ainsi qu'une analyse des pratiques régulière (19).

#### *b) Unité d'Ergothérapie*

Même si elle regroupe d'autres professionnels que des ergothérapeutes, cette unité a gardé sa dénomination historique. En effet, au départ, ce sont ces derniers qui ont pris la relève des infirmiers dans le cadre des activités thérapeutiques (57).

L'unité d'Ergothérapie est un lieu de soins, elle est systématiquement présentée au patient, dans le cadre d'une visite organisée, après une observation clinique.

Les patients viennent sur prescription médicale, lorsque les équipes soignantes considèrent qu'ils sont disposés à y venir. C'est le cas lorsqu'ils ont un état clinique stable.

Diverses activités sont proposées, en individuel ou en groupe. Elles sont classées selon quatre catégories :

- Les activités **manuelles** : bois, cuir, rotin, poterie, mosaïque, jardin

- Les activités **expressives** et **créatives** : mime, art-thérapie, chanson, musicothérapie, etc.
- Les activités **éducatives, cognitives, et de réhabilitation psychosociale** : stimulation cognitive, Mickaël's Game, atelier gestion de la colère, groupe Emotions
- Les activités **corporelles** : sport, tennis de table, psychomotricité et APMCV (Atelier de prévention des maladies cardio-vasculaires)

Il faut savoir que certaines activités (bois, cuir, poterie, mosaïque, jardin) nécessitent l'utilisation de l'outillage. Cela requiert une validation de la part du médecin psychiatre qui doit le préciser sur la prescription. De manière générale, les patients n'y ont pas accès dans les premiers temps de leur venue au sein de l'unité d'Ergothérapie, l'idée étant d'apprécier le comportement du patient lors des activités auxquelles il participe et de mieux apprendre à le cerner.

De manière plus ponctuelle, l'Ergothérapie propose des animations évènementielles afin d'être inscrit dans des repères temporels, avec par exemple un atelier crêpes lors de la chandeleur, le goûter de Noël, la fête de la musique mais aussi des évènements annuels tels que l'organisation d'Olympiades.

## 3. Différentes formes de traitements

### *a) Traitements médicamenteux*

La prise en charge pharmacologique repose souvent, du fait des pathologies, sur un antipsychotique ou un neuroleptique mais également sur des thymorégulateurs (19). Le cadre contenant et sécurisant ainsi que les compétences et la disponibilité d'une équipe soignante en nombre permettent souvent la baisse des traitements. D'autre part, la structure permet une meilleure surveillance de l'observance.

### *b) Electro-convulsivothérapie*

Il existe au sein de l'institution une unité réservée au traitement par électro-convulsivothérapie.

Quinze patients, à savoir 12% de la file active, ont recours à l'électro-convulsivothérapie (53). Ce sont des patients atteints de schizophrénie résistante ou de troubles de l'humeur sévères (1).

Le patient et/ou son entourage est informé et doit consentir à cette forme de traitement. Ce dernier se fait sous anesthésie générale et curarisation. Cela consiste à provoquer une crise convulsive électrique durant 4 à 20 séances à raison de 2 à 3 fois par semaine. Les contre-indications sont rares, la principale étant l'hypertension intracrânienne du fait du risque d'engagement cérébral, par élévation de la pression intracrânienne lors de la crise convulsive provoquée par l'ECT (1).

Il existe des effets secondaires tels que qu'une confusion, des troubles mnésiques, des céphalées.

D'après les recommandations (1), « *l'ECT peut être considérée comme un traitement de première intention lorsqu'existe un risque vital à court terme ou lorsque l'état de santé d'un patient est incompatible avec l'utilisation d'une autre forme de thérapeutique efficace, lorsque le bénéfice attendu par les traitements classiques est faible, voire, dans une indication appropriée, à la demande du patient.*

*L'ECT sera utilisée en deuxième intention après l'échec d'un traitement pharmacologique de référence, ou en raison de l'intolérance à un tel traitement, ou devant l'aggravation de l'état du patient* ».

### *c) Isolement et contention*

L'isolement et la contention nécessitent la décision d'un psychiatre et suivent les recommandations de la HAS (26). Les indications concernant l'isolement confèrent à l'Annexe 4 – Recommandations de la HAS concernant l'isolement et la contention.

L'isolement et la contention préviennent une rupture thérapeutique quand l'état de santé impose des soins. C'est donc une mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques, qui rentre dans une procédure de soins (26).

La HAS a également publié une série de contre-indications, présentées à l'Annexe 4 – Recommandations de la HAS concernant l'isolement et la contention.

En cas d'intervention, les soignants sont en nombre suffisant et ont en leur possession un dispositif d'alerte, ceci permettant des interventions dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Ils sont par ailleurs formés à ce type d'intervention et aux différentes méthodes de désescalade.

De même que l'isolement, la contention mécanique est soumise aux mêmes recommandations de la HAS et ne doit être appliquée qu'en dernier recours afin de protéger le patient et son entourage sur un temps strictement nécessaire et dans le cadre d'une mesure d'isolement (26).

Il existe une surveillance médicale et paramédicale rapprochée avec une visite toutes les heures pour les soignants, un contrôle régulier de l'état somatique du patient et une réévaluation rapprochée de la mesure d'isolement (12h) et de contention (6h). La levée de ces mesures doit s'effectuer dans les plus brefs délais, dès que l'état de santé du patient ne le nécessite plus et sur décision médicale. Au décours de la mesure, un entretien avec l'équipe et le patient concerné est organisé afin de comprendre le déroulement des évènements ayant nécessité ces mesures de contraintes et un registre anonyme est tenu afin d'archiver les causes et les durées de chaque mesure d'isolement ou de contention.

L'isolement et la contention peuvent éventuellement intervenir à la demande du patient. Il y a ainsi une diminution des stimulations environnantes, le patient est alors isolé de l'espace de vie et des tensions pouvant être très envahissantes au quotidien voire persécutrices. On peut parfois parler de chambres d'apaisement, ce qui est, à mon sens, moins péjoratif.

Après avoir étudié les diverses pathologies ainsi que leurs problématiques associées au sein de l'UMD, et leur prise en charge cohérente par une équipe pluridisciplinaire formée et soudée, nous allons à présent nous projeter du point de vue plus spécifique de la psychomotricité.

# III. La relation thérapeutique homme-femme dans la prise en charge des patients à l'UMD

## A. La distance relationnelle : une histoire de proxémie

Le terme de « proxémie » est un néologisme créé par **Edward T. HALL**, il désigne « *l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique* » (23).

L'espace est une notion fondamentale en psychomotricité et se révèle essentiel pour pouvoir être à la « juste distance » avec l'autre. C'est d'autant plus vrai dans le cadre d'une relation thérapeutique, notamment avec des patients pouvant présenter des défauts d'enveloppes et de limites corporelles.

### 1. Différents espaces

Il existe trois espaces différents qui vont définir et délimiter notre environnement.

#### *a) Espace fixe*

Tout d'abord, nous avons l'espace fixe, qui représente un des cadres fondamentaux de l'activité des individus et des groupes. Il comprend les aspects matériels en même temps que les structures cachées et intériorisées qui régissent les déplacements de l'homme sur la planète, comme par exemple les bâtiments construits.

D'après **HALL**, il constitue même *« le moule qui façonne une grande partie du comportement humain* » (23).

Si l'on regarde plus précisément le vocabulaire dans le domaine de la construction, nous y retrouvons le mot « façade », qui définit qui désigne la face antérieure d'un bâtiment où s'ouvre l'entrée principale. Ce mot, « *marque bien la reconnaissance des strates protectrices du moi et le rôle joué par les éléments architecturaux qui fournissent les écrans derrière lesquels on se retire périodiquement* » (23). Il est vrai que maintenir une façade peut exiger une grande dépense nerveuse. Ainsi, l'architecture est en mesure de décharger les humains de ce fardeau. Elle peut également leur fournir le refuge où « se laisser aller » et être simplement soi-même. Cela démontre une nouvelle fois l'importance de penser cette architecture.

### *b) Espace semi-fixe*

« *Ce qui est souhaitable, c'est la flexibilité de l'espace et une congruence du plan et de la fonction assurant une variété d'espaces qui se prêtent ou non aux contacts selon l'occasion ou l'humeur des individus* » (23). Donc la manière dont nous rangeons nos propres objets, et les lieux où nous les entreposons, dépend de modèles micro culturels à l'aide de micro-variations que chaque individu introduit dans la culture. Cela a pour conséquence de rendre unique cet espace. Ainsi, la structuration des éléments à caractères semi-fixes peut avoir un retentissement considérable sur le comportement et ses effets sont mesurables.

### *c) Espace informel*

C'est sans doute la catégorie la plus importante pour l'individu puisqu'elle comprend les distances que nous observons dans nos contacts avec autrui. Selon l'auteur, elles « *échappent la plupart du temps au champ de la conscience* » (23). Cela joue un rôle fondamental dans la définition des cultures. Je vais tenter de définir ces distances ci-après.

## 2. Différentes distances chez l'Homme

Les oiseaux et les mammifères, non seulement possèdent des territoires qu'ils occupent et défendent contre les individus de leur propre espèce, mais observent également entre eux une série de distances constantes. Dans son ouvrage, HALL cite l'auteur HEDIGER (23), qui a classé ces distances en distance de fuite, distance critique et distances personnelle et sociale. L'homme lui observe aussi des distances uniformes dans les rapports qu'il entretient avec ses semblables. A de rares exceptions près, la distance de fuite et la distance critique ont été éliminées des réactions humaines. Mais il est évident que les distances personnelle et sociale existent toujours.

Il est important de prendre en compte que l'intensité de la voix est une source ordinaire d'information sur la distance qui sépare deux individus.

HALL a quant à lui défini quatre distances valables chez l'être humain qui sont les distances intime, personnelle, sociale et publique, chacune comportant deux modes, proche et lointain (23). L'Homme ressent la distance de la même manière que les autres animaux. Sa perception de l'espace est dynamique parce qu'elle est liée à l'action – à ce qui peut être accompli dans un espace donné – plutôt qu'à ce qui peut être vu dans une contemplation passive. Chacun de nous possède aussi un certain nombre de personnalités situationnelles apprises, dont la forme la plus simple est liée à nos comportements au cours des différents types de relation intime, personnelle, sociale et publique.

D'après l'auteur, « *certains individus ne développent jamais la face publique de leur personnalité et ne peuvent, par conséquent, jamais remplir un espace public* » (23). Cela pourra se traduire ou s'interpréter comme de la timidité, un manque de confiance en soi ou encore un retrait social.

HALL précise que « *ce genre de concept n'est pas toujours facile à comprendre parce que la plupart des mécanismes liés à la saisie des distances se produisent inconsciemment. Nous sentons les autres proches ou distants, sans pouvoir toujours dire sur quelle base nous fondons ce savoir* » (23). On retrouve là toute la subtilité de la « bonne » distance relationnelle.

On notera que les distances mesurées peuvent varier légèrement avec la personnalité des sujets et les caractères de l'environnement. Par exemple, un bruit intense ou un faible éclairage auront généralement pour effet de rapprocher les individus les uns des autres.

*UNE ADAPTATION PERMANENTE*

*Avec Mr. S, trouver la juste distance sera importante lors des temps de relaxation. En effet, si je me situe trop près de lui, ma présence sera angoissante. Il ne pourra alors pas se concentrer sur les consignes et sera focalisé sur le moindre de mes mouvements, ma respiration ou encore la manière dont je suis installée.*

*En revanche, si je suis trop loin, Mr. S perd le contact visuel, ce qui est tout aussi anxiogène. Il est alors incapable de discerner les détails de mon visage et si mes yeux sont ouverts ou fermés.*

*Je ne m'installe donc ni trop près, ni trop loin, consciente de ces données et soucieuse du respect de cette juste distance. Selon les jours, la distance supportable par Mr. S peut évoluer, en fonction de son humeur et de sa disponibilité. A nous, en tant que thérapeute, de s'ajuster.*

#### *a) Distance intime*

A cette distance, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif. La vision est souvent déformée. L'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration, l'odeur et le souffle de son haleine, constituent ensemble les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps.

- Mode proche

Cette distance est celle de l'acte sexuel ou de la lutte, celle à laquelle on réconforte et on protège. Le contact physique ou son éminence vraisemblable domine la conscience des partenaires. L'emploi des récepteurs de distance est extrêmement réduit, à l'exception de l'olfaction et de la perception de chaleur irradiée qui s'intensifient. Au cours de la phase de contact maximal, les muscles et la peau entrent en communication.

Lorsque la vision proche est possible, l'image est fortement agrandie et excite la presque totalité de la rétine. Les détails sont alors perçus avec une précision extraordinaire.

La voix joue un rôle mineur dans le processus de communication qui s'accomplit par d'autres moyens. Le murmure a pour effet d'augmenter la distance. Les manifestations vocales éventuelles sont pour la plupart involontaires.

- Mode lointain

On parle d'une distance de 15 à 40 centimètres. Ici, têtes, cuisses, bassins ne sont pas facilement mis en contact, mais les mains peuvent se joindre. La tête est perçue comme plus grande que nature et les traits sont déformés.

Une partie de la gêne physique éprouvée lorsque les étrangers se trouvent inopportunément dans leur sphère intime est ressentie comme une distorsion du système visuel.

La voix est utilisée, mais maintenue dans un registre plus étouffé qui peut même être celui du murmure. Comme l'écrit le linguiste Martin JOOS « *Ce mode intime de locution évite de donner au destinataire des informations qui ne proviennent pas du corps même du locuteur. Il s'agit simplement de (…) rappeler au receveur l'existence de quelque sentiment (…) situé à l'intérieur de l'émetteur* » (23).

La distance intime n'est ainsi jamais utilisée avec un patient.

*LA BONNE DISTANCE*

*Mr. M vient régulièrement me parler durant la pause. Lorsqu'il s'adresse à moi, il se tient très près, presque comme s'il voulait me confier un secret. Je peux alors sentir son odeur corporelle, et son souffle sur mon visage. Nos corps peuvent presque se toucher.*

*Le fait que Mr. M pénètre ainsi dans ma « bulle intime » provoque une sensation désagréable, provoquant une impression de vulnérabilité. A ma demande, il s'écarte, ce qui, immédiatement, me ramène à un sentiment de sécurité.*

### *b) Distance personnelle*

On doit ce terme à HEDIGER, cela désigne « la distance fixe qui sépare les membres des espèces sans-contact » (23). On peut l'imaginer sous la forme d'une petite sphère protectrice, ou bulle, qu'un organisme créerait autour de lui pour s'isoler des autres.

- Mode proche

On parle d'une distance de 45 à 75 centimètres.

A ce mode, le sens kinesthésique de la proximité est en partie fonction des possibilités que la distance offre aux intéressés de se saisir ou s'empoigner par leurs extrémités supérieures. De plus, on ne constate plus de déformation visuelle des traits de l'autre. Néanmoins, on enregistre une réaction sensible de la part des muscles qui contrôlent l'activité des yeux.

Le relief des objets est particulièrement prononcé : volume, matière et forme présentent une qualité sans égale à aucune autre distance. De même, les textures sont très apparentes et nettement différenciées. Les positions respectives des individus révèlent la nature de leurs relations ou de leurs sentiments.

- Mode lointain

On parle d'une distance de 75 à 125 centimètres.

L'expression anglaise « tenir quelqu'un à longueur de bras » peut offrir une définition du mode lointain. D'après HALL, « *cette distance sera comprise entre le point qui est juste au-delà de la distance de contact facile et le point où les doigts se touchent à condition que les deux individus étendent simultanément les bras. Il s'agit, en somme, de la limite de l'entreprise physique sur autrui. Au-delà il est difficile de « poser la main » sur quelqu'un* » (23). A cette distance, on peut discuter de sujets personnels. On distingue le mouvement des mains, mais on ne peut pas compter les doigts. La hauteur de la voix est modérée. La chaleur corporelle n'est pas perceptible. L'olfaction peut intervenir, et peut créer une sorte de « bulle » olfactive.

Pour moi, ce mode lointain de la distance personnelle est souvent utilisé avec un patient lors d'une séance. En effet, lorsque nous discutons avec lui par exemple ou lorsque nous faisons ensemble des activités diverses au bureau autour d'un médiateur tel que le jeu.

*LA POIGNEE DE MAIN*

*Au sein de l'institution, une règle sociale a été instaurée. Elle consiste à saluer chaque patient que nous croisons pour la première fois de la journée en échangeant une poignée de main.*

*Ce geste paraît anodin, banal dans notre société. Mais il a une signification particulière à l'UMD. En effet, c'est le seul contact physique toléré de la part d'un patient envers un soignant.*

*Cette poignée de main nous renseigne beaucoup sur le patient. Tout d'abord, cette poignée de main a pu m'informer lorsque j'apprenais à connaître les patients. Des variations de tonus par exemple montreront un changement d'état de la personne. Cela s'avère très utile pour appréhender un patient, surtout dans le cadre de pathologies lourdes impactant la personnalité.*

*Par ailleurs, il est important de noter que le regard associé à cette poignée de main est essentiel. Nous pouvons ainsi repérer des incohérences telles qu'une poignée de main ferme avec un regard fuyant ; ou au contraire une poignée de main peu engagée avec un regard sincère, droit dans les yeux.*

*Nous voyons une nouvelle fois l'importance de considérer la communication non verbale.*

### *c) Distance sociale*

La frontière entre le mode lointain de la distance personnelle et le mode proche de la distance sociale marque la limite du pouvoir sur autrui. Les détails visuels intimes du visage ne sont plus perçus, et personne ne touche ou n'est supposé toucher autrui, sauf à accomplir un effort particulier. La hauteur de la voix est normale. La différence entre les modes proche et lointain est minime et les conversations peuvent s'étendre jusqu'à six mètres (23).

- Mode proche

La distance va de 1,20 mètre à 2,10 mètres.

La dimension de la tête est perçue normalement. Cette distance est celle des négociations impersonnelles et le mode proche implique bien entendu plus de participation que le mode lointain (23). Les personnes qui travaillent ensemble pratiquent généralement la distance sociale proche.

Je dirais qu'en séance de psychomotricité, la distance sociale proche représente la deuxième distance utilisée. Je pense notamment à des séances de relaxation, des jeux de ballons, etc.

- Mode lointain

La distance va de 2,10 mètres à 3,60 mètres.

Lorsque les rapports professionnels ou sociaux se déroulent selon le mode lointain, ils prennent un caractère plus formel que dans la phase de proximité.

Ce mode ne permet plus de distinguer les détails les plus subtils du visage. La chaleur corporelle n'est plus détectée.

Il faut savoir que le comportement proxémique est conditionné par la culture et est complètement arbitraire. Il est contraignant pour tous les intéressés. Ne pas fixer son interlocuteur revenant à le nier et à interrompre la conversation, on s'aperçoit alors que les gens qui conversent à cette distance allongent le cou et se penchent d'un côté à l'autre pour éviter les obstacles (23).

Dans ce mode éloigné, la voix est sensiblement plus haute que dans le mode proche, et, en général, on l'entend facilement d'une pièce voisine si la porte est ouverte. Elever la voix ou crier peut aboutir à réduire la distance sociale en distance personnelle. Cela constitue un élément important afin de d'ajuster la hauteur de la voix à ce que l'on veut faire passer comme message.

Sur le plan proxémique, le mode lointain de la distance sociale peut servir à isoler ou séparer des individus. Lorsque le ton monte entre deux patients par exemple, nous utiliserons cette distance afin de rompre cette proxémie trop envahissante.

*DE LA DISTANCE !*

*Lors du temps de pause, nous disposons les plateaux contenant les boissons sur une même table, afin veiller à la bonne distribution des verres. Systématiquement, le même schéma se produit : les patients se ruent vers le plateau, créant un attroupement.*

*Un matin, deux patients, visiblement gênés par la promiscuité, haussent le ton. L'un deux menace avec son poing le second, entraînant une réaction immédiate de la part des soignants. Les patients sont séparés. Avant qu'ils ne soient raccompagnés sur leurs unités, une distance conséquente est imposée entre eux, par mesure de sécurité.*

### *d) Distance publique*

Plusieurs changements sensoriels importants se produisent lorsque l'on passe des distances personnelle et sociale à la distance publique, située hors du cercle où l'individu est directement concerné.

- Mode proche

Cela implique une distance allant de 3,60 mètres à 7,50 mètres.

A 3,60 mètres, un sujet valide peut adopter une conduite de fuite ou de défense s'il se sent menacé. HALL précise « *qu'il est même possible que cette distance déclenche une forme de réaction de fuite vestigiale, mais subliminaire* » (23). La voix est haute mais n'atteint pas son volume maximal. C'est souvent la distance employée par un patient lorsque nous nous tenons dans la même pièce et qu'il ne souhaite pas forcément communiquer avec nous.

- Mode éloigné

La distance étant de 7,50 mètres ou davantage.

La distance publique courante n'est pas réservée aux personnalités politiques, mais elle peut être utilisée en public par n'importe qui. Il ne leur faut donc pas alors seulement élever la voix, mais exagérer et accentuer l'ensemble de leur comportement. L'essentiel de la communication non verbale est alors assuré par des gestes et des postures. En outre, le rythme de l'élocution est ralenti, les mots sont mieux articulés et on observe également des changements stylistiques (23).

A cette distance, l'individu humain peut sembler très petit et de toute façon il est partie intégrante d'un cadre ou d'un fond spécifique.

Cette distance publique, que ce soit aux modes proche ou éloigné, est très rarement voire jamais employée dans un cadre thérapeutique, sauf dans un objectif bien précis. Ce sera plus particulièrement la distance à laquelle nous nous placerons pour observer un patient ou un groupe de patients par exemple.

### 3. Quelle distance choisir ?

L'homme et animal se servent de leur sens pour différencier les distances et les espaces. La distance choisie dépend des rapports interindividuels, des sentiments et activités des individus concernés (23).

La faculté d'identifier ces différentes zones affectives ainsi que les activités, les relations et les émotions qui leur sont respectivement associées, est devenue aujourd'hui d'une importance considérable.

Si l'on envisage l'homme comme entouré d'une série de « bulles » invisibles dont les dimensions sont mesurables, l'architecture apparaît alors sous un angle radicalement différent. On peut alors concevoir que les individus soient brimés par les espaces où ils sont contraints de vivre et de travailler. On comprend qu'ils puissent être contraints à des comportements ou à des manifestations émotives qui sont le signe évident d'un stress trop violent. A mesure que le stress devient trop sévère, la sensibilisation à l'entassement s'élève également – comme l'irritabilité – si bien que l'exigence d'espace ne cesse de croître en fonction inverse de sa disponibilité.

Les structures proxémiques jouent chez l'homme un rôle comparable à celui des conduites de séduction chez les animaux : en effet, elles aboutissent à la fois à consolider le groupe et à l'isoler des autres, en renforçant simultanément l'identité à l'intérieur du groupe, d'une part, et en rendant plus difficile la communication entre les groupes, d'autre part.

Ainsi, nous pouvons dire que tout ce que l'homme est et fait est lié à l'expérience de l'espace. Par ailleurs, HALL précise que « *notre sentiment de l'espace résulte de la synthèse de nombreuses données sensorielles, d'ordre visuel, kinesthésique, auditif olfactif et thermique. Non seulement chaque sens constitue un système complexe (…) mais chacun d'entre eux est également modelé et structuré par la culture* » (23). De plus, la structuration du monde perceptif est également fonction de la nature des relations humaines, de l'activité et de l'affectivité. C'est pourquoi les individus issus de moules culturels différents peuvent souvent se tromper lorsqu'ils interprètent la conduite des autres à travers les réactions sociales de ceux-ci, leur type d'activité ou leurs émotions apparentes. D'où l'échec des contacts et de la communication. Au-delà de la culture, cela peut intervenir lors de pathologies lourdes impactant à la fois la communication mais aussi tout ce qui concerne la communication non verbale.

Ainsi, l'échec de la communication prémonitoire provoque une participation émotionnelle qui franchit progressivement le seuil de la conscience pour l'occuper toute entière. HALL nous indique « *quand l'ego est profondément et consciemment impliqué dans une discussion, il devient très difficile de faire machine*

*arrière. Au contraire, la faculté de déchiffrer correctement les processus prémonitoires permet d'enrayer le développement d'un conflit avant même que celui-ci n'éclate* » (23). C'est une compétence qui se révèle essentielle dans notre profession, d'autant plus avec certains des patients présents au sein de l'UMD.

*LE POSITIONNEMENT DANS L'ESPACE*

*La scène se déroule lors d'une matinée à l'unité d'ergothérapie, sous sommes en plein atelier « danse » avec l'ergothérapeute, la psychomotricienne et moi-même. C'est un atelier qui se déroule tous les jeudis matins, avec le même groupe de huit patients, depuis plusieurs mois déjà.*

*Nous enchaînons les pas de danse, chaque patient est concentré et exécute la chorégraphie. Nous sommes disposés en trois lignes et regardons tous dans la même direction, vers le tapis qui se trouve en face ; toutes les trois étant placées à des places stratégiques dans la salle. L'ergothérapeute se trouve au niveau de la première ligne, la psychomotricienne au niveau de la seconde et je suis moi-même tout au fond. Ainsi, chacun a « sa place » avec son propre espace pour danser et faire des mouvements amples, sans gêner les autres.*

*Les patients et les thérapeutes sont donc mélangés, la distance qui aurait pu être imposée dans un autre contexte n'est pas prise en compte.*

*A un moment, je sens que les patients qui se trouvent près de moi prennent du recul, sont moins à l'aise, comme si, d'un coup, ils avaient réalisé que nous étions « proches ». En me retournant, je me rends compte qu'un médecin psychiatre est arrivé et observe l'atelier. Instantanément, cela a provoqué chez certains une mise à distance, un redressement postural et tonique.*

Ainsi, nous observons de la part des patients une intégration plus ou moins efficiente des différentes distances. Cela est possible par leur capacité à décoder les comportements non-verbaux de leur interlocuteur.

Par ailleurs, j'ai remarqué qu'au-delà des affinités, le statut pouvait avoir une grande importance sur la distance « choisie », consciemment ou non, par un patient. Inévitablement, la distance avec un médecin psychiatre sera plus importante qu'avec un IDE ou un aide-soignant. De plus, j'ai également constaté une différence de comportement lorsqu'un patient est face à un homme ou une femme.

*HOMME OU FEMME ?*

*Je suis maintenant stagiaire à l'UMD depuis plusieurs semaines. Je commence à connaître les patients présents aux ateliers du jeudi, et eux-mêmes commencent à m'intégrer. Des échanges de regards sont à présent possibles, j'ai même eu quelques conversations avec certains. D'autres restent malgré tout fuyants. C'est un moment délicat pour moi, où trouver ma juste place est une réelle préoccupation.*

*Pourtant, un autre étudiant, arrivé seulement il y a quelques jours, ne paraît pas aussi embêté que moi. Les patients vont aisément vers lui et sont même en recherche de contact. Comment est-ce possible ? Le fait qu'il soit un homme et moi une femme, a t-il impacté la distance relationnelle ?*

Après avoir abordé la distance relationnelle, il est important de considérer une autre notion fondamentale lorsque nous voulons poser les bases d'une prise en charge. Ainsi, il sera nécessaire de définir au préalable les limites de celle-ci, définies par ce que l'on appelle le cadre thérapeutique.

## B. Le cadre thérapeutique

### 1. Le cadre en psychomotricité

Le cadre est ce qui borne l'action de quelqu'un ou de quelque-chose, il délimite la séparation entre le dedans et le dehors, mais c'est aussi un lieu, un espace qui tient ensemble.

Le cadre thérapeutique contient à la fois le patient et le thérapeute, car il représente l'espace où se confrontent les scènes psychiques de ces deux partenaires. M. MARTIN (39) explique qu'il contient « *l'intériorité* », c'est-à-dire la pensée de chacun. Mais tout en constituant un espace commun, il constitue un tiers, rappelant que toute relation duelle est illusoire. Après un premier mouvement régressif de l'ordre de la fusion, il permet l'individuation du patient.

D. ANZIEU quant à lui compare le cadre à un contenant naturel. Les pensées et les excitations y sont limitées dans leurs effets désorganisateurs et peuvent donc être contenues. C'est donc un espace où la rencontre peut avoir lieu sans danger et où le patient peut réaliser des associations (39).

L'écoute d'un patient passe par un certain nombre de conditions, qui sont les bases non seulement d'une pratique psychomotrice mais aussi de bien d'autres pratiques thérapeutiques. Catherine POTEL (51) précise « *donner un cadre, proposer des limites souples, solides, contenantes, proposer une attitude basée sur le respect et la recherche d'une compréhension de l'autre, une attitude empathique* ». C'est d'autant plus vrai dans un contexte aussi particulier que l'UMD. En effet, il est nécessaire de poser des limites solides afin de palier à d'éventuels débordements mais tout aussi souples afin de s'adapter aux pathologies complexes et délicates.

De par notre pratique, nous sommes particulièrement impliqués dans ce registre du cadre, de la contenance, des limites, justement parce que nous nous soucions du corps et que c'est dans et par le corps que l'ancrage au monde se construit. Mais aussi parce que l'intensification de ces manifestations symptomatiques, qui passent essentiellement par le corps et par les actes, demande au thérapeute un savoir-faire et un « savoir être » corporel (51).

Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre.

*LE RESPECT DU CADRE*

*Au sein de l'UMD, le vouvoiement entre les patients et les soignants est imposé. C'est une forme de respect mais cela a également pour but de renforcer le cadre.*

*De manière fréquente, certains patients se permettent de dépasser ce cadre. Cela se traduit par exemple par des tutoiements. Par ailleurs, le fait que je sois une stagiaire m'a demandé à plusieurs reprises de clarifier les choses concernant mon statut et ma place au sein de l'équipe.*

*Régulièrement, Mr. M me fait une demande en mariage, et m'invite à danser un slow. Selon lui, je « complèterai son palmarès, d'autant plus qu'il n'a pas de femme blanche ». Il se permet également des remarques concernant ma manière de m'habiller, et touche mes écharpes. C'est donc à plusieurs reprises qu'il m'a fallu lui rappeler ma place de soignante. Certes ses remarques n'avaient rien d'alarmantes, mais elles avaient un caractère inapproprié.*

*La question que je me pose alors est la suivante : pourquoi se permettait-il ce genre de comportements ? Etait-ce en lien avec ma place de stagiaire, celle de femme ou bien les deux ? Mr. M, de par sa problématique, a effectivement un rapport particulier aux femmes. De plus, c'est régulièrement qu'il se permet ce genre de remarques à d'autres soignantes.*

Afin de pouvoir parler d'un cadre dit « thérapeutique », il est nécessaire, selon C. POTEL, d'associer deux caractéristiques particulières pour qu'un travail psychomoteur puisse se faire (51).

### *a) Le cadre physique*

Le cadre physique est dépendant de conditions très concrètes. Nous avons tout d'abord des conditions d'espace. En effet, pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où le sujet va pouvoir se vivre dans son corps.

Puis nous avons les conditions de matériel où le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets (jeux, tissus, coussins, matières, couleur) qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire.

Il y a aussi des conditions de temps. Il est important d'avoir défini au préalable une durée de séance et de s'y tenir. Selon C. POTEL, « *une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante* » (51). Cette durée et cette régularité de séance permettront de servir de repères.

On trouve ensuite des conditions d'encadrement. Ainsi, le psychomotricien peut travailler seul, en équipe, ou en co-animation. La mise en place d'un travail pluridisciplinaire est toujours d'une grande richesse, tant pour les patients que pour les thérapeutes. Ce sont donc à la fois des moyens humains et la mise en place de règles structurantes et sécurisantes.

Enfin, il existe des conditions de fonctionnement institutionnel. En effet, un cadre thérapeutique s'intègre la plupart du temps dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur

le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée.

*LA TENUE VESTIMENTAIRE*

*La question de la tenue vestimentaire m'a rapidement intéressée. En effet, elle participe à l'image que l'on renvoie, elle donne des informations sur nos préférences en termes de couleurs, de formes et renseigne donc sur notre personnalité. Par ailleurs, la tenue vestimentaire peut mettre en valeur le corps, ou bien le dissimuler.*

*Quelle est donc la tenue adéquate lorsque l'on travaille avec des hommes ? Au-delà de la pathologie, cela reste des hommes qui ont des désirs et des besoins, qui sont hospitalisés sous contrainte et coupés de l'extérieur, et pour lesquels l'institution ne peut apporter de réponse qu'en-t-à ce sujet. En effet, cela représente un tabou dans la majeure partie des institutions.*

*Il me semble alors que nous nous devons de réfléchir au préalable à la tenue que nous allons porter, et que cela fait partie du cadre. Le fait d'avoir une tenue adéquate est d'a illeurs une condition signifiée clairement avant le début du stage.* ***Catherine POTEL*** *(49) précise « de tout temps, le vêtement a fait l'objet des plus grands soins (…) il dit les évènements de la vie (…) il traduit la personnalité et est aussi un code social, a longtemps marqué de son sceau les appartenances, la place hiérarchique de chacun dans la société ».*

### *b) Le cadre psychique*

Ce cadre théorique repose sur des postulats théoriques qui sont nécessaires pour garantir une mise en pensée de notre travail auprès des patients, quels qu'ils soient. Ces postulats théoriques s'acquièrent dans notre formation initiale, mais aussi par les formations complémentaires qui jalonnent nos parcours professionnels. Au sein de l'UMD, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance des pathologies par exemple, qui sont nombreuses et impliquent une clinique très variable.

Selon C. POTEL, « *le psychomotricien, dans sa pratique comme dans sa réflexion, part du corps du sujet, de sa motricité, de sa tonicité, de son implication corporelle et de l'inscription du corps dans l'espace. Dans ce dispositif théorique, il intègre son propre corps, son propre investissement spatial, ses propres mouvements, sa propre tonicité, ses propres ressentis et éprouvés corporels* » (50).

Son premier outil est la connaissance qu'il a de lui-même : une connaissance sensorielle « psychomotrice », une connaissance avertie et pensée, pour servir ses projets thérapeutiques.

Le cadre psychique se traduit donc par l'engagement du psychomotricien, engagement aussi bien corporel que psychique.

Le but du travail de psychomotricien est de permettre une « mise en pensée du corps » (50).

Le cadre thérapeutique permet donc de contenir une action thérapeutique dans un temps, un lieu, une pensée. Ses éléments doivent être fermes et stables mais aussi souples pour absorber les contraintes et éviter les cassures. Ainsi, le cadre dépend de chaque patient, de sa pathologie, de sa personnalité et

du projet thérapeutique que l'on construit avec lui. Il est aussi dépendant du lieu d'exercice et du psychomotricien lui-même, de sa sensibilité.

Au sein d'une institution comme l'UMD, le cadre institutionnel est fondamental et va poser les fondements pour une future prise en charge plus spécifique, qu'elle soit psychomotrice ou non. Ainsi, le psychomotricien sera à même de poser son propre cadre thérapeutique.

Cette prise en charge proposée par l'équipe pluridisciplinaire et faisant appel à beaucoup de « cadre » se veut cohérente et amène beaucoup de contenance.

## 2. La fonction contenante du cadre thérapeutique

### *a) La contenance corporelle*

Selon C. POTEL (51), « *c'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques* ». Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique.

Certains patients sont en grande difficulté de construction ce qui fait que leurs capacités de mise en lien et de régulation des affects sont souvent très fragiles. C'est à nous, en tant que thérapeute, de venir les rencontrer là où ils en sont, l'importance étant de non pas « gérer » la situation mais de la comprendre, ou d'en avoir d'autres représentations, afin de pouvoir la faire évoluer autrement. Par exemple, on peut commencer par s'appuyer sur ce que l'on ressent pour comprendre au-delà des mots et au-delà de la situation qui est finalement très concrète.

La résonnance émotionnelle en « écho » du thérapeute peut ainsi venir éclairer les éprouvés parfois intenses vécus par les patients. Le thérapeute fait ainsi tout un travail, au-delà des conditions évoquées, qui font que ce cadre est thérapeutique. Ainsi, cela permettra de proposer une présence pouvant être suffisamment apaisante, sécurisante, ferme et solide, afin d'aider chacun des patients à une intériorisation psychique de ses affects, de ses sensations, de ses éprouvés, de ses émotions.

Quand on évoque le terme de contenance, il s'agit justement selon C. POTEL (51) de « *mettre en réflexion ce travail du thérapeute – avec ses moyens personnels, ses techniques spécifiques, sa personnalité, ses choix théoriques – qui va tenter de prêter en quelque sorte son psychisme pour donner au patient l'occasion d'intégrer ses pulsions et non plus d'en être désintégré, morcelé, éclaté, démantelé* ».

Pour cela, le thérapeute doit trouver, certes, des comportements, des attitudes qui vont permettre que le cadre soit respecté « qu'il tienne », que la sécurité ne soit pas mise en péril, etc. C. POTEL nous indique « *mais il doit pouvoir s'appuyer également sur ses propres ressources psychiques internes, afin que la*

*qualité sur sa présence soit sensible au sujet et puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses. En d'autres termes : contenir* ! » (51).

*UNE FORME DE CONTENANCE*

*A chaque séance individuelle, Mr. S choisit systématiquement le même jeu. A première vue, cela peut paraître pertinent de lui proposer des repères et d'instaurer des rituels. Néanmoins, nous nous sommes rendus compte que, bien au contraire, cela ne faisait que majorer ses angoisses.*

*Ainsi, une nouvelle règle a été instaurée : nous changerons le jeu de début de séance toutes les deux ou trois semaines, et imposerons ce choix de jeu.*

*Mr. S a adhéré à ce nouveau cadre, qui finalement, lui retirait la contrainte de décider quoi faire en séance. Cela a permis d'apporter une richesse supplémentaire dans la prise en charge et, surtout, de nettement diminuer ses angoisses.*

C'est une tâche difficile que de contenir, c'est pourquoi il faut savoir se référer à ce tiers institutionnel quand cela est possible, qui tient un rôle fondamental pour cette sécurité interne. Nous avons vu auparavant à quel point le travail en pluridisciplinarité est essentiel au sein de l'UMD.

La théorie est là pour nous aider à comprendre et à mettre des mots et des pensées sur ces vécus, souvent éprouvants, du thérapeute.

### *b) La contenance psychique : le concept de W. BION*

A. CICCONE (11) cite les travaux de BION qui vont donner à la conception usuelle des termes « contenance, contenir, conteneur » un véritable statut de concept théorique en l'intégrant dans un système qui s'intéresse avant tout au fonctionnement psychique le plus primitif.

Il dégage un modèle de la relation mère-enfant « *contenant-contenu* ». Ainsi, le nourrisson projette une partie de son psychisme, notamment ses émotions incontrôlables, le « contenu » dans le bon sein « contenant », pour les recevoir en retour détoxiquées et être du coup capable de les supporter.

La mère ne dispense pas seulement le bon lait, elle sert aussi de contenant pour tous les sentiments de déplaisir. De sa maturité psychique va dépendre sa capacité à accueillir les éprouvés de son bébé et à les transformer (11).

Dans les théorisations de BION, une autre chose va nous intéresser particulièrement : pour cet auteur, la tolérance à la frustration est un élément de grande importance dans le processus de formation des pensées. La capacité de former les pensées dépendra de la capacité de l'enfant à tolérer la frustration. Et donc d'avoir rencontré, suffisamment et régulièrement, le bon sein. Dans ce cas, le « non-sein » devient une pensée et l'enfant développe son « appareil à penser les pensées » (11).

Dans le cas d'une intolérance à la frustration, l'enfant ne cherche pas à transformer sa frustration en pensée mais au contraire à la fuir ou à la projeter. Ce qui devrait être une pensée reste un mauvais objet qui se doit d'être expulsé.

Selon C. POTEL (51), « *tous les thérapeutes font appel à cette capacité personnelle et professionnelle de contenir en soi ce qui est à l'autre, d'abriter et d'accueillir ce qui est délié, défait, désaffecté, déshabité, en menace de débordement ou d'engloutissement. Chacun, dans son cadre thérapeutique, avec ses propres moyens* ».

### *c) La contenance du côté de la psychomotricité*

En travaillant non seulement son corps mais ses qualités d'expression corporelle, le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle, qui tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme – toutes ces choses qu'il a commencé à travailler dans le cadre de ses études et qui vont lui servir de repères – pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives des patients. Il permettra par la suite une transformation de ces symbolisations primaires en symbolisation plus secondarisées via les voies du langage.

Pour cela, on peut faire référence à la « contenance maternelle », qui est une caractéristique de la contenance thérapeutique psychomotrice. Ainsi, selon C. POTEL (51) « *chaque thérapeute va devoir pour assumer ses propositions initiales, développer une certaine façon de recevoir et de faire, qui évoque les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire* ». Comme une mère qui accueille en elle les éprouvés, les besoins de son nourrisson, les décode, les transforme en éprouvés de plaisir et de bonne sensation, le psychomotricien va accueillir ces expressions corporelles très primitives et régressives.

Le psychomotricien va également jouer le rôle de pare-excitation, tout en assurant les conditions de l'intégration psychique des excitations.

Mais comme il serait dommageable pour l'enfant de penser qu'il lui suffirait d'avoir une bonne mère pour évoluer convenablement, il serait insuffisant de penser que l'espace de thérapie psychomotrice est, de façon univoque, une matrice maternelle appelant à une régression sans limites.

Pour aider les patients à se séparer et à se différencier, il faut du tiers. Pour cela, l'appel aux règles ainsi qu'aux repères de temps et d'espace balise un cadre « matériel » et dessine des conditions qui rendent possible l'expression corporelle, en toute sécurité.

Mais le cadre selon C. POTEL (51), « *c'est aussi et avant tout la disponibilité psychique du thérapeute qui va faire appel, à l'intérieur de lui, à sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur* ».

Pour **Y. MILLEUR** (41), afin d'assurer une fonction contenante, le thérapeute doit développer plusieurs capacités :

- **Capacité d'accueil** : Le patient évacue ses angoisses sous forme d'agir, en les faisant vivre à l'autre. Le psychomotricien doit être prêt à se laisser habiter par des éprouvés puissants.

- **Capacité de réserve ou de refusement** : Le thérapeute doit retenir ses tentations de décharger ses vécus par l'action et les élaborer pour le compte du patient ; il doit supporter de ne pas tout comprendre.

- **Capacité à supporter ou survivre à la violence** : Pour **GILBELLO**, dans un premier temps, l'angoisse engendre chez le sujet, une volonté de destruction de l'objet. Dans un second temps, la pulsion sexuelle le poussera à tenter de comprendre et investir l'objet. Le thérapeute qui survit aux attaques du patient, fonde un nouvel état interne chez le patient, un état limité par la réalité.

- **Capacité de se connaitre soi-même et de percevoir ses propres limites** : Cette connaissance lui permettra de déceler ce que le patient induit comme changement en lui. Il doit également pouvoir s'en remettre à ses collègues dans les moments difficiles.

*CONNAITRE SES PROPRES LIMITES*

*Nous sommes en séance avec Mr. S. Nous le voyons dans le cadre d'une prise en charge individuelle. Ce jour-là, Mr. S arrive avec le visage fermé. Il se montre moins volubile qu'à son habitude.*

*Après un temps au bureau qu'il affectionne plus particulièrement, nous nous déplaçons sur les tapis afin de faire un « réveil corporel ». Alors que nous rangeons le jeu, il attrape des balles de jonglage. Nous adhérons à sa proposition et faisons quelques échanges.*

*Rapidement, cela part dans tous les sens. Mr. S envoie les balles avec de plus en plus de force, ses tirs sont impulsifs et se retrouvent dans diverses directions de l'espace du fait de sa grande désorganisation, y compris au niveau la zone du visage. Est-ce une décharge de tension interne ? Dans tous les cas, je me sens rapidement débordée par les évènements. Malgré moi, je pense à ses antécédents de violence et je ressens un peu de peur. En cet instant, je recrute toutes mes capacités toniques, et essaie de verbaliser un maximum. Le rappel au cadre a été nécessaire, c'est ce qui a pu le contenir jusqu'à la fin de la séance.*

*La fin de la séance est presque un soulagement. J'ai alors senti que j'avais atteint mes limites et eu besoin de beaucoup de concentration pour ne pas me laisser déborder par mes émotions.*

**C. POTEL** (50) nous indique que « *cette articulation fondamentale entre, d'une part, enveloppement et acceptation de la régression – inhérents à nos pratiques corporelles – et, d'autre part, triangulation et limites faisant appel au « tiers paternel », va être la condition indispensable pour qu'il y ait circulation « fluide » entre extériorisation, expressivité, créativité, intériorité* ».

En tant que thérapeute, la qualité essentielle pour assurer une fonction de contenance est l'attention, cela fait partie des capacités psychiques. Selon **N. KACHA** (35), la notion d'attention regroupe une qualité de présence psychique et de présence relationnelle.

Il est important de considérer que le thérapeute ne peut pas assurer sa fonction contenante seul. Il doit ainsi être contenu lui-même par l'institution par exemple ou faire un travail de supervision, suivre de manière régulière des formations complémentaires et participer à des ateliers personnels pour rester sensible à sa sensorialité. N. KACHA (35) nous indique que le psychomotricien « *devra lui-même être contenu par ses connaissances, son superviseur, son institution, différents contenants qui […] lui permettront d'assurer au mieux sa fonction de contenance* ».

En résumé, la fonction contenante s'étaye d'un double ancrage, corporel et relationnel, paradigme de l'abord thérapeutique en psychomotricité. Si l'autonomisation de cette fonction contenante ne peut avoir lieu, les affects resteront à l'état brut et seront générateurs d'angoisses. De ce point de vue, la fonction contenante ou fonction à contenir, représente un enjeu majeur en thérapie psychomotrice.

Nous avons vu à quel point le cadre ayant une fonction contenante est essentiel en psychomotricité. A l'UMD, cette contenance est en permanence recherchée, qu'elle soit psychique ou même physique lors des moments de contention dans le cadre de mise en chambre d'isolement par exemple, qui peuvent être bénéfiques et qui sont toujours dans un but thérapeutique. Cf. Annexe 4 – Recommandations de la HAS concernant l'isolement et la contention.

Afin de mener à bien les prises en charge, le psychomotricien a à sa disposition de nombreux outils. Parmi eux, on retrouve les médiations corporelles.

## C. Approche en psychomotricité : les médiations

Par facilité de langage, on confond trop souvent médiations, objets médiateurs et activités psychomotrices. Le terme médiation est employé usuellement pour désigner le ballon, la pratique de la danse, du mime, du sport etc. Il porte à confusion et c'est pourquoi nous préférons le terme d'objet de médiation thérapeutique pour désigner ces derniers et réservons le mot « médiation » à la médiation thérapeutique qui désigne davantage les phénomènes transitionnels du dispositif thérapeutique (52).

Une définition simple de la médiation serait ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre. En effet, qu'elle soit corporelle ou non, elle propose de partager un objet commun, de le créer, de le réinventer. Cet objet fait office de « témoin » de la relation.

Selon C. POTEL (52), « *ce sont toutes les pratiques des psychomotriciens qui, avec le support de la relation qui se noue au sein des dispositifs éducatif, rééducatif, thérapeutique, ont pour objectif la prévention, l'adaptation, la réadaptation, la stimulation, le déploiement ou le renforcement des fonctions psychomotrices* ».

Dans sa pratique, le psychomotricien rentre constamment dans une mise en jeu corporelle. Cet engagement corporel va venir soutenir l'engagement de la personne toute entière.

### 1. Objectifs des médiations

L'enjeu des médiations thérapeutiques est de générer un changement global plutôt qu'une amélioration des performances. Un autre objectif étant d'ouvrir un espace de transitionnalité où le sujet se construit dans une co-création avec le thérapeute. Ainsi, nous ne sommes pas dans la recherche de progrès à faire, ni de dans une attente de résultats ou de compétences à acquérir. Bien au contraire, sont favorisés chez le sujet des modes d'expression singulière (52).

*LA MEDIATION DANSE (1)*

*Comme je l'ai déjà mentionné auparavant, je participe chaque jeudi matin à l'atelier danse. Une semaine sur deux, un intervenant extérieur vient animer la séance. C'est un danseur professionnel pratiquant le HIP-HOP Break-dance. Selon* **P. ANDRE, T. BENAVIDES** *et* **F. GIROMINI** *(8), la danse est considérée comme « symbole de l'acte de vivre ».*

*Aucun d'entre nous, que ce soit les professionnelles ou les patients, ne connaît cette pratique. Cela a suscité chez certains une grande appréhension.*

*Mr. B est rapidement découragé. Selon lui, « c'est trop dur », « (il) n'y arrivera jamais ».*

*Le début de cette période est donc synonyme de l'encouragement, avec un besoin important d'étayage pour la plupart des patients du groupe.*

Les médiations corporelles, qui font du corps leur préoccupation essentielle, canalisent et orientent les vécus du corps engagés dans les échanges afin de permettre que ces vécus deviennent matière à transformation et à l'élaboration psychique. Ainsi, le corps est pris en compte essentiellement dans ses modes d'expression singuliers et spécifiques, langagiers et symboliques.

Ce n'est jamais la technique pure qui intéresse mais bien ce que ces expériences produisent comme effets. Selon **C. POTEL** (52), « *les médiations, en ouvrant la voie à une élaboration constructive vivante, sont toujours des détours pour la symbolisation ».* On leur donne cette valeur de symbolisation car elles vont être investies pour elles-mêmes.

*LA MEDIATION DANSE (2)*

*Selon* ***P. ANDRE, T. BENAVIDES*** *et* ***F. GIROMINI*** *(8), « la danse est une mise en situation narcissique d'où l'on peut distinguer deux effets : un plaisir au niveau du corps ; une affirmation de l'existence de ce corps (…) d'autre part, elle contribue à l'épanouissement de soi et canalise l'agressivité ».*

*Au fil des séances, des profils se dessinent : certains des patients sont plus à l'aise et bougent avec aisance tandis que d'autres présentent plus de difficultés.*

*Pour Mr. B, la mise en jeu corporelle est difficile. Souvent, il met en avant son « manque de muscles » et sa prise de poids qui l'empêchent de réaliser certaines figures. A chaque séance, il est important de lui rappeler que la recherche de performance n'est pas l'objectif, et que chacun évolue à son rythme. Il reste souvent très frustré mais fait néanmoins beaucoup d'efforts pour suivre le rythme.*

*Au-delà de l'aspect formel, nécessitant une maîtrise du geste, mais aussi de l'espace, du rythme et de la synchronisation sensori-motrice, l'objectif pour Mr. B étant d'accéder à un aspect émotionnel, pouvant être synonyme selon les auteurs de « corps-plaisir ».*

C. POTEL (52) définit trois objectifs de la médiation : proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ; favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ; aider à la transformation des éprouvés en représentations.

Par ailleurs, la médiation corporelle fait intervenir le thérapeute dans la réalité, ce qui induit un cadre où le thérapeute subit des contraintes spécifiques. Elle dépend de son investissement car, il va, à travers elle, exprimer sa propre sensorialité. Le choix de la médiation doit ainsi être pensé par le thérapeute, qui ne doit pas se lancer sans l'avoir expérimenté lui-même.

## 2. Objets des médiations thérapeutiques

Ils sont toujours concrets et palpables, décalés de la vie intrapsychique « directe ». Leur but est également décalé de l'objectif concret, même si celui-ci existe bel et bien. On peut alors parler de zone « intermédiaire » transitionnelle.

Cela fait référence aux travaux de WINNICOTT (58). La notion d'objet transitionnel permet d'expliquer la diversité des objets du désir. L'auteur le définit comme « *tout ce que l'enfant crée, s'invente pendant cette période de transition entre le principe de plaisir (la satisfaction avec le sein maternel) et l'acceptation de la réalité (la frustration)* ». C'est donc un intermédiaire pour accepter la frustration de l'absence de la mère. Ainsi, la notion de transitionnalité recouvre cette capacité de l'enfant à reconnaître un objet non-moi, à le placer au-dehors, au-dedans ou à la limite du dehors et du dedans. C'est aussi la capacité qu'a l'enfant de créer, d'imaginer, d'inventer, de concevoir un objet et d'instituer avec lui une relation de type affectueux.

L'aire transitionnelle représente l'aire entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu. C'est une aire intermédiaire d'expérience dont la non mise en place fait de l'absence de la mère un vide, une rupture

dans la continuité de l'enfant. C'est alors un espace où le « je » peut advenir mais où le « moi » n'est plus soutenu, cela signifie que le moi-auxiliaire de la mère pendant la période de dépendance a pu être intériorisé. WINNICOTT (58) précise « *l'espace potentiel ne se constitue qu'en relation avec un sentiment de confiance de la part du bébé, à savoir une confiance supposant qu'il peut s'en remettre à la figure maternelle ou aux éléments du milieu environnant, cette confiance témoignant de ce que la fiabilité est en train d'être introjectée* ». On peut alors rapidement faire le lien avec le travail du psychomotricien qui consiste à recréer cette aire transitionnelle dans la relation thérapeutique.

Le travail psychique – qui s'accomplit ne serait-ce que dans le plaisir à être là, à exister dans le temps et l'espace de la médiation – se mesure en termes d'investissement, de créativité et de rencontre.

Ce qui est particulièrement à l'œuvre, dans toutes les médiations corporelles proposées par les psychomotriciens, outre la mise en activité du corps au service d'une forme d'expression, ce sont tous les mécanismes d'identification, d'imitation, de résonnance et de « ricochet » relationnels.

Dans le choix des objets de médiation, le thérapeute engage toujours une partie de lui-même, en s'appuyant sur des moyens d'expression qui lui sont personnels. Il va s'appuyer sur la connaissance de la médiation choisie pour en faire un objet de médiation thérapeutique mais ne la transmettra pas de la même manière que le ferait un professeur par exemple. Il alors est nécessaire de se dégager de cette finalité consistant à transmettre seulement une connaissance spécifique.

Selon C. POTEL, « *partager avec son ou ses patients le plaisir et la créativité à s'exprimer dans une médiation qu'il connaît bien – mais qui trouve ici un autre bénéfice que sa propre expression personnelle – lui demande une vraie opération de détachement. C'est à ce titre seulement que l'objet choisi peut devenir une zone intermédiaire de rencontre* » (52). Cela implique de ne pas proposer une activité dans le seul but de partager son propre plaisir mais de partir éventuellement de ce plaisir afin d'aborder de manière indirecte les problématiques du patient.

Les objets médiateurs peuvent être très variés, le jeu psychomoteur étant un moyen privilégié, on peut également citer la danse, les arts du cirque, le théâtre, la boxe, l'escrime, la piscine, la musique, etc.

### 3. Intérêts des médiations thérapeutiques

Ce qui donne de la valeur à l'expérience vécue autour et dans la médiation, c'est qu'elle soit partagée, sans a priori ni autre but que d'ouvrir à la créativité, au-delà de l'apprentissage et du « faire » qui ne sont pas pour autant laissés de côté (52).

*LA MEDIATION DANSE (3)*

*A la fin de la période, on peut dire que chacun des patients présents dans le groupe a évolué, que ce soit au niveau des aptitudes physiques, de l'équilibre, de la souplesse des mouvements, de la respiration ou encore du rythme.*

*Au-delà de l'objectif final de produire une restitution, chacun a pu enrichir son vécu corporel et donc intégrer de nouvelles connaissances sensorielles et motrices, avec une notion de plaisir. Cela a également créé une belle interaction groupale.*

*Les mouvements appris ont pu s'inscrire, en faisant appel à un travail de mémorisation, dans l'espace et le temps. Ainsi, nous pouvons affirmer que la danse est bien plus qu'une pratique. Selon* P. ANDRE, T. BENAVIDES *et* F. GIROMINI *(8), « la danse est langage : comme expression verbale utilisant le corps comme médiateur, mais aussi comme interaction ».*

L'intérêt est de proposer une alternative à des espaces de parole, qui ne sont pas toujours acceptés par les patients, voire même peu adaptés à certains cas comme les pathologies psychotiques, autistiques ou encore psychiatriques.

La nécessité des espaces de médiation vient quand le ou les patients n'ont pas forcément les mots pour s'exprimer et symboliser leur mal-être et transformer leur souffrance, leur incapacité d'exister ou de vivre avec les autres.

Selon C. POTEL, « *proposer une médiation thérapeutique, c'est proposer non pas un alibi à la relation mais un support et un adossement à celle-ci. Il est intéressant d'ailleurs de constater que les indications reposent non pas sur les manques, les failles ou les symptômes, mais au contraire sur l'évaluation des possibles* » (52). Ainsi, le psychomotricien, pour rentrer en relation avec son patient, va partir d'une médiation thérapeutique qu'il aura choisi et pensé pour ce patient en particulier.

Ainsi, parce qu'il investit et connaît « de l'intérieur » ce qui se travaille dans l'expérience proposée, le psychomotricien peut donner du sens à ce qui se partage et la réflexion qui accompagne tout engagement thérapeutique. Il est ce qui garantit la qualité d'un travail corporel au service de la construction psychique. C. POTEL précise que « *sans cela, c'est prendre le risque de rester dans un occupationnel qui enferme, qui se vide de ses fondements parce que la pensée n'est plus là pour nourrir l'activité vitale* » (52).

En voulant donner un sens à ce qui se passe, le psychomotricien va, par des mots, venir rassembler les sensations et les éprouvés à des émotions et des affects, afin que des processus de symbolisation plus secondarisés puissent prendre le relai des processus plus primitifs.

Dans le choix d'un médiateur, il est important de penser à la personnalité du patient, ses préférences ou affinités. Cet objet d'investissement doit convenir à l'expression des patients, pour qu'il puisse être investi par eux véritablement, avec plaisir si cela est possible, et ouvrir sur un nouvel investissement d'expression.

Par ailleurs, le dispositif doit être suffisamment sécurisant pour que puissent se vivre de vraies expériences psychocorporelles. La médiation thérapeutique a donc pour objet l'appropriation d'une expérience partagée et vivante.

C. POTEL précise « *qu'en aucun cas, pour le thérapeute, l'aspect de contrôle et de maîtrise inhérent à ces disciplines ne doit supplanter l'aspect de valorisation et de connaissance de soi qui peut s'épanouir au sein de ces activités du corps* » (52). On peut ainsi rapprocher les approches que sont les médiations thérapeutiques à la psychothérapie, d'où l'importance d'être régulièrement formé et de bénéficier de supervisions adéquates.

De nombreux exemples témoignent de la richesse imaginative des psychomotriciens qui utilisent, au fil du temps, au gré de leurs expériences et de leur personnalité, une grande diversité de médiations pour toucher, animer, faire vibrer, donner de l'énergie, rendre sensible, rendre vivants dans leur corps les patients.

Tout l'art du psychomotricien est de soutenir la dimension transitionnelle de la médiation thérapeutique en tant que voie de passage entre le soi et le non-soi, entre l'intérieur et l'extérieur.

Ainsi, « *le savoir-faire du psychomotricien dans l'exercice de son métier est de donner une place juste au corps et aux actes, entre expériences et langage, afin d'harmoniser le rapport entre la fonction instrumentale du corps, sa fonction de résonateur émotionnel et son rôle de porteur d'expressions symboliques* » (52).

Quelle que soit la façon de travailler du psychomotricien, qu'il utilise des techniques, des méthodes, qu'il investisse la thérapie psychomotrice ou des espaces de médiation, il doit être capable d'intégrer sa pratique dans une réflexion théorico-clinique riche et innovante.

De plus, cette ouverture au langage du corps va impliquer une compréhension des mouvements d'un corps en relation à un autre, ces mouvements s'incluant dans l'espace et le temps, ces deux référentiels essentiels de l'existence au monde.

Avec des populations particulièrement complexes, la médiation peut être un excellent moyen de rentrer en relation avec des patients. Néanmoins, cela reste une tâche difficile que se mettre en jeu corporellement et de s'exposer face à des patients qui peuvent avoir des problématiques de passages à l'acte hétéro-agressifs. En effet, l'outil principal du psychomotricien étant le corps, il se montre a priori plus vulnérable qu'un autre soignant. En vérité, il n'en est rien car il aura pu mettre à profit ses connaissances cliniques et son expérience professionnelle lui permettant d'établir une relation thérapeutique avec son patient, grâce à l'instauration de la « bonne » distance relationnelle, d'un cadre contenant et d'un outil précieux étant la médiation thérapeutique.

Avant d'aborder mon second chapitre concernant la clinique psychomotrice, il me semble utile de préciser que les prises en charge dont je vais parler ci-après se sont brutalement interrompues en raison du contexte sanitaire lié à la pandémie de COVID-19. Ainsi, je n'ai pu assister qu'à la moitié des séances prévues initialement. Je tâcherai de présenter mes observations et le travail que j'ai pu réaliser jusqu'à l'arrêt de mon stage.

# CHAPITRE 2

## I. Cas clinique 1 : présentation de Mr. S

### A. Présentation de Mr. S

#### 1. Anamnèse

Mr. S est âgé de 33 ans lorsque je le rencontre. Il est admis dans la structure le 20 janvier 2016, il est donc hospitalisé ici depuis 4 ans. Le motif de son hospitalisation est le suivant : agitation, agressivité physique et verbale.

A propos de son histoire de vie, ses parents ont divorcé depuis ses 16 ans. Il est toujours en contact avec sa mère qui lui rend régulièrement visite, mais pas avec son père. Il a un frère âgé de 18 ans.

Mr. S est allé jusqu'en classe de 3ème sans redoubler. Il a arrêté sa scolarité sans obtenir le diplôme préparé de cuisinier.

#### 2. Histoire de la maladie

Mr. S a été hospitalisé pour la 1ère fois en 2003, il est alors âgé de 17 ans, pour des troubles du comportement, des idées de persécution et des automutilations.

Il a présenté des décompensations psychotiques aiguës à plusieurs reprises qui ont nécessité des hospitalisations en 2004, 2005 et 2006. En 2007, il est longuement hospitalisé pour troubles du comportement, agressions sexuelles sur son frère cadet et décompensation délirante. Cette hospitalisation s'est terminée en 2012, à l'issue de laquelle Mr. S a bénéficié d'un traitement médicamenteux et d'une mise en place d'un suivi dans un hôpital de jour. Des informations sur son état clinique avant l'hospitalisation précisent qu'il présente une pensée désorganisée, une tension psychique, une discordance idéo-affective avec des rires immotivés, un rationalisme morbide, des troubles du comportement et un sentiment de toute-puissance. Durant la période d'hospitalisation, il a fugué du service. A son retour, il a eu des passages à l'acte hétéro-agressifs, dont un à caractère sexuel bucco-génital sur un patient vulnérable. Il a également agressé physiquement une soignante.

A cause du non-respect du suivi socio-judiciaire lui interdisant de fréquenter des mineurs et de voir son frère, il est incarcéré d'avril à août 2015. Depuis sa sortie de prison, apparaît une majoration des troubles dissociatifs, une désorganisation et des difficultés à gérer son quotidien. Il accepte une hospitalisation en septembre 2015. Il fugue début octobre et est ramené par la gendarmerie. Il est alors placé dans une autre unité de soin où il agressera des soignants, et abusera sexuellement d'un patient vulnérable. Le patient est interprétatif, persécuté, anosognosique.

Il a, durant sa vie, agressé sexuellement plusieurs personnes, des patients vulnérables ainsi que son frère cadet.

Concernant ses antécédents psychiatriques, il présente une schizophrénie, une personnalité dyssociale, des troubles de la sexualité (actes de pédophilie). Des actes d'automutilation localisés principalement sur les avant-bras ont été recensés (brûlures de cigarettes, scarifications). Selon lui, cela « soulage la souffrance interne ».

Concernant les antécédents médicaux, Mr. S est fumeur et présente une gynécomastie.

### 3. La prise en charge à l'UMD

On note la première année au sein de l'institution une anosognosie totale, pas de remise en question de la part de Mr. S et peu d'évolution de son état clinique. De plus, le travail d'introspection et d'implication dans la prise en charge sont quasiment inexistants. Lors des divers entretiens, les soignants décrivent le patient comme peu authentique, froid, amimique. Des éléments schizophréniques sont présents tels que la fuite des idées, une désorganisation et une discordance idéo-affective. Concernant sa problématique sexuelle, il banalise ses multiples passages à l'acte et dit même les avoir faits de façon volontaire, à la recherche « de son propre plaisir », sans penser à la souffrance occasionnée à la victime.

Au sein de l'unité, il est dans un schéma de victimisation perpétuelle. Il se dit stressé par l'équipe soignante et le bruit environnant, et blessé par le rappel constant des règles de vie. Il dit également mal vivre l'enfermement, qu'il ne pense pas justifié. En effet, il est persuadé que l'équipe complote contre lui. Il est donc en permanence en retrait, il parle même de porter plainte contre les médecins.

A cause de comportements d'exhibition sexuelle, il est à plusieurs reprises, durant son hospitalisation, placé en chambre d'isolement.

Des objectifs de soins ont été établis par le médecin psychiatre pour Mr. S, quelques mois après son arrivée et après un temps d'observation. Ils sont les suivants :

- Améliorer la reconnaissance des troubles et le fait qu'il en parle à l'équipe
- Améliorer la conscience de la maladie schizophrénique
- Diminuer dans toute la mesure du possible le risque de récidive d'agressions sexuelles
- Diminuer le risque de violences envers lui-même ou autrui
- Améliorer la conscience de la nécessité de soins et d'un traitement au long court

Au cours des années qui ont suivi, ont pu être constatées des améliorations cliniques avec une stabilisation de l'état clinique, ainsi qu'une légère amélioration du contact avec les soignants. Cependant, les bizarreries, les rires immotivés, les idées délirantes et le manque d'investissement dans la prise en charge restent très prégnants chez Mr. S. De plus, la problématique sexuelle, qui était relativement « éteinte » lors de sa première année d'hospitalisation, revient envahir le patient avec des délires et des actes à ce sujet (activités masturbatoires devant des images d'adolescents par exemple).

Concernant sa prise en charge à l'unité d'Ergothérapie, est constatée une évolution positive avec une envie de participer, et moins de signes d'imprévisibilité alors qu'il pouvait se montrer très désinvesti au début des séances, et disait « *s'ennuyer* ». On note cependant un discours décousu, et un comportement très fluctuant d'un jour à l'autre, ce qui témoigne à nouveau de sa grande ambivalence. Il participe aux ateliers cuir, éveil, chanson, musicothérapie.

On note par ailleurs une distanciation émotionnelle importante par rapport à son histoire de vie, ses passages à l'acte, ses relations, son vécu familial. Ainsi, une abrasion des affects est relevée, avec une absence d'empathie et des émotions lisses. D'ailleurs, il présente une incapacité à percevoir les émotions d'autrui.

Il s'exprime volontiers au sujet de sa fascination autour de la musculation. En effet, il est très préoccupé par son corps et son apparence physique. Il dit vouloir faire de la musculation intensive pour devenir un « *acteur aux gros bras* ». Il pense également qu'on le garde ici car « *il est trop beau* ». Je précise qu'il n'a pas une musculature associée à son idéal. Il présente par ailleurs un remplissage alimentaire important, propre à nombre de patients psychotiques.

Mr. S pouvant être désinvolte, désintéressé et irrespectueux, des recadrages peuvent être effectués par les soignants en lui rappelant les règles de vie. Ceux-ci sont bénéfiques puisqu'ils permettent une amélioration du comportement, même si cela reste sur des moments relativement courts.

En ce qui concerne sa vie sociale, il évoque ses difficultés à se faire des amis et à créer des relations amicales. De plus, il exprime ne pas ressentir le besoin de s'en faire. Pour son projet de vie, il dit vouloir être acteur à Hollywood, ou bien travailler dans une grande surface près de chez lui et « *tourner dans des films X* ».

## B. La prise en charge en psychomotricité

Mr. S. est suivi en psychomotricité depuis le 20 juillet 2018 en prise en charge individuelle. Au début des prises en charge, il se montre curieux du matériel ; néanmoins, il exprime que cela ne l'intéresse pas. Selon lui, il vient ici pour « *travailler ses muscles* ». Il se montre fuyant.

J'intègre les prises en charge individuelles le 12 décembre 2019. Il va donc être intéressant de pouvoir observer ses réactions et son comportement dans une prise en charge qui ne sera plus duelle. Par ailleurs, nous avons vu à quel point Mr. S présente une personnalité ambivalente, avec des difficultés

relationnelles avec les soignants. C'est un paramètre qui va tout particulièrement m'intéresser tout au long de cette prise en charge.

## 1. Objectifs de prise en charge

Au vu de sa problématique corporelle au sein des activités et de sa grande instabilité psychomotrice, une prise en charge en psychomotricité est indiquée par le médecin psychiatre.

Dans ce type de pathologies, des notions fondamentales étudiées en psychomotricité peuvent très souvent être impactées.

Je pense notamment au schéma corporel et à l'image du corps. En effet, on retrouve de manière très fréquente chez les patients psychotiques un défaut des enveloppes psychocorporelles, associé à des angoisses pouvant être extrêmement prégnantes et envahissantes, je pense notamment aux angoisses de morcellement décrites par A. BULLINGER (7). Cela représente ainsi un premier axe de travail avec Mr. S qui a présenté une image du corps relativement altérée.

Le tonus est à la base de la motricité globale et a pour fonction essentielle la communication. Il est donc intimement intriqué avec le vécu émotionnel. Dès le début de la vie, le tonus permet d'être en lien avec l'environnement et d'extérioriser la vie affective. Dans son lien à la proprioception, le tonus participe de la sensation interne du corps propre, de la perception et de la conscience de soi. Ce lien entre le tonus et les émotions est mis en lumière par Henri WALLON (2) qui est le premier à parler du dialogue tonique, cette notion est reprise par J. De AJURIAGUERRA (2) avec le dialogue tonico-émotionnel. La communication non verbale y prend une place importante. Dans le cadre des patients présentant des psychoses, le tonus peut être inadapté à la situation ou à l'environnement. Les émotions sont peu présentes, voire absentes, les patients ne sont pas en mesure de les exprimer, de les sentir ou ressentir, et la verbalisation est difficile, c'est ce que l'on nomme l'alexithymie. C'est pourquoi il est proposé dans le travail en psychomotricité des médiations afin de travailler sur le tonus, les émotions et donc le dialogue tonico-émotionnel. Cela constitue un second axe de travail avec Mr. S qui a montré des difficultés motrices dues notamment à un défaut d'ajustement tonique.

## 2. Observations cliniques

En ce qui concerne les observations psychomotrices, Mr. S est bien repéré dans le temps et investit l'espace de manière relativement adaptée.

En position assise, il se tient bien droit, les pieds à plat sur le sol. De temps en temps, il croise les jambes.

Il présente un maniérisme marqué, ce qui colore sa manière de se déplacer ou de se mouvoir dans l'espace. De plus, cela transparaît également lorsqu'il s'exprime oralement. Il a un volume sonore assez haut et un débit rapide.

Si l'on s'intéresse à son schéma corporel, il est alors possible de signifier le fait que malgré une bonne connaissance nominative des parties de son corps, Mr. S a tout de même une perception et une représentation particulière. Ainsi, son image du corps semble très éloignée de la réalité. En effet, son dessin du bonhomme représentant un personnage très musclé, ainsi que ses difficultés à se représenter lui-même, sont des indices pouvant confirmer ces hypothèses.

De plus, il a, à plusieurs reprises, écrit des noms sur un tableau blanc de personnages ou acteurs célèbres étant réputés pour avoir une musculature très développée. Par ailleurs, est présent dans la salle un bonhomme en bois articulé, qu'il module régulièrement de sorte à ce qu'il montre bien les biceps. A ce propos, il m'a signifié que c'était un « *athlète très musclé faisant un sprint* ».

En ce qui concerne ses capacités cognitives, il a, à plusieurs reprises, montré de bonnes capacités mnésiques. Cependant, il a des difficultés attentionnelles et de concentration. Il peut être à l'écoute sur de courts moments.

Lorsque nous faisons des jeux de logique, il ne développe pas réellement de stratégies afin de gagner, il manque d'anticipation et réagit de manière impulsive.

Mr. S comprend l'humour, et en fait régulièrement lui-même.

Il connaît les émotions primaires décrites par E. ECKMAN mais est très en difficulté pour les identifier sur autrui ou sur des images, comme précisé dans la partie « prise en charge en UMD ». De plus, les remarques à l'égard des sujets sur les images sont souvent inadaptées et déplacées, ce qui vient témoigner et illustrer sa problématique d'ordre sexuel.

Concernant sa motricité globale, il se révèle rapidement en difficulté. En effet, ses mouvements lorsqu'il se met en jeu sont disharmonieux et manquent de fluidité. Ces difficultés motrices entraînent chez Mr. S un recrutement tonique important.

J'ai remarqué par ailleurs qu'il anticipe peu ses gestes, et que l'ajustement de sa force par rapport à la distance lors d'envoi de balles par exemple n'est pas toujours opérant.

Il présente également une certaine précipitation dans ses gestes, ce qui peut expliquer ce manque de précision lorsqu'il se meut. Lorsqu'il est déstabilisé, se produit alors une recrudescence psychomotrice, et une perte de contrôle.

Lors de mises en jeu corporelles sur des parcours psychomoteurs, il se montre peu créatif et se met lui-même en difficulté en créant des situations inconfortables, qu'il ne réajuste pas de lui-même, mais uniquement sur sollicitations.

J'ai également perçu chez Mr. S une instabilité psychomotrice importante, qui se traduit par une agitation marquée et permanente. A ce sujet, il précise lui-même que c'est « *inintéressant de se poser et de ne rien faire* ».

On note par ailleurs que la plupart des patients schizophrènes présentent des troubles secondaires notamment des difficultés de coordinations, des troubles praxiques, un problème d'ajustement tonique.

Mr. S est latéralisé, il a une bonne intégration de sa droite et sa gauche. Il présente une dominance latérale manuelle à droite.

Concernant sa motricité fine, il la mobilise à bon escient avec des prises manuelles adaptées au mouvement à réaliser. Mr. S écrit sans difficulté avec une prise tri-digitale, correspondant au niveau attendu.

Au niveau relationnel, Mr. S présente des difficultés à interagir. Lorsqu'il initie des activités, il joue souvent seul et se crée ses propres règles et interdits. Ses choix de jeux sont souvent ceux avec des mouvements très stéréotypés et répétitifs. J'ai souvent perçu un corps en retrait, avec une surveillance permanente de sa part de mon positionnement dans l'espace notamment. Comme si, ma présence était intrusive et difficile à supporter pour lui. Cela est sans doute interprétable comme une façon de se protéger face à ce que F. JOLY nomme « *défaut des contenants et des enveloppes corporelles* » régulièrement décrit dans les états psychotiques (2). Le tonus peut ainsi être perçu comme une « *[tentative] de protection anti-émotions* » comme le décrit V. DEFIOLLES-PELTIER et possiblement comme protection anti-intrusion. Tout comme le comportement, son contact visuel peut-être à la fois franc et fuyant (2).

### 3. La prise en charge individuelle de Mr. S

Je rencontre donc M. S tous les jeudis après-midi, durant 45 minutes. De par la complexité du tableau clinique de ce patient, et pour des raisons évidentes de sécurité, je n'ai pas pu mener seule les prises en charge. Par ailleurs, le contexte dans lequel nous nous trouvons fait que la porte d'entrée psychomotricité, qui donne sur un bureau la séparant des autres pièces où se déroulent les activités, reste toujours ouverte, de manière à ce que les autres professionnels puissent maintenir le contact visuel, en cas de difficultés.

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

### *a) Les premières rencontres*

Je rencontre Mr. S lors de notre première séance avec la psychomotricienne. Il est de taille et de corpulence moyenne. Son regard est fuyant, son corps paraît en retrait. Je me sens presque de trop dans la salle. P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI (7) affirment d'ailleurs que *« l'inhibition et le repli constituent en effet une défense contre toute menace d'intrusion ».*

Mr. S présente un comportement, une attitude très détaché(e) et son contact est froid. Ceci peut être mis en lien avec cette rigidité mentale souvent retrouvée chez les patients schizophrènes.

Ses réponses sont robotisées. Il me met volontairement à distance en me nommant « l'étudiante », ou « Madame » ou encore en m'appelant par un autre prénom.

Lorsqu'il se présente, c'est de manière très stéréotypée. Il ne se décrit que par des caractéristiques physiques, en lien avec son apparence : sa taille, son poids, il se définit par son identité sexuelle, sa date de naissance et son lieu de naissance.

Tout comme son comportement, son discours est d'une ambivalence très marquée, notamment dans ses choix d'activités ou d'exercices. Il présente par ailleurs une labilité émotionnelle. Il peut très bien dire qu'il s'amuse puis qu'il s'ennuie dans un laps de temps extrêmement réduit. Cette particularité de sa personnalité m'a tout de suite décontenancée.

Durant cette première séance, il ne m'intègre pas dans le jeu ou très peu, sous la demande de ma maître de stage. Il ne se montre pas toujours coopératif. Il présente beaucoup de rires immotivés, nerveux. Ma présence semble le troubler, ou bien le déranger. A la fin de la séance, il salue uniquement la psychomotricienne.

La semaine suivante, Mr. S. vient me saluer durant la matinée, de manière très automatique. Il ne semble pas faire le lien entre ma présence ici et la prise en charge en psychomotricité prévue durant l'après-midi.

Lorsqu'il arrive pour la séance, il s'est changé et a prétexté vouloir montrer quelque chose dans son casier afin d'avoir accès à ses affaires et en a profité pour « s'asperger de parfum ». Cela ne me paraît pas anodin, je suis dans l'attente de voir ce qu'il va faire durant les prochaines semaines.

Il est excessif dans ses paroles, car se dit « *très heureux, il se sent bien ici. Tout va bien* ».

Durant cette seconde séance, il présente beaucoup de maniérisme. Il veut me montrer qu'il est le plus fort.

Dans la relation, il m'ignore tout le début de la séance. Il est détaché, en continuant de m'appeler « madame ». Il tente tout de même de se rappeler de mon prénom lorsque la psychomotricienne insiste. Je le soupçonne de faire exprès de donner plein de prénoms très éloignés du mien. Au fil de la séance, il m'intègre de plus en plus. Il s'adresse à moi ou m'envoie des balles afin de m'inciter à participer. Je

remarque dans sa communication non verbale que son corps est plus tourné vers moi. Il est dans un comportement plus « d'ouverture », moins réfractaire à rentrer en relation.

Il part rapidement à la fin de la séance, mais revient me saluer sur demande de la psychomotricienne.

Ces premières séances ne m'ont pas vraiment permis de « cerner » le patient comme je l'avais espéré. Je me suis rapidement rendue compte que ce serait un travail à faire tout au long de ma période de stage, de par la complexité des troubles et de la personnalité de Mr. S.

### *b) Les séances*

Le déroulé des séances avec Mr. S s'est produit sur un même schéma. Dans un premier temps, une activité au bureau est proposée, puis, dans un second temps, une mise en jeu corporelle sur les tapis.

- *Le temps de l'intégration…*

Pendant une première période, c'est Mr. S lui-même qui choisit ce qu'il souhaite faire durant le premier temps de la séance. Il choisit automatiquement le « Loto des odeurs ». Au fil des séances, nous nous rendons rapidement compte que ce temps-là devient stéréotypé. Mr. S n'a pour but que de sentir des petits flacons, sans élaborer quoi que ce soit derrière. Aucun souvenir ne peut être évoqué, alors que l'odorat est, avec le goût, très évocateur d'images ou de souvenirs. Il est en revanche très performant à ce jeu. Se pose alors la question de savoir s'il est dans une satisfaction de reproduire un même jeu parce qu'il est performant et que cela le valorise ou bien si cela témoigne d'une pauvreté dans ses choix de jeu.

Ainsi, nous faisons évoluer la consigne qui au départ, ne demande que de reconnaître ou identifier des odeurs connues, en introduisant des règles d'un jeu qui demandent à chacun de recueillir un maximum de bonnes réponses sur un échantillon défini de flacons. Ainsi, les notions de concurrence et de prise en compte de l'autre ont pu être amenées. En effet, il doit alors attendre son tour, faire passer les flacons, et noter le plus de bonnes réponses possibles. Ce n'est pas évident pour Mr. S, qui, comme je l'ai précisé plus haut, a été fuyant dans les premières séances, qui a nié ma présence, ou du moins n'a pas pu m'intégrer. Cela provoque alors chez lui beaucoup de rires immotivés. Lorsqu'il me passe le flacon, ce n'est pas de façon explicite : il le pose simplement devant lui, de manière décalée, ceci étant le signe que je peux le prendre.

Pour le second temps de séance sur les tapis avec une mise en mouvement du corps, cela demande un effort bien plus important pour Mr. S. En effet, il me semble que ce dernier ne fait que repousser, lorsque nous sommes installés au bureau, ce moment inévitable du passage sur les tapis. Cela peut se ressentir avec ses demandes insistantes de « *recommencer une nouvelle partie* ».

Cela peut s'expliquer par le fait que Mr. S se sente et se perçoive en difficulté lorsqu'il doit se mettre en jeu corporellement. Cela rejoint cette idée d'image du corps particulière. Par ailleurs, lorsque nous l'interrogeons sur sa présence ici, il répète de nouveau qu'il vient pour « *travailler ses muscles* ». Ici, je me questionne sur la grande ambivalence entre le fait d'être attiré par des enfants qui ne sont pas musclés et sa fascination pour les muscles.

La médiation principalement utilisée lors de ce second temps de séance est la jonglerie. Mr. S commence toujours ce moment en jouant seul, avec ses propres règles. Il est compliqué pour moi dans ces moments d'échanges de balles de créer un semblant de relation avec lui, car d'une séance à l'autre, il peut m'intégrer de manière très adaptée ou encore être dans une opposition passive. Cela fait écho à cette ambivalence très marquée chez les patients atteints de schizophrénie, et plus particulièrement chez Mr. S. qui peut émettre un cri de joie à l'idée de faire une activité pour finalement dire s'ennuyer fermement quelques minutes plus tard.

Par ailleurs, il ne se montre pas toujours coopératif et participatif, il peut parfois être en opposition passive, mais aussi active face à nos propositions. Il le manifeste la plupart du temps oralement mais l'importance de la communication non verbale prend ici tout son sens avec des pulsions toniques se traduisant par des lancés d'objets plus ou moins dirigés dans notre direction. Les balles me sont en effet envoyées avec la même intensité et la même force, malgré une variation de la distance entre nous, ce qui traduirait un mauvais accordage relationnel ainsi qu'une inadaptabilité à l'autre. De plus, il semblerait qu'à travers certains de ses lancers, M. S cherche, de manière indirecte, à m'atteindre avec une certaine violence. Selon Suzanne ROBERT-OUVRAY et Agnès SERVANT-LAVAL, « *agissant sur un mode vibratoire, le tonus assure une fonction de communication, à la fois consciente et inconsciente avec des variations qui, par étayage, se chargent d'affects et de représentations* » (2). En effet, le tonus soutient en permanence le système émotionnel. Henri WALLON écrit « *les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* » (2).

Ce sont ces moments le sollicitant corporellement où je peux remarquer l'instabilité psychomotrice, l'hypertonie entraînant des moments de pulsion motrice où il peut jeter la balle violemment dans notre direction ou contre un mur. Est-ce dans un but d'évacuer un trop plein de tension interne ? A quoi est due cette tension ?

De plus, il nous signale à plusieurs reprises qu'il a décidé d'arrêter la psychomotricité au profit d'une autre activité.

*L'ACTIVITE EVEIL*

*Lors d'une matinée, j'ai eu l'occasion d'assister à l'atelier « éveil », animé par l'éducateur spécialisé. Parmi les patients du groupe, se trouve Mr. S.*

*Alors que j'essaie d'échanger avec lui sur ce qu'il travaille dans le cadre de cet atelier, il se montre agressif, et fait comme si je n'existais pas.*

*A la demande de l'éducateur de me montrer son écrit sur l'ordinateur concernant ses projets de vie, Mr. S indique qu'il « ne va pas étaler sa vie à n'importe qui, surtout pas à une infirmière, encore moins si (je) suis étudiante en psychomotricité ». Enfin, il s'écarte de moi et se met le plus à distance possible dans la pièce. Il mentionne à l'éducateur spécialisé qu'il veut arrêter l'éveil. Pourtant, la semaine précédente, il s'est montré très investi durant la séance. Une nouvelle fois, nous avons une illustration de l'ambivalence de Mr. S dans sa participation aux ateliers.*

*J'ai alors ressenti chez lui une réelle gêne en ma présence, qui était vraiment de trop à ses yeux. Par ailleurs, j'ai appris à posteriori que Mr. S avait eu une nuit compliquée la veille, avec beaucoup de cauchemars l'ayant perturbé. C'est un évènement à prendre en compte et qui a pu influencer son comportement durant l'activité.*

Après une séance particulièrement agitée, avec une recherche permanente de la part de Mr. S de dépasser les limites et donc de transgresser le cadre, nous décidons d'imposer le contenu des futures séances. A première vue, cela ne nous semble pas satisfaisant d'entrer dans ce mode de fonctionnement mais il est rapidement constaté les effets bénéfiques de cette décision. En effet, le fait d'orienter les séances nous a permis de diminuer chez Mr. S l'ambivalence et les angoisses. La fonction contenante du cadre a été ici, essentielle.

Aussi, savoir ce que nous allions faire à l'avance a nettement diminué certaines angoisses verbalisées par le patient. Le cadre physique, proposé par les murs de la salle, et le cadre psychique, permis par nos présences, ont fait évoluer les séances lors des semaines suivantes.

C'est pourquoi je qualifierai ici ce temps comme un moment de transition, qui nous a amené vers la deuxième période de la prise en charge. Durant celle-ci, nous avons conservé le schéma initial d'un temps au bureau puis d'un temps sur les tapis.

- *… au temps de l'acceptation*

Le loto des odeurs est abandonné au profit du jeu du Lynx, afin de mobiliser ses capacités de concentration et attentionnelles. Chacun d'entre nous doit choisir plusieurs cartes pour l'un de nous, ce qui a pour objectif de maintenir ce lien relationnel. Il est alors possible de changer la personne à qui nous donnons les cartes sans que cela suscite chez Mr. S une réticence particulière. Il prend le temps de choisir les cartes, celles qu'il choisit ont souvent une couleur uniforme.

Lors des dernières séances, nous axons ce premier temps sur un travail de repérage et de verbalisation des émotions de base. En effet, Mr. S doit, à l'aide de la roue des émotions proposée par

l'association belge « l'Autrement dit », nous indiquer les sensations corporelles, l'émotion du jour et enfin quel serait le besoin associé à cet état. Cela nous a permis d'orienter la suite de la séance. Il a ainsi pu créer des phrases telles que « *j'en ai ras le bol parce que je suis furieux, j'ai besoin de bien-être* », ou encore « *je me sens bien parce que j'ai les jambes légères, j'ai besoin de calme* ».

Ce travail sur les émotions a pu être une ouverture intéressante sur les raisons qui l'ont amené ici. Une seule fois, nous avons pu aborder ce sujet avec lui. Lorsque nous avons cet échange, nous sommes sur les tapis, tous les trois debout, positionnés en triangle. Mr. S est dans un coin de la pièce, presque collé au mur. Il nous indique alors « *je suis tombé malade à cause de mon problème avec les jeunes enfants* ». A ce moment, Mr. S est dans une attitude de petit garçon, il se dandine et a un regard fixé au sol. Il me jette fréquemment des regards très furtifs. Il n'évoque à aucun moment son diagnostic de schizophrénie. Il nous mentionne également qu'il a envie de rentrer chez lui « *pour être heureux* ». C'est un échange bref mais qui témoigne d'un renforcement du lien thérapeutique avec Mr. S.

Par ailleurs, nous avons également proposé de poursuivre la reconnaissance des émotions sur des supports photos représentant des personnes avec des émotions primaires. Cela se révèle difficile, notamment lorsque plusieurs personnes sont présentes sur un même cliché. A plusieurs reprises, Mr. S fait des remarques inappropriées, notamment lorsqu'il s'agit d'enfants. Il est capable de dire devant un cliché d'un petit garçon qui pleure « *il est beau gosse* ».

Le deuxième temps de séance est consacré à de la relaxation ou des temps calmes, ce qui fait partie des axes fondamentaux à aborder avec Mr. S afin de lui permettre de venir atténuer son instabilité psychomotrice et également d'éprouver les différents niveaux toniques.

Selon V. DEFIOLLES-PELTIER (4), il est nécessaire d'adapter la réponse thérapeutique lorsque l'on travaille avec des patients atteints de pathologies de type « psychoses ». En effet, elle précise que « *l'absence d'initiative de mouvement liée à l'apragmatisme renvoie le sujet à une perte de contact avec la réalité et des limites corporelles, comme si l'absence de mouvement pouvait faire disparaître la personne* ». L'hypertonie prend alors place afin de lutter contre cette angoisse d'anéantissement ou de vide de façon dysharmonique, pouvant entraîner des troubles de la régulation tonique. Cela peut également être dû aux fluctuations du schéma corporel et de l'image du corps, et peut être accentué par des phénomènes hallucinatoires.

Selon P. ANDRE, Th. BENAVIDES et F. GIROMINI (7), « *dans le cas des psychoses, l'application de la relaxation est difficile, mais elle permet cependant, lorsque sont mis en avant les éléments de permanence, d'unité et de réel, un travail de représentation du corps comme contenant* ». Il va donc de soi que ce temps de séance impose au psychomotricien une vigilance, une concentration et une observation constante afin de maintenir le contact avec le patient.

Ainsi, nous lui proposons de s'allonger sur les tapis. Spontanément, Mr. S s'installe avec des coussins et couvertures qu'il dispose à sa convenance. Il peine à trouver une position confortable, souvent celle

qu'il a choisie n'est pas physiologique. Il se place de manière disloquée, son axe corporel n'étant pas respecté. Il ne paraît pas s'en rendre compte, même après une remarque de notre part.

Plusieurs types de relaxations lui sont proposés, à savoir avec des balles et plus particulièrement le gros ballon à picots ou encore une relaxation de type Jacobson. Il est important de prendre en compte que pour les sujets psychotiques, la relaxation n'est pas synonyme de « lâcher-prise » ou de « faire le vide », mais au contraire de maîtriser sa détente pour accéder à un vécu sécurisant et à un contrôle de sa pensée afin de ne plus la subir au moins sur un temps donné. Selon V. DEFIOLLES-PELTIER (5), « *c'est à partir d'une remise en lien du corps et de la pensée que le patient psychotique peut accéder au bien-être* ».

Durant les premières séances de relaxation, je me place stratégiquement dans la salle. J'essaie d'avoir une distance suffisante, de trois quarts, légèrement dans son champ de vision pour ne pas provoquer d'angoisses et pour qu'il puisse me voir s'il en ressent le besoin. Il me jette beaucoup de regards.

Malgré mes précautions, ma présence semble tout de même l'angoisser. La séance suivante, il dispose une couverture sur tout son corps, y compris son visage. Est-ce un moyen pour lui de couper le contact visuel ? Je me demande alors si cela peut être en lien avec une éventuelle angoisse des limites corporelles.

Plus tard, il m'invitera à participer à ce temps de relaxation, en me proposant de prendre comme lui un coussin et une couverture. Ce qui pourrait paraître pour un geste anodin, mais qui à mes yeux, a une signification toute autre. Je perçois cette proposition comme une réelle acceptation de sa part de ma présence en séance, acceptation totale et consciente.

Lors des temps de relaxation, je remarque qu'une agitation motrice est encore présente, mais a minima. Elle se manifeste par des mouvements stéréotypés de la jambe gauche et une mobilisation des orteils de la même jambe, entraînant un bruit articulaire. Au bout de quelques séances, cette agitation motrice au niveau de la jambe peut cesser durant quelques minutes, quelques soliloquies sont encore présentes de temps à autres.

Sur sollicitations, Mr. S nous fait brièvement part de ses ressentis, il dit apprécier ces moments et se sentir « *plus détendu* ». L'authenticité de son discours peut être questionnée mais son faciès est détendu et son débit verbal est diminué voire stoppé.

### *c) Conclusion*

Malgré une certaine réticence de la part de Mr. S à s'impliquer dans la prise en charge en psychomotricité, il est capable d'investir ces moments avec une certaine notion de plaisir.

Le travail au niveau relationnel a été au centre de la prise en charge, avec une nécessité de poser un cadre contenant permettant le respect des règles propres aux séances de psychomotricité mais aussi le

respect de soi et des autres. Ce cadre a permis à Mr. S, étant en besoin de réassurance, d'être partie prenante de la prise en charge.

La mise en place d'une relation thérapeutique avec Mr. S a été difficile. Toutefois, il me semble percevoir chez lui une évolution plutôt positive au fil des séances, bien que totalement fluctuante, Mr. S investissant progressivement le cadre posé et étant, selon moi, un peu plus apaisé, ouvert et présent qu'auparavant.

# II. Cas clinique 2 : présentation de Mr. T

## A. Présentation de Mr. T

### 1. Anamnèse

A l'âge de 6 mois, Mr. T est hospitalisé en raison d'une malformation rénale congénitale. Lors de cette hospitalisation sont constatées des violences conjugales ainsi que des violences parentales. Dès sa sortie de l'hôpital, Mr. T est placé en pouponnière.

A 14 mois, Mr. T est placé en famille d'accueil, dans laquelle il est resté jusqu'en 2014. Durant les sept premières années, sa mère biologique lui rend visite une fois par mois dans des espaces rencontre. L'arrêt des visites est dû au déménagement de sa mère dans une autre région. Par ailleurs, Mr. T n'a plus de contact avec son père.

Mr. T a bénéficié d'un parcours spécialisé en intégrant différents hôpitaux de jour, adaptés à son âge. Il est par ailleurs scolarisé dans une Classe pour l'inclusion Scolaire (CLIS), à présent nommée Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS).

Mr. T a une sœur et un demi-frère. Il connaît également ses grands-parents maternels.

A son arrivée à l'UMD, Mr. T dit ne plus avoir de contact avec aucun de ses parents. Il ne sait pas où ils habitent, et aimerait reprendre contact avec sa mère biologique. Durant le mois de janvier 2020, Mr. T a pu reprendre contact avec cette dernière, cela s'est bien passé, avec une bonne gestion des émotions de la part de Mr. T. Il a également pu parler avec son demi-frère.

Mr. T est âgé de 19 ans lorsque je le rencontre. Il est admis à l'UMD le 5 novembre 2018, pour le motif d'hospitalisation suivant : agitation, agressivité physique et verbale. Il a été adressé par l'USIP (Unité de Soins Intensifs Psychiatriques) pour passages à l'acte récurrents sur des femmes soignantes, dans un contexte de trouble envahissant du développement.

## 2. Histoire de la maladie

Concernant ses antécédents psychiatriques personnels, Mr. T est un patient souffrant de « psychose infantile » et de séquelles de carences et de maltraitances précoces, avec un long parcours institutionnel. Durant sa petite enfance, est posé chez Mr. T un premier diagnostic d'autisme, puis le diagnostic évolue en trouble désintégratif de l'enfance.

Il présente depuis son adolescence des troubles du comportement de type hétéro-agressifs qui se sont majorés quelques mois avant son hospitalisation à l'UMD.

L'année de 2014 marque la fin de la prise en charge en famille d'accueil, après un passage à l'acte hétéro-agressif, dans un contexte de difficultés récurrentes de sa tutrice face à l'agressivité de Mr. T et surtout après le décès du conjoint de madame. Ce dernier évènement est difficile pour Mr. T, qui dit avoir voulu se prendre pour le « *chef* », s'en est suivi un conflit avec le fils du couple. Des violences physiques essentiellement ont eu lieu, envers sa tutrice ainsi que sa fille.

Mr. T passe alors sur différentes structures adultes, les prises en charge sont rapidement interrompues en raison de menaces de passages à l'acte. Après une multiplication des passages à l'acte, dont certains à caractère violent, Mr. T fait alors plusieurs séjours de rupture dans des Unités de Courts Séjours (UCS) au courant 2017.

Le dernier passage à l'acte grave date d'août 2018. A ce sujet, sont retrouvés une absence de remords, de remise en question avec banalisation, voire élution de ses actes et de son comportement. La difficulté à gérer la frustration, avec des passages à l'acte hétéro-agressifs pour soulager les tensions internes, rend difficile son maintien en unité d'admission. Une demande d'admission en USIP a alors été faite. La symptomatologie à son admission présente un patient calme. Il peut exprimer les raisons de son admission et entend le cadre de soin ; il critique le passage à l'acte récent de manière superficielle ; il reconnaît avoir des difficultés dans la gestion de ses émotions lors des frustrations ; ne sont pas notés des éléments thymiques ou délirants.

Durant le séjour, Mr. T n'a pas présenté de troubles majeurs du comportement. Il persiste quelques montées en tension avec une élévation du ton mais rapidement résolutif, et ceci dans des contextes de frustrations. Il entreprend un travail sur les émotions. La poursuite des soins en UMD est nécessaire afin de poursuivre la prise en charge autour des passages à l'acte à ce jour fréquents, du fait des difficultés d'introspection du patient.

Selon le dossier médical, lors de l'admission à l'UMD, il est calme, aucune anxiété n'est verbalisée en lien avec son transfert. Mr. T dit que « *l'hospitalisation se passera bien* ». Il reconnaît les passages à l'acte sur soignante uniquement car il craint des conséquences si le soignant est un homme.

### 3. Prise en charge à l'UMD

#### *a) Au sein de l'unité*

Les premiers mois de son admission, Mr. T est décrit par la médecin psychiatre référent comme quelqu'un de calme et coopérant. Il est aussi de bon contact. Néanmoins, l'élaboration est difficile, Mr. T tend à renvoyer les questions qu'on lui pose lorsqu'il ne peut y répondre. Il précise qu'il ne supporte pas se tromper, et préfère ne rien dire « *plutôt qu'une bêtise* ».

Un gros travail est entamé sur les émotions avec la médecin psychiatre. En effet, il arrive à repérer les visages et images associées aux émotions mais la verbalisation autour de ses émotions liées à des situations ou évènements est pauvre. Il ne peut pas non plus en donner la définition.

Lorsque la violence envers les femmes est évoquée, Mr. T parle beaucoup de colère, et décrit un sentiment de culpabilité vis-à-vis des infirmières qu'il a agressé. Il reconnaît cette violence mais est incapable de verbaliser sur le motif. Par ailleurs, une forte tension interne est observée lorsque Mr. T est incité à comprendre ses passages à l'acte. La médecin psychiatre note également une pensée magique. Mr. T évoque le fait qu'il n'avait pas la notion de l'interdit de la violence, il précise également « *ma famille d'accueil me disait qu'il ne fallait pas et me donnait des gifles* ».

Lors d'un entretien, il mentionne le fait qu'il ne s'en prend qu'aux femmes « *qui ont peur* », car il a lui-même « peur des femmes ». Il ne ressent pas de plaisir à faire peur. Concernant sa relation aux femmes, il dit être plus à l'aise avec les hommes, sans pouvoir détailler. A l'UMD, Mr. T dit que les femmes sont rassurantes.

A plusieurs reprises durant son hospitalisation, Mr. T explique avoir eu des velléités de passages à l'acte. Il peut verbaliser sur l'absence de passage à l'acte à l'UMD : il craint que les soignants soient plus forts que lui physiquement.

Le discours de Mr. T est ambivalent, ce qui est probablement en lien selon la psychiatre avec une incompréhension du sens des phrases ou des mots. Il présente également des difficultés dans la relation de cause à effet. Son discours est construit sur des phrases mémorisées, sans réellement en connaître sa signification.

De plus, une grande immaturité dans les relations sociales est constatée, avec un besoin d'être apprécié et des difficultés à accepter la critique.

En avril 2019, des menaces hétéro-agressives envers d'autres patients conduisent pour la première fois Mr. T en chambre d'isolement. Son raisonnement est pauvre, il ne présente pas de critique des comportements problèmes.

Durant les mois qui ont suivi, la mise en chambre d'isolement est nécessaire à plusieurs reprises, pour des passages à l'acte hétéro-agressifs envers des patients. Mr. T précise pour l'un des passages à l'acte « *qu'il l'a choisi [ce patient] car il savait qu'il n'y aurait pas de répondant* ». Ses capacités d'élaboration sont limitées, rendant la remise en question superficielle, il banalise ses passages à l'acte.

Un second point important de la prise en charge est abordé avec Mr. T. Il s'agit de méthodes d'apaisement de la colère. Elles sont à mettre en lien avec le travail sur les émotions qui est toujours au centre de sa prise en charge. Cependant, Mr. T montre, en juillet 2019, peu de compréhension des objectifs et de son environnement, et a peu de conscience de cette difficulté. En septembre 2019, est noté dans son dossier que les émotions toujours difficiles à percevoir et à comprendre.

Une tension importante est présente chez Mr. T lorsqu'il n'est pas en accord avec le discours soignant et médical. Il peut se montrer très agacé par les explications. On note aussi un vécu persécutif par rapport aux soignants. Il évoque un cadre trop strict instauré à l'UMD.

Par ailleurs, il dit ne plus vouloir recommencer de passages à l'acte mais reconnaît que s'il se retrouvait dans une situation de frustration, il agresserait le patient et/ou l'infirmière « *sans BIP* ». Selon lui, les soignantes à l'UMD ne sont pas des femmes car elles portent ce « *BIP* ». Mr. T fait ici référence au DATI (Dispositif d'Alerte du Travailleur Isolé) que j'ai déjà mentionné auparavant.

Actuellement, Mr. T n'arrive toujours pas à moduler et accepter la problématique de la violence et du rapport avec les femmes. Il se montre volontaire et dans l'échange. Il commence à investir les outils de gestion de la colère pour gérer certaines situations et arrive à distance à trouver des solutions alternatives qu'il aurait dû employer. Néanmoins, des difficultés à gérer la colère et l'impulsivité persistantes sont observées. Son discours est toujours pauvre, plaqué et se voulant conforme aux attentes.

#### *b) Au sein de l'Ergothérapie*

Actuellement, Mr. T participe aux ateliers gestion de la colère, APMCV, stimulation cognitive, tennis de table et psychomotricité. Il a, durant son séjour, participé également aux ateliers jardin, sport, art-thérapie et au groupe Emotions.

De manière générale, c'est un patient volontaire de bon contact, qui a besoin d'un étayage important. Souvent, est notée une peur d'échouer. Mr. T fait de réels efforts pour être dans une relation adaptée avec chacun des soignants. Dans ce cadre de l'Ergothérapie, il parle beaucoup de ses frustrations vécues sur son unité. Il se montre respectueux du cadre et des consignes et essaie de renvoyer à l'autre une image positive, tout en étant sensible à la valorisation. La mise en pratique des consignes est difficile pour Mr. T, qui a du mal à réinvestir les conseils donnés lors des diverses activités dans sa vie au sein de l'unité. Il présente également des difficultés à exprimer ce qu'il ressent. De plus, il est dans une recherche d'attention permanente de la part des soignants « hommes ».

Concernant la stimulation cognitive, atelier animé par une ergothérapeute et consistant à utiliser comme médiateur le jeu, Mr. T est un patient investi, adapté dans ses réponses et dans son comportement. Son élaboration de stratégies est pauvre, il présente des difficultés de concentration sur le long terme, qui est dépendante de son humeur. Cependant, sa bonne mémoire des jeux lui permet de pallier l'incapacité d'élaborer des stratégies. Mr. T a une bonne intégration des consignes.

Lorsqu'il est frustré, une tension interne importante est repérée. Même si l'envie de gagner est présente, il peut se montrer fair-play.

A l'APMCV, au sport et au tennis de table, animés par l'éducateur spécialisé et l'animateur sportif, ainsi qu'un intervenant extérieur concernant la dernière activité, Mr. T est en difficulté avec son corps, mais fait de gros efforts. Ces derniers ont permis une évolution de ses capacités motrices et une atteinte de l'objectif étant la perte de poids. Il est capable de dépasser ses limites lorsqu'il est stimulé et valorisé. Néanmoins, l'idée de perdre au tennis de table par exemple est insupportable pour lui. Il a également tendance à surestimer son niveau de performance.

L'atelier Emotions est un groupe fermé avec une durée déterminée de dix séances. Les objectifs étant de comprendre ce qu'est une émotion et de comprendre les émotions primaires afin de mieux les identifier chez soi et chez les autres. Cet atelier a été proposé à Mr. T en lien avec ses difficultés sur les émotions. Ce dernier se montre sensible aux remarques des autres patients. Il identifie les émotions de base sur l'évocation d'exemples concrets. Ses réponses sont parfois inadaptées. Le besoin de réassurance de la part des soignantes est constant, surtout en dehors des séances. Au départ, Mr. T ne semble pas réellement comprendre les enjeux pour lui de ce groupe, l'objectif principal étant de travailler sur l'émotion de la colère avec les signes avant-coureurs de celle-ci. Au fil des séances, Mr. T est capable de faire des liens avec son vécu personnel. Lors de la seconde session, Mr. T nécessite moins de réassurance et d'étayage. Il présente une excellente mémoire attentionnelle qui lui permet de restituer des informations, qu'il ne comprend pas toujours.

A l'atelier de gestion de la colère, son niveau motivationnel est bon, avec une intention de changement authentique. Néanmoins, Mr. T présente une pauvreté d'élaboration, en lien avec sa clinique, ce qui met en évidence un déficit au niveau de l'insight. Il a tendance à surestimer son potentiel et minimiser ses difficultés. Ses tentatives de rationalisation sont défaillantes. De plus, Mr. T présente un réel problème mnésique et a du mal à retenir des informations basiques. Il a pu relater lors de certaines séances des éléments traumatisants de son vécu / histoire. Monsieur T. présente un retard mental et émotionnel (immaturité), qui rendent difficile la thérapie, non aboutie à ce jour. Par ailleurs, Mr. T n'a pas encore travaillé sur les processus qui sont à l'origine de ses passages à l'acte.

## B. Prise en charge en psychomotricité

Je vois Mr. T tous les jeudis en début d'après-midi, durant 45 minutes. Les prises en charge débutent le 12 décembre.

Au vue de ses difficultés psychomotrices, c'est tout naturellement que Mr. T est adressé en psychomotricité.

## 1. Bilan psychomoteur

Ainsi, nous débutons la prise en charge par un bilan psychomoteur, afin de pouvoir établir des objectifs de prise en charge. Il se déroulera sur cinq passations, du 12 décembre 2019 au 6 février 2020.

Mr. T est un homme de grande taille, avec une corpulence légèrement imposante. Il est brun, avec les cheveux bouclés.

Lors de notre première rencontre, ce qui m'a tout de suite marqué c'est son niveau tonique : lorsqu'il se meut, Mr. T a son buste qui a tendance à s'effondrer, avec ses bras qui se balancent. C'est une vision assez surprenante pour un homme de son âge. Selon P. ANDRE, T. BENAVIDES et F. GIROMINI (7), « *le tonus est un phénomène nerveux complexe, l'important est qu'il soit associé dès le début de l'existence à un vécu émotionnel. Le tonus non seulement prépare et guide le geste, mais il exprime en même temps les fluctuations affectives* ». En effet, les auteurs précisent également que « *le corps transporte dans son histoire et dans sa chair les inscriptions du passé qu'il incarne dans ses symptômes* ».

Dès les premiers moments, Mr. T n'hésite pas à échanger avec nous. Ainsi, durant la première séance consacrée au bilan, il nous fait part de ses difficultés concernant les soignants sur son unité. Selon lui, ces derniers « *ne croient pas en lui* », il se dit très découragé. Il rajoute que lorsque les soignants parlent de sa problématique envers les femmes, ils disent qu'il va récidiver. Nous abordons alors la raison qui l'a conduit ici. Mr. T ne préfère pas en parler, et me demande de regarder directement dans son dossier. Il ajoute néanmoins qu'il est assez intelligent pour ne pas recommencer de « passer à l'acte sur une femme », mais qu'il n'arrive pas à leur dire ce qu'il pense et ressent. Durant cet échange, il nous évoque également le fait qu'il veut partir de l'UMD, qu'il « *va avoir 20 ans en mars et qu'il ne veut pas les fêter ici* ».

Avant de débuter le bilan, nous lui rappelons le cadre, en citant les trois règles de la prise en charge en psychomotricité, à savoir faire attention à soi, aux autres et au matériel.

Nous débutons ce bilan par l'évaluation des somatognosies. Mr. T présente une bonne connaissance de son corps et des relations entre les différentes parties de ce dernier, malgré quelques hésitations et confusions. Par ailleurs, il ne parvient pas à montrer les cils et les mollets.

Nous continuons avec le dessin du bonhomme. Ce dernier est extrêmement pauvre. En effet, son bonhomme est rapidement exécuté au crayon à papier, avec peu de détails. Les mains et les vêtements sont absents. De plus, son dessin est tout petit, dans un coin de la feuille.

Durant ce premier temps au bureau, Mr. T me regarde peu.

Le second temps de la passation s'effectue sur les tapis. Lors du réveil corporel, Mr. T tapote les diverses parties de son corps de manière automatisée, en imitation. Il ne paraît pas à l'écoute de ses sensations corporelles, ses mains sont très hypotoniques.

Lors de l'investigation des coordinations œil-mains, Mr. T présente un lancer relativement adapté. En revanche, sa réception est imprécise, il ne mobilise qu'une partie son membre supérieur – le bras droit – sans se déplacer. Son ajustement tonique n'est pas toujours efficient.

S'exprimer et garder en même temps une attention soutenue sur l'échange de balle est une tâche complexe pour Mr. T, qui perd en qualité de lancer lorsqu'il se concentre pour communiquer.

Au cours de cette première passation, Mr. T est de bonne volonté et de bon contact. Ma présence ne semble pas le perturber, il dit même être « content » que je sois là.

La deuxième passation s'est produite plusieurs semaines après la première, en raison d'une mise en chambre d'isolement consécutive d'un passage à l'acte envers un patient, et des vacances de Noël. Mr. T me questionne sur mon absence des deux dernières semaines, et paraît content que je sois revenue. J'en déduis alors que ma présence a été inscrite dès qu'elle s'est produite, ce qui est à mettre en lien avec le diagnostic de TSA de Mr. T.

Nous poursuivons le bilan avec le questionnaire des repères temporels. Mr. T connaît la date du jour, les saisons, son âge ainsi que sa date de naissance. La notion de vieillir ou de rajeunir est acquise. En revanche, lors de la reconstitution d'une histoire dans l'ordre chronologique avec des photos, Mr. T se montre très en difficulté. En effet, il ne fait pas le lien dans la relation de cause à effet. Cet exercice nécessite un étayage important.

Puis nous enchaînons avec l'évaluation des repères spatiaux. A l'étoile de Marthe Vyl, Mr. T a du mal à comprendre et à intégrer la consigne. Lorsque nous l'invitons à « aller au deuxième cerceau à sa droite », il cherche une logique au niveau des couleurs des cerceaux. Puis il développe une autre stratégie où il doit effectuer des lignes droites selon sa position initiale. Je remarque alors que lorsqu'il se sent en échec, Mr. T a un recrutement tonique important.

Nous finissons avec un échange de balles de différentes tailles. Il est en difficulté pour nommer les différences entre les balles, concernant les caractéristiques du poids ou de la taille.

Lors de la troisième passation, je ressens tout de suite un changement chez Mr. T. Son regard est très fixe et « pénétrant », je me sens mal à l'aise. Il me semble percevoir beaucoup de tensions internes chez lui. L'équipe soignante nous informe à ce sujet qu'il a au sein de l'unité un comportement très impulsif, avec une forte intolérance à la frustration et des réactions importantes à la moindre contrariété. C'est une séance qui sera sous le signe de la prudence et la vigilance.

Au début de la séance, Mr. T me parle d'un évènement qui a eu lieu l'année dernière, où les patients avaient pu assister à un spectacle de danse. Il le relate avec une réelle facilité, ce qui m'indique à ce moment-là que Mr. T possède une bonne mémoire.

Nous reprenons l'exercice de la mise dans l'ordre chronologique de photos, en choisissant la même histoire. Mr. T reproduit sans difficulté le milieu de celle-ci, mais inverse complètement le début et la fin, ce qui la rend complètement erronée. C'est un nouvel indice me permettant d'affirmer qu'il ne comprend pas la relation de cause à effet, ce qui n'est pas un réel problème en soit, sauf dans le cadre de la problématique du passage à l'acte. En effet, le sujet psychotique, étant dans l'impossibilité de division subjective, ne peut pas prendre la mesure dans l'après-coup du passage à l'acte. C'est probablement pour cette raison que Mr. T vit de manière persécutive les remarques des soignants concernant sa problématique.

Avant d'effectuer la figure de Rey A, je m'assure que Mr. T connaît les différentes formes de base, ce qui est le cas. A ma demande, il produit sans problème et sans hésitation une droite, des vagues et des droites parallèles. Il ne connaît pas les droites perpendiculaires mais sait me montrer un angle droit. Mr. T ne saisit pas la différence entre une droite horizontale et une droite verticale. Je lui informe que ce n'est pas grave, et tente de lui donner une définition pour qu'il puisse les reconnaître. A ce moment, Mr. T est dans l'incompréhension, mais ne l'exprime pas. Cela provoque chez lui un état de tension interne, dont il ne se sort pas malgré mes explications jusqu'à la fin de la passation, ce qui entraîne une impossibilité de réaliser la reproduction de la figure.

A la fin de la passation, un temps de réassurance est nécessaire. La mise en échec a été difficile à gérer pour Mr. T, qui se montre perturbé. En effet, pour lui, en lien avec ses traits autistiques, un mot n'a qu'un sens, et il est compliqué pour lui de se détacher de ces droites, pour passer à autre chose.

La semaine suivante, lors du test de précision visuo-motrice issu de la Nepsy II, Mr. T se montre une nouvelle fois hypertonique. Sa main est très crispée, ce qui l'empêche de produire un geste fluide et maîtrisé.

Les notions topologiques de base sont acquises, sur soi et sur autrui. Lors de l'épreuve de connaissance des relations topologiques et de grandeur de Leplat, Mr. T présente plusieurs confusions, qui sont dues selon moi à un manque de concentration et une précipitation.

Lors du test de Bergès-Lézine, la reproduction de gestes au niveau des doigts, des mains et du corps est opérante, et se fait en vérité. Mr. T nous parle de sa malformation congénitale au niveau des doigts, qui le met en difficulté. Il me semble qu'à ce moment, Mr. T met en avant cette information afin de se justifier d'une éventuelle erreur, et pas parce qu'il est gêné dans ses mouvements.

Pour la structuration de l'espace, nous lui proposons le test de pas comptés de Marthe Vyl. Mr. T exagère la grandeur de ses pas, pour en faire moins que nous. Après coup, il dit avoir fait exprès. Pour la première fois, je perçois alors chez lui une forme de concurrence. Sur l'exercice du partage des distances, Mr. T est capable d'ajustement.

Concernant le rythme, Mr. T reproduit sans difficulté ce qu'il a entendu, et a accès au symbolique. Sa stratégie consistant à compter sur ses doigts le nombre de frappes est opérante.

Lors de l'investigation des coordinations occulo-pédestres, Mr. T présente une mauvaise adaptation et des difficultés d'ajustement tonique, ne lui permettant pas des mouvements coordonnés.

La dernière passation de bilan a été consacrée à l'évaluation plus spécifique du tonus. Durant les séances précédentes, j'ai pu apprécier, durant les temps d'échanges de balles notamment, le niveau tonique de Mr. T, qui était hypotonique. Lors de situations stressantes ou le mettant face à l'échec, un recrutement tonique important se produit. La fonction tonique est une organisation nerveuse complexe mais aussi une expression de la vie psychique. Il existe deux versants pour les troubles toniques selon P. ANDRE, T. BENAVIDES et F. GIROMINI (7) « *l'un en liaison avec la psychopathologie, l'autre comme l'expression de difficultés réactionnelles ou transitoires* ». Les difficultés relationnelles peuvent survenir après certains évènements ayant favorisé l'apparition d'une symptomatologie psychique, telles que les traumatismes, le décès d'un proche. Les difficultés transitoires sont associées à une circonstance particulièrement stressante, qui *« fait surgir alors la fonction tonique comme expression de l'individualité* » (7). Il faut savoir que les troubles toniques sont majorés par les émotions, étant la problématique centrale chez Mr. T.

Lorsque j'annonce à Mr. T que je vais venir toucher son bras et le mobiliser, il ne manifeste aucune réticence. Je ne note pas de réaction particulière au niveau de sa communication non verbale. Néanmoins, pendant l'évaluation du tonus, je remarque à plusieurs reprises qu'il coupe sa respiration. C'est un élément que je retrouve également lorsqu'il s'exprime.

Concernant son tonus de fond, il est hypotonique. Mr. T a de très bonnes capacités de détente. Je note plus de résistance au niveau de son poignet droit, ce qui est à mettre en corrélation avec sa latéralité manuelle à droite.

Concernant le tonus postural, il présente une bonne résistance à la poussée, malgré une légère anticipation du mouvement.

Le tonus d'action a pu être évalué tout au long du bilan. Afin de l'investiguer davantage, je décide de faire passer les épreuves de diadococinésies. Mr. T présente de nombreuses syncinésies au niveau du poignet gauche, ainsi que des syncinésies faciales. Les mouvements présentent une lenteur, et ne sont pas fluides.

Nous finissons la séance avec une épreuve d'équilibre dynamique, consistant à faire des sauts au-dessus d'une corde à différentes hauteurs, avec ou sans élan. Mr. T a tendance à sauter beaucoup plus haut. Il est dans une volonté de « montrer ses capacités », chose qu'il verbalise. Néanmoins, ses représentations sont parfois erronées.

Pour conclure, Mr. T présente des difficultés notables concernant sa motricité globale et fine. Les mouvements manquent de fluidité et de souplesse, et présentent une lenteur. Ces difficultés sont à mettre en relation avec un défaut d'ajustement tonique qui est très présent chez ce patient. Il présente cependant d'excellentes capacités de détente. Mr. T est volontaire et de bon contact. Néanmoins, des difficultés de compréhension et d'expression rendent difficiles la gestion de situations le mettant en échec, ce qui a tendance à provoquer de fortes tensions internes et un recrutement tonique marqué.

## 2. Objectifs de prise en charge

Le bilan psychomoteur a permis de dégager plusieurs axes de prise en charge pour Mr. T. Tout d'abord, un travail sur les capacités motrices, qui concernera plus particulièrement le contrôle moteur, et les coordinations. Je pense également à un travail sur sa motricité fine.

En lien avec l'activité de stimulation cognitive, il me semble intéressant de stimuler sa mémoire. Il a montré à plusieurs reprises de bonnes capacités mnésiques, lui permettant une adaptation efficiente lors des jeux. Néanmoins, il ne l'utilise pas toujours de manière adaptée, ou ne fait pas d'effort de mémorisation du travail fait avec nous, ce qui représente une différence notable.

Par ailleurs, une revalorisation narcissique, associée à un travail sur la confiance en soi me paraît être un objectif de prise en charge pour Mr. T, qui a un rapport à l'échec difficile et une demande constante de réassurance. Ce travail est en lien avec celui sur les émotions, largement abordé dans sa prise en charge pluridisciplinaire.

De plus, le fait de le confronter, de manière réfléchie à l'échec constitue un autre axe de travail, dans un but de savoir accueillir et gérer la frustration qui en résulte.

Dans cette prise en charge, le cadre est une notion essentielle.

## 3. Les séances

Etant donné mon intégration rapide auprès de Mr. T et sa bonne réceptivité, ma maître de stage me laisse la main pour la prise en charge.

Avant chaque début de séance, lorsque nous allons le chercher sur son unité et que nous nous dirigeons vers la salle, Mr. T en profite pour me montrer ce dont il est fier : ses nouvelles chaussures, ses nouveaux vêtements, ou encore les nouvelles choses qu'il a apprises, comme faire ses lacets. C'est un moment relativement ritualisé, où Mr. T choisit toujours sa « voiture préférée » dans la cour.

Pour les séances, je décide de garder le schéma habituel, avec un premier temps au bureau puis une mise en jeu corporelle sur les tapis, pour enfin finir sur un temps calme. La présence de rituels avec Mr. T me semble d'autant plus essentielle.

Le premier temps au bureau débute toujours par un moment de discussion avec Mr. T, qui relate son expérience de vie au sein de son unité. Cette dernière étant source d'angoisses et de frustrations importantes, il me semble important d'être à l'écoute de Mr. T et de pouvoir mettre des mots sur ce qu'il ressent.

Il est par ailleurs important de lui rappeler que les remarques qu'il peut entendre de la part des soignants ne doivent pas le décourager. Mr. T est souvent dans la plainte, ce qui m'amène à lui rappeler qu'il va forcément sortir un jour de l'UMD et que les efforts doivent en premier lieu venir de lui, qu'il faut continuer ainsi.

Je décide ensuite de consacrer la première partie de la séance à un travail axé sur la motricité fine et le contrôle moteur. Pour cela, je choisis le jeu du Mikado. Mr. T présente une légère précipitation, mais sa concentration reste soutenue tout au long du jeu. Son envie de gagner, marquée par son besoin de compter chacun des Mikados gagnés, est irrépressible. Néanmoins, il ne développe pas pour autant de stratégie pour arriver à son but.

Lors d'une autre séance, je propose le jeu Suspend, consistant à poser en équilibre, après avoir tiré un dé, différentes tiges métalliques les unes sur les autres, créant ainsi une structure de plus en plus instable. Mr. T comprend rapidement les règles. Son envie de gagner est plus maîtrisée, il est adapté dans la relation. Avant de poser les tiges, il n'anticipe pas les mouvements de la structure, ce qui la rend encore plus instable. Par ailleurs, il n'accompagne pas la tige, ce qui témoigne d'une difficulté d'inhibition de l'action.

Aussi, je remarque qu'à plusieurs reprises, Mr. T coupe sa respiration au moment de poser la tige. Cela me fait penser au « tonus pneumatique », que l'on peut observer chez le tout-petit. Il a été décrit par A. BULLINGER (10). Le développement sensori-moteur se caractérise tout d'abord par la maîtrise de l'espace oral, puis celle du buste, qui « *passe par la constitution d'un équilibre entre musculature de flexion et d'extension permettant un progressif redressement. Cette coordination arrière/avant crée un arrière-fond* » (10). Selon l'auteur, c'est le milieu humain qui va devoir offrir ces appuis jusqu'au moment où le nourrisson aura conquis la station assise et intériorisé l'enroulement. Cet arrière-fond n'a pas que des composantes physiques d'appui. La présence humaine, le portage psychique sont essentiels. Pour compenser le manque de tenue du buste, on peut observer une conduite qui consiste à bloquer la respiration, appelée « *tonus pneumatique* ».

Au cours de la deuxième partie des séances, je propose systématiquement une mise en jeu corporelle afin de travailler les capacités motrices de Mr. T, point important de sa prise en charge pluridisciplinaire. Le parcours psychomoteur me semble un médiateur adapté. La création du parcours avec Mr. T s'avère plus difficile que ce que j'avais imaginé. En effet, le parcours créé par ce dernier est

relativement pauvre, avec un choix de matériel peu varié et très limité. Cela peut être dû au fait qu'il n'a pas forcément eu l'occasion d'en créer auparavant. Ainsi, un étayage important est nécessaire, ainsi qu'une aide appuyée pour trouver un enchaînement avec un début, un milieu, et une fin.

Cela fait écho avec ses difficultés de structuration et de représentation de l'espace, lors des épreuves de Marthe Vyl, ou encore dans la restitution de l'histoire dans l'ordre chronologique. Un défaut d'intégration temporelle entraînera des difficultés spatiales. En effet, selon A-C. GALLIANO, C. PAVOT et C. POTEL (3), les données spatiales et temporelles « *composent un ensemble indissociable : la pensée comme l'agir s'organisent dans un espace et une temporalité donnés* ». Ils sont des organisateurs du corps « *à la fois agent intégrateur, étai et référentiel de notre vécu sensori-moteur* » mais aussi psychiques.

Par ailleurs, Mr. T présente une rigidité mentale, probablement à mettre en lien avec son diagnostic de trouble du spectre de l'autisme. Il m'est compliqué de lui expliquer et lui faire comprendre mon point de vue. Mr. T peut alors se montrer opposant, ce qui m'oblige à lui rappeler le cadre de nos séances.

Lorsque nous réalisons les parcours, il nous perçoit avec ma maître de stage comme des « adversaires », terme qu'il a lui-même employé. Je tente au maximum de moduler cette concurrence, sachant à quel point la mise en échec peut être difficile à vivre pour lui. Je me permets cependant de gagner de temps à autre, dans un but d'aborder ce travail sur la frustration. Par ailleurs, il me semble que cela fait également travailler de manière indirecte sa problématique avec les femmes. En effet, le fait de gagner contre moi a pu provoquer par moments chez Mr. T un sentiment de toute-puissance. A l'inverse, perdre contre moi pouvait entraîner une certaine frustration, sentiment intéressant à provoquer mais surtout à accueillir.

Ici, tout l'enjeu a été de moduler cette frustration, et de tempérer ce sentiment de toute-puissance, tout en préservant l'alliance thérapeutique. L. ANDJELKOVIC (6), précise que le bébé établit dès la naissance une relation d'objet qui sera essentiellement au niveau fantasmatique. Les relations d'objet sont au centre de la vie émotionnelle, et représentent le mode de relation d'un être avec son monde. Les objets kleiniens ont un aspect polymorphe, mobile, un caractère constamment mouvant.

S. PARMENTIER (46) nous indique que le quasi-objet qu'est le sein est une construction au-dedans, le sein est un quasi-objet divisé, donc clivé en bon et mauvais. Ce clivage est au service du moi car il protège l'objet dont une partie au moins se trouve acceptée, la partie mauvaise exclue. Le clivage introduit aussi la limite entre le dedans et le dehors. Le bon sein devient le noyau du moi et garantit sa solidité. L'idéalisation du sein pousse à l'exagération de ses bonnes qualités pour faire barrage à la crainte du mauvais sein persécuteur.

Selon M. KLEIN (46), il y a l'idée que l'objet naît, non pas dans l'expérience de satisfaction, mais dans son contraire, l'expérience de la frustration, de la destruction et de la haine. Ces images fantasmatiques, bonnes ou mauvaises, opèrent chez l'adulte comme chez l'enfant, et qu'il s'agit là d'un mécanisme universel et perpétuellement actif.

Par ailleurs, la présence de ma maître de stage a permis de faire tiers dans la relation, en prenant parfois le rôle de la personne à accompagner. Cela a permis de valoriser Mr. T, qui se prenait au jeu de lui donner des conseils pour mieux y arriver, ou ne pas se tromper.

Nous effectuons les parcours en introduisant des variations de vitesses, ou en introduisant des difficultés supplémentaires. L'adaptation motrice et l'ajustement tonique sont compliqués pour Mr. T, mais il fait beaucoup d'efforts et se montre à l'écoute des conseils que je lui donne.

D'une séance à l'autre, Mr. T fait preuve d'une bonne mémoire puisqu'il est capable de me citer le matériel employé pour le parcours la fois d'avant. En revanche, la restitution des informations se fait par des mouvements, grâce au vécu corporel. La mise en mots et la verbalisation sont véritablement difficiles pour Mr. T.

Dans ses mises en jeu corporelles, le mouvement n'est pas fluide, il est dysharmonique et saccadé. Cela peut s'expliquer notamment par son manque d'anticipation lorsqu'il réalise les parcours.

Lorsqu'il est en difficulté, Mr. T répète ce qu'il a entendu dans la consigne, sans me dire s'il n'a pas compris. Je retrouve ici la peur d'échouer, que j'avais pu remarquer à plusieurs reprises dans son dossier. Chez les sujets psychotiques, la perte au jeu implique quelque chose du côté de la perte réelle, ce qui constitue une entame insupportable à vivre. Cela peut ainsi expliquer certaines des réactions de Mr. T pendant un jeu.

Pour le troisième temps de séance, je décide de lui proposer un temps calme, ou un temps de relaxation. J'ai noté durant le bilan de bonnes capacités à se relâcher, cela me semble être une piste afin de travailler sur la gestion de sa colère et de sa frustration. Ainsi, je propose dans un premier temps l'écoute d'une musique. Mr. T choisit d'être assis sur une chaise, la tête posée sur le bureau. Il ne paraît pas particulièrement sensible à cette approche, c'est pourquoi dans un second temps je lui propose une relaxation plus active, axée sur la respiration. C'est un exercice qui s'avère un peu difficile à première vue, mais qui me semble prometteur. Je n'ai malheureusement pas pu mettre en pratique de manière plus approfondie cet axe de travail, mais il me paraît pertinent à poursuivre.

Par ailleurs, je tiens à revenir sur un moment de la prise en charge que je considère important. Cela concerne un évènement qui s'est produit cette année dans un autre hôpital psychiatrique : il s'agit d'un patient qui a agressé une soignante, qui est décédée à la suite de ses blessures. Le centre hospitalier dont fait partie l'UMD a alors décidé de faire une minute de silence, afin de rendre hommage à cette personne. Il se trouve que nous étions en prise en charge avec Mr. T lors de cette dite minute de silence. Soudainement, alors que nous sommes en pleine activité, Mr. T aborde le sujet. Je lui propose alors de faire cette minute de silence, même si c'est de manière décalée. Après hésitation, Mr. T souhaite la faire.

Après cela, je décide d'aborder ses ressentis face au passage à l'acte, ce qui est pour moi un moyen de faire le lien avec sa propre problématique. Mr. T trouve l'acte « *très choquant* » et se dit très attristé.

Durant l'activité suivante, il participe à l'atelier de stimulation cognitive. L'ergothérapeute me rapporte qu'il a été très en retrait et dans ses pensées. Je le crois profondément perturbé par cet évènement.

Cela s'avère vrai lors de la séance suivante, la semaine qui a suivi. Il aborde spontanément le sujet lors du premier temps d'échange au bureau. Il arrive à mettre des mots sur ses émotions. Ainsi, il est « *en colère* », « *dégoûté* », « *choqué* », « *très triste* ».

Je le questionne alors sur la raison de cette colère. Il a alors du mal à verbaliser pourquoi et contre qui il est en colère. A plusieurs reprises, il parle comme si c'était lui qui avait agi. Au départ, il dit être en colère contre les infirmières qu'il a frappé. Finalement, je comprends qu'il n'arrive pas à nous dire qu'il est en colère contre lui-même. Lorsque je le formule pour lui, il admet et valide mes propos.

Cela représente un moment important, pouvant être perçu comme un tournant dans la prise en charge pluridisciplinaire. En effet, il est alors capable de faire un lien avec sa propre problématique, et semble comprendre les conséquences que peuvent avoir un tel acte, et leur gravité.

Pour la première fois en ma présence, il aborde de manière authentique sa problématique. Nous lui expliquons alors que ce qui vient de se passer est positif, que c'est signe d'une progression. Chacun a le droit de ressentir de la frustration et de la colère, l'essentiel étant de pouvoir la communiquer, afin de mieux pouvoir la gérer par la suite.

Pour conclure, Mr. T est un patient touchant se montrant toujours volontaire et de bon contact. La relation thérapeutique s'est rapidement installée avec ce patient, ce qui m'a permis de prendre en main sa prise en charge. Cette dernière s'étant brutalement arrêtée en raison du contexte décrit au début du chapitre 2, je ressens un sentiment d'inachevé. Il me semble alors important de poursuivre avec Mr. T la prise en charge, en abordant ou approfondissant d'autres points tels que la verbalisation des ressentis, le vécu corporel ou encore les émotions.

# CONCLUSION GENERALE

La psychomotricité, justement décrite comme métier de la relation, est une discipline ayant toute sa place dans une Unité pour Malades Difficiles. Dans cette dernière, nous retrouvons des patients atteints de pathologies complexes, rendant pour la plupart un rapport au corps difficile, voire angoissant.

Le psychomotricien, en instaurant un cadre thérapeutique juste et adapté, sera à même de rencontrer ces personnes, par le biais de médiations corporelles. Tout l'enjeu de cette rencontre étant d'instaurer une relation thérapeutique de confiance.

Mais qu'en est-il lorsque nous sommes face à cette population masculine ? Inexorablement, le fait d'être une femme entraîne une différence de comportement de la part des patients. L'importance ici étant de ne pas qualifier cette variation de comportement comme positive ou négative. En effet, il me semble essentiel d'avoir à l'esprit les difficultés que cela peut occasionner mais également les leviers.

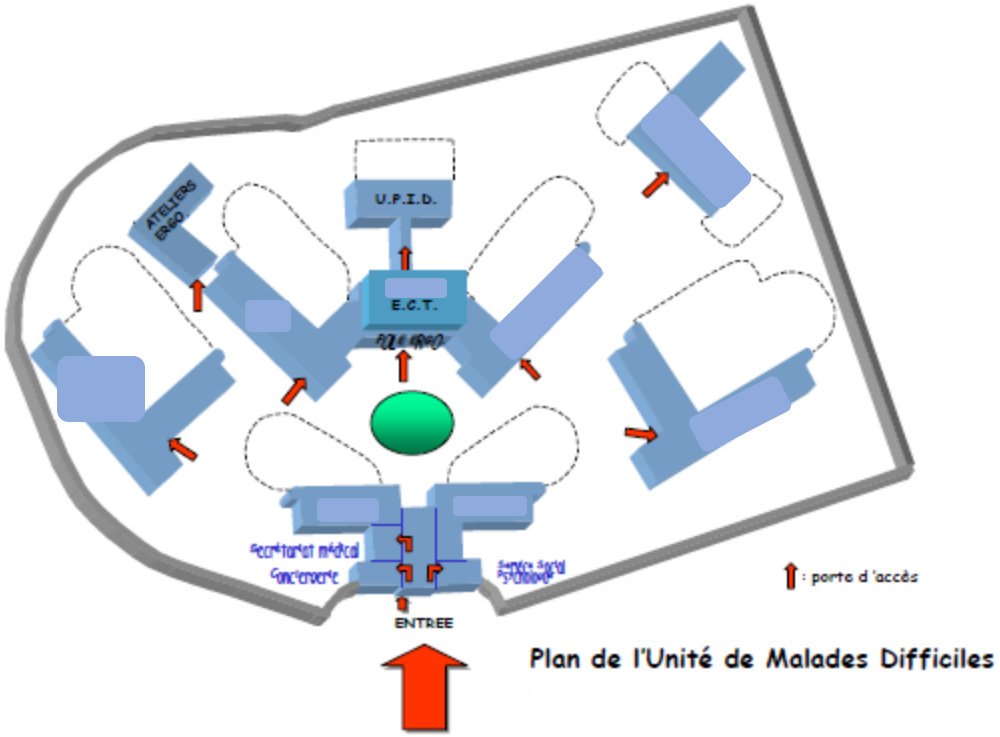
Nous avons vu qu'être une femme pouvait s'avérer plus compliqué lors de certaines situations de violence, où la vulnérabilité physique plus souvent retrouvée chez la gente féminine pouvait représenter un désavantage.

Par ailleurs, les patients peuvent parfois être persécutés par une présence féminine du fait de l'excitation sexuelle qu'elle suscite chez eux, et qu'ils projettent dans la personne qu'ils ont en face, pouvant entraîner des comportements inadaptés. Afin de prévenir ce genre de situations, l'importance du cadre thérapeutique est fondamentale. Ainsi, avec cet appui du cadre, il est possible pour chaque femme soignante de trouver une assise et une assurance suffisantes afin de mettre à l'écart ces tensions qui peuvent exister.

De plus, il peut être très intéressant d'être une femme soignante afin de pouvoir travailler avec les patients sur ces rapports sexualisés pouvant poser problème et de ce fait apporter une fonction contenante et apaisante.

Les médiateurs, venant se placer entre le soignant et le patient dans les séances, sont un excellent moyen de rentrer en relation avec les patients de manière moins directe et brutale. Ainsi, cela peut grandement faciliter, en tant que psychomotricienne, la mise en place d'une alliance thérapeutique qui, une fois établie, sera tout aussi solide et fiable qu'avec n'importe quel autre soignant. Bien plus encore, il est possible d'énoncer que, finalement, le médiateur est le psychomotricien lui-même. Ce dernier, de par ses capacités professionnelles, sera à même de prendre en charge et à sa charge une part de cet insupportable qui se produit parfois dans l'échange pour le sujet psychotique ou TSA. Avec cet appui du thérapeute, celui-ci pourra alors, même si cela peut être infime, agrandir, enrichir son expérience de l'environnement, le rendant ainsi moins dangereux.

# Annexe 1 – Plan de l'UMD



# Annexe 2 – Critères DSM-5 : diagnostic de la schizophrénie

A. Symptômes caractéristiques : deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

(1) Idées délirantes ;

(2) Hallucinations ;

(3) Discours désorganisé (c'est-à-dire coq à l'âne fréquent ou incohérence) ;

(4) Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;

(5) Symptômes négatifs, par exemple, émoussement affectif, alogie ou perte de volonté.

B. Dysfonctionnement social des activités.

C. Durée : des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A.

D. Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur.

E. Exclusion d'une affection médicale généralement due à une substance.

F. Relation avec un trouble envahissant du développement.

# Annexe 3 – Critères DSM-5 : diagnostic du TSA

A- Déficits de communication sociale

1. Déficit de réciprocité socio-émotionnelle
2. Déficit dans les comportements non verbaux de communication utilisés dans l'interaction sociale
3. Déficits dans le développement et l'entretien des relations à autrui conformes au niveau de développement

B- Comportements restreints et répétitifs

1. Discours, mouvements, ou utilisation d'objets stéréotypés ou répétitifs
2. Attachement excessif à des routines, comportements ou discours ritualisés, ou résistance excessive aux changements
3. Intérêts particulièrement restreints et sélectifs, anormalement focalisés ou intenses
4. Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel pour des aspects sensoriels de l'environnement

Des critères complémentaires doivent également être vérifiés :

C- Symptômes présents dès les étapes précoces du développement

D- Retentissement cliniquement significatif dans le fonctionnement social ou d'autres domaines

E- Troubles pas mieux expliqués par la déficience mentale ou le retard de développement

# Annexe 4 – Recommandations de la HAS concernant l'isolement et la contention

❖ Indications :

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.

- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.

- En dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.

❖ Contre-indications :

- Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.

- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.

- État clinique ne nécessitant pas un isolement.

- Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

# BIBLIOGRAPHIE


(1) **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé** : Recommandations pour la pratique clinique - Indications et modalités de l'Electroconvulsivothérapie, 1998 (http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Rpc/ECT.html)

(2) **ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P.**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 1 : concepts fondamentaux, Chapitre 5 : Le tonus et la tonicité*, p161 à 200, Deboeck Superieur, 2015

(3) **ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P.**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 1 : concepts fondamentaux, Chapitre 7 : L'espace et le temps*, p247 à 283, Deboeck Superieur, 2015

(4) **ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P.**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 2 : méthodes et techniques, Partie 1, Chapitre 1 : Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes*, p3 à 95, Deboeck Superieur, 2015

(5) **ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P.**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 2 : méthodes et techniques, Partie 2, Chapitre 1 : Méthodes de relaxation et gestion du stress*, p239 à 287, Deboeck Superieur, 2015

**(6)** **AN DJELKOVIC L.**, *Apport de Mélanie Klein à la compréhension du processus de séparation, p45 à 53, In Imaginaire & Inconscient 2002/4 (n° 8)* (https://www.cairn.info/revue-imaginaire-et-inconscient-2002-4-page-45.htm)

(7) **AN DRE P., BENAVIDES Th., GEROMINI F.**, *Corps et psychiatrie, Première partie - Chapitre 2 : De la connaissance du corps à sa représentation*, p37 à 52, 2ème édition révisée et argumentée Heure De France, 2004

(8) **AN DRE P., BENAVIDES Th., GEROMINI F.**, *Corps et psychiatrie, Troisième partie - Chapitre 2 : Les thérapies à médiation corporelle* p169 à 214, 2ème édition révisée et argumentée, Heure De France, 2004

(9) **Association Américaine de Psychiatrie**, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5ème édition, Masson, 2015

**(10)** **BU LLINGER A.**, *Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement,* p125 à 139, *In Contraste 2006/2 (N°25)*, (https://www.cairn.info/revue-contraste-2006-2-page-125.htm)

**(11)** CICCONE A*., Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*, p 81 à 102, *In Cahiers de psychologie clinique* 2001/2 (n° 17), (https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-81.htm)

(12) ***Comission** sur les violences sexuelles faites aux femmes du Collectif 13 Droit des Femmes,* 2002 (http://maisondesfemmes.free.fr/revue/violences/viol/violence.htm)

(13) CRAPLET M., *Brève histoire de l'assistance hospitalière aux malades mentaux*, p9 à 12, *In Revue L'architecture et la psychiatrie n°11*, édition Janssen-Cilag, septembre 2005

(14) D'OLIVEIRA J-P., *Création d'unité pour patients difficiles à Rueil-Malmaison*, p31 à 35, *In Revue L'architecture et la psychiatrie n°11,* édition Janssen-Cilag, septembre 2005

(15) Décret n° 2016-94 du 1er février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge | Légifrance

(16) DEGUILLAUME A. *« Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France : Etude descriptive sur leurs missions, leurs modalités de prise en charge et leur intégration dans le réseau de soin »* | Thèse n° 3182

(17) Dictionnaire des termes de médecine, Le Garnier Delamare, 23e édition, 2012

(18) Dictionnaire Le Robert, 1985

**(19)** Dr. LE BIHAN *L'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac (Gironde)* (http://www.senononline.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/ENM/le%20bihan.pdf)

(20) DU BOURG L., *Etre psychomotricienne auprès de patients psychotiques : les enjeux de la relation homme-femme dans une relation thérapeutique,* Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2013

(21) GLÜCK N., *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte – Chapitre 44 : Perversions sexuelles (paraphilies)*, p805 à 820, Presses Universitaires de France, 2012

(22) GROENEMEYER A., *Formes, sens et significations sociales de la violence*, p477 à 489, *In Déviance et Société*, 2006 (https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2006-4-page-477.htm)

(23) HALL Edward T., *La dimension cachée*, Edition Du Seuil, 1971

(24) HAOUZIR S., BERNOUSSI A., *Les Schizophrénies*, 3ème édition, Armand Colin, 2014

(25) Haute Autorité de Santé - *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, 2011

(26) Haute Autorité de Santé - *Recommandations Isolement et Contention en psychiatrie générale*, 2016

(27) Haute Autorité de Santé, *Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)*,2012, (https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501360/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement)

**(28)** http://www.formassad.fr/blog/differencier-agressivite-violence/

**(29)** https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-dangerosite.html

**(30)** https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_envahissant_du_développement

**(31)** https://sante.fr/unite-pour-malades-difficiles-umd

**(32)** https://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa/niveaux-de-soutien-niveau-de-severite/

**(33)** https://www.ch-cadillac.fr/structures/unité-dergothérapie-umd-cadillac

(34) https://www.universalis.fr/dictionnaire/dangerosite/

(35) KACHA N., *La fonction contenante du thérapeute*, in Chapelier et Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, p87 à 95, Eres, 2011

(36) LEMPERIERE Th., FELINE A., *Psychiatrie de l'adulte, Chapitre 17 : Les déviations et perversions sexuelles* p179 à 193, Masson, 1977

(37) LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge | Légifrance

(38) LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Article 69 | Légifrance

**(39)** MARTIN M., *Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité*, p103 à 120, 2011 (https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-103.htm#)

(40) MERLEAU-PONTY M., *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, 1973

(41) MILLEUR Y., *La contenance comme processus psychique*, in Revue Soins psychiatrie n°295, novembre/décembre 2014

(42) Organisation Mondiale de la Santé - *Définition de la violence* (https://www.who.int/topics/violence/fr/)

(43) Organisation Mondiale de la Santé : *CIM-10/ICD-10, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles comportementaux*, Masson, 1993

(44) PANKOW G., *L'homme et sa psychose*, p269 à 292, Flammarion , 2009

(45) PANNIER F., *CHS Chambéry : ouverture d'un pavillon d'hospitalisation pour patients à hospitalisation lente*, p16 à 18, in Revue L'architecture et la psychiatrie n°11, édition Janssen-Cilag, septembre 2005

**(46)** PARMENTIER S., *Les objets kleiniens*, p13 à 22 , *In Figures de la psychanalyse 2009/2 (n° 18)*, (https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2009-2-page-13.htm)

(47) PATRY C-A., *Parce qu'il est « en-corps » temps : Place de la psychomotricité dans l'abord des troubles corporels de malades difficiles*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux

(48) PERRIN J., MAFFRE T., LE MENN-TRIPI C., *Autisme et psychomotricité*, p12, DeBoeck Supérieur SA, 2019

(49) POTEL C., *Etre Psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir, Chapitre 2 : Le corps, reflet d'une société en changement*, p49 à 58, Nouvelle édition augmentée Eres, 2019

(50) POTEL C., *Etre Psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir, Chapitre 3 : Psychomotricité : un métier en lien avec son histoire et son environnement*, p59 à 76, Nouvelle édition augmentée Eres, 2019

(51) POTEL C., *Etre Psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir, Chapitre 19 : La question du cadre thérapeutique*, p357 à 381, Nouvelle édition augmentée Eres, 2019

(52) POTEL C., *Etre Psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir, Chapitre 21 : Médiations thérapeutiques et symbolisations en psychomotricité*, p400 à 415, Nouvelle édition augmentée Eres, 2019

(53) Rapport d'établissement, 2018

(54) SCHMITT S., BARBEY P., PEULLEMEUBLE T., THOMAS M., LASNE M., DAVID N., THOMAS J-M., *Les missions des infirmier(e)s et des aides soignant(e)s en unité pour malades difficiles, in Revue Soins psychiatrie n°261*, mars/avril 2009

(55) SCHMITT S., *Le quotidien des soignants en unité pour malades difficiles (UMD)*, 2009

(56) SEVERO D., *Histoire d'une collaboration : architecture et psychiatrie*, p5 à 8, *in Revue L'architecture et la psychiatrie n°11*, édition Janssen-Cilag, septembre 2005

(57) VOGEL F., *La fonction contenante : un double ancrage corporel et relationnel*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2015

(58) WINNICOTT D-W., *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*, p. 109-125., *In De la pédiatrie à la psychanalyse*, Petite bibliothèque Payot, 1983

(59) ZAGURY D., *Les passages à l'acte criminels*, p42 à 51, in Santé Mentale n° 165, Février 2012

(60) Zone Interdite, *La folie derrière les murs*, 1986

(61) Zone Interdite, *Qui sont ces fous que l'on enferme*, 2017

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS ..... 2
SOMMAIRE ..... 3
INTRODUCTION ..... 4
CHAPITRE 1 ..... 6
I. Fonctionnement institutionnel de l'Unité pour Malades Difficiles ..... 6
A. Présentation historique ..... 6
B. Population accueillie ..... 7
C. Conditions d'hospitalisation ..... 8
D. Architecture de l'établissement ..... 9
II. Pathologies rencontrées en UMD et problématiques associées ..... 12
A. Les pathologies ..... 12
1. La schizophrénie ..... 12
a) Généralités ..... 12
b) Historique ..... 13
c) Diagnostic et sémiologie ..... 13
d) Formes cliniques ..... 15
e) Conclusion ..... 15
2. Troubles envahissants du développement (TED) ..... 16
a) Définitions ..... 16
b) Le TED selon les classifications ..... 16
c) Différents niveaux de sévérité ..... 17
d) Conclusion ..... 18
3. Les déviations et perversions sexuelles ..... 18
a) Histoire, évolution des concepts et situation nosographique ..... 18
b) Epidémiologie et facteurs de risques ..... 19
c) La clinique ..... 20
d) Conclusion ..... 22
B. Problématiques ..... 22
1. Définitions ..... 22
a) La violence ..... 22
b) L'agressivité ..... 23
c) La dangerosité ..... 23
2. Passages à l'acte ..... 24
a) Passages à l'acte auto-agressifs ..... 25
b) Passages à l'acte hétéro-agressifs ..... 25
c) Recommandations de la Haute Autorité de Santé ..... 26
3. La violence institutionnelle en UMD ..... 26

C. Une prise en charge globale des patients à l'UMD ..... 28
1. Equipe soignante ..... 28
2. Travail pluridisciplinaire ..... 28
a) Une prise en charge cohérente ..... 28
b) Unité d'Ergothérapie ..... 29
3. Différentes formes de traitements ..... 30
a) Traitements médicamenteux ..... 30
b) Electro-convulsivothérapie ..... 30
c) Isolement et contention ..... 31
III. La relation thérapeutique homme-femme dans la prise en charge des patients à l'UMD ..... 32
A. La distance relationnelle : une histoire de proxémie ..... 32
1. Différents espaces ..... 32
a) Espace fixe ..... 32
b) Espace semi-fixe ..... 33
c) Espace informel ..... 33
2. Différentes distances chez l'Homme ..... 33
a) Distance intime ..... 34
b) Distance personnelle ..... 35
c) Distance sociale ..... 37
d) Distance publique ..... 38
3. Quelle distance choisir ? ..... 39
B. Le cadre thérapeutique ..... 41
1. Le cadre en psychomotricité ..... 41
a) Le cadre physique ..... 42
b) Le cadre psychique ..... 43
2. La fonction contenante du cadre thérapeutique ..... 44
a) La contenance corporelle ..... 44
b) La contenance psychique : le concept de W. BION ..... 45
c) La contenance du côté de la psychomotricité ..... 46
C. Approche en psychomotricité : les médiations ..... 48
1. Objectifs des médiations ..... 49
2. Objets des médiations thérapeutiques ..... 50
3. Intérêts des médiations thérapeutiques ..... 51
CHAPITRE 2 ..... 54
I. Cas clinique 1 : présentation de Mr. S ..... 54
A. Présentation de Mr. S ..... 54
1. Anamnèse ..... 54
2. Histoire de la maladie ..... 54

3. La prise en charge à l'UMD ..... 55
B. La prise en charge en psychomotricité ..... 56
1. Objectifs de prise en charge ..... 57
2. Observations cliniques ..... 57
3. La prise en charge individuelle de Mr. S ..... 59
a) Les premières rencontres ..... 60
b) Les séances ..... 61
c) Conclusion ..... 65
II. Cas clinique 2 : présentation de Mr. T ..... 66
A. Présentation de Mr. T ..... 66
1. Anamnèse ..... 66
2. Histoire de la maladie ..... 67
3. Prise en charge à l'UMD ..... 68
a) Au sein de l'unité ..... 68
b) Au sein de l'Ergothérapie ..... 69
B. Prise en charge en psychomotricité ..... 70
1. Bilan psychomoteur ..... 71
2. Objectifs de prise en charge ..... 75
3. Les séances ..... 75
CONCLUSION GENERALE ..... 80
Annexe 1 – Plan de l'UMD ..... 81
Annexe 2 – Critères DSM-5 : diagnostic de la schizophrénie ..... 82
Annexe 3 – Critères DSM-5 : diagnostic du TSA ..... 83
Annexe 4 – Recommandations de la HAS concernant l'isolement et la contention ..... 84
BIBLIOGRAPHIE ..... 85
TABLE DES MATIERES ..... 90