



HAL
open science

Danser en psychiatrie à la recherche de liberté: l'impact de la médiation danse en psychomotricité sur la liberté des personnes hospitalisées sur le long cours

Claire Régnier

► To cite this version:

Claire Régnier. Danser en psychiatrie à la recherche de liberté: l'impact de la médiation danse en psychomotricité sur la liberté des personnes hospitalisées sur le long cours. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297583

HAL Id: dumas-03297583

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297583>

Submitted on 23 Jul 2021

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.

Institut de Formation en Psychomotricité de la
Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



Danser en psychiatrie à la recherche de liberté

L'impact de la médiation danse en psychomotricité sur la liberté des
personnes hospitalisées sur le long cours.

Mémoire présenté par RÉGNIER Claire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de
psychomotricité

Remerciements

Je voudrais remercier tous ceux qui m'ont aidé et soutenu durant ces trois années de formations, riches en changements et en émotions.

Je remercie tout d'abord ma mère, d'avoir été là pour m'aider et me soutenir pendant les épreuves, et de m'avoir aidé à devenir la future psychomotricienne que je suis aujourd'hui... et pour ces soirées de relecture ! Mais également mon petit frère qui sans le savoir m'a été d'une aide précieuse.

Je remercie mon maître de stage et de mémoire Thomas Nguyen d'avoir su me guider durant toute cette année, de m'avoir encouragé et de m'avoir permis de construire ma vision de la psychomotricité et mes questionnements.

Je remercie Marine Bumba ma maître de stage de m'avoir également permis de construire ma pratique et de m'avoir encouragé.

Je remercie mes amies de l'IFP, Oriane et Hermance, avec qui j'ai partagé mes moments de doutes et de panique et qui ont toujours répondu présente.

Je remercie mon copain, Thomas, d'avoir été un réel soutien dans les moments difficiles de la rédaction de ce mémoire et d'avoir su trouver les mots pour m'aider à m'accrocher.

Et enfin, je garde une pensée particulière pour mon père, espérant qu'il voit ce que j'ai réussi à accomplir durant toutes ces années.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 6 |
| Partie théorico-clinique | 7 |
| 1 La liberté | 7 |
| 1.1 Généralités autour de la notion de liberté | 7 |
| 1.1.1 Sartre | 8 |
| 1.1.2 Heidegger | 9 |
| 1.1.3 Synthèse autour de la notion de liberté | 10 |
| 1.2 Les particularités de la liberté en psychiatrie | 10 |
| 1.2.1 La vie institutionnelle | 10 |
| 1.2.2 Les modalités d'hospitalisation | 14 |
| 1.2.2.1 L'admission | 14 |
| 1.2.2.2 L'hospitalisation | 14 |
| 1.2.3 Charte de l'usager en santé mentale | 15 |
| 1.2.4 Première approche de la psychiatrie | 16 |
| 1.3 La place de la liberté dans le quotidien des patients | 18 |
| 1.3.1 Julien | 18 |
| 1.3.1.1 Anamnèse | 18 |
| 1.3.1.2 Bilan | 20 |
| 1.3.1.3 Quotidien dans l'unité | 24 |
| 1.3.1.4 Taekwondo et musculation | 24 |
| 1.3.2 Etienne | 25 |
| 1.3.2.1 Anamnèse | 25 |
| 1.3.2.2 Bilan | 27 |
| 1.3.2.3 Quotidien dans l'unité | 30 |
| 1.3.2.4 Motricité en extérieur et relaxation | 31 |
| 1.3.3 Présentation du groupe | 32 |
| 1.3.3.1 Cadre du groupe | 32 |
| 1.3.3.2 Débuts du groupe | 34 |
| 1.3.3.3 Évolutions de chacun | 35 |
| 2 Réintroduire la liberté par la danse | 37 |

| | | |
|--------------------------|---|-----------|
| 2.1 | La médiation danse | 37 |
| 2.1.1 | Définition de la danse | 37 |
| 2.1.2 | Les particularités de la danse dans la médiation en psychomotricité | 38 |
| 2.1.3 | La danse dans le groupe | 40 |
| 2.2 | L'élaboration par la danse | 42 |
| 2.2.1 | Les fonctions psychomotrices | 42 |
| 2.2.2 | La réappropriation de soi | 43 |
| 2.3 | Propositions comme sources de liberté | 46 |
| 2.3.1 | Déplacements en musique | 47 |
| 2.3.2 | Improvisations | 47 |
| 2.3.3 | Création d'enchaînements | 49 |
| 2.3.4 | Création de la chorégraphie de fin d'année | 50 |
| Partie discussion | | 51 |
| 1 | Symbolisme et authenticité | 51 |
| 1.1 | Conflit entre vécu raconté et vécu réel | 51 |
| 1.2 | Mot en contradiction avec l'objectif | 52 |
| 2 | Institution | 53 |
| 3 | Limites et ouverture | 54 |
| Conclusion | | 56 |
| Bibliographie | | 57 |

Introduction

La liberté est un droit fondamental mais elle demeure malgré tout un réel débat dans le domaine de la psychiatrie. Mon questionnement s'est porté sur les conditions de vie des personnes hospitalisées après ma première entrée dans le service et a évolué tout au long de l'année, pour s'orienter vers la question de la liberté. Certains patients sont enfermés, avec un protocole clair et défini. Mais qu'en est-il de la liberté de mouvement ? Le choix de l'apport de liberté en psychiatrie comme sujet d'étude s'est donc construit au fil des mois de stage, à mesure que cette problématique prenait de l'importance dans mon approche du groupe danse, mis en place au mois de novembre avec mon maître de stage.

Au cours de l'année, la confrontation des points de vue de chacun dans l'unité m'a permis de réaliser que cette question de la liberté et la question du corps ne présentaient pas les mêmes enjeux pour les différents professionnels de l'unité. Elles ont une grande importance pour tous, mais sous divers aspects et selon diverses contraintes. Ces divergences peuvent impacter la mise en place de dispositifs allant dans le sens de l'apport de liberté et de la réappropriation du corps chez les personnes institutionnalisées si elles ne sont pas partagées et discutées en équipe.

J'ai alors interrogé la place de la liberté dans une unité accueillant des patients sur le long cours. La mise en place d'un groupe danse au sein de l'unité, la découverte de la danse en tant que médiation et l'exploration de ses particularités auront également guidé ce travail. La question de la liberté a impacté la mise en place de cette médiation et inversement, l'apport de liberté par la médiation danse a été l'un des objectifs des propositions du groupe. Il s'est alors instauré une boucle entre danse et liberté ou l'un nourrissait l'autre dans un dialogue et une constante adaptation.

C'est ainsi que s'est posée la question qui fera l'objet de ce mémoire. Comment la médiation danse en psychomotricité peut-elle avoir un impact sur la liberté des personnes hospitalisées sur le long cours ? La démarche de réflexion de ce mémoire est théorico-clinique. Bien que ma réflexion se veuille orientée vers la méthode phénoménologique, les notions de liberté et de réappropriation de soi sont vastes et il m'a été nécessaire d'en définir le cadre, support de ma réflexion.

Partie théorico-clinique

1 La liberté

1.1 Généralités autour de la notion de liberté

La liberté a de nombreuses définitions, celle-ci change selon la culture, l'environnement et même selon la vision que chacun en a. La liberté est un questionnement complexe en philosophie. De Descartes dans Méditations Métaphysiques (1625), à Sartre dans l'Être et le néant (1943) en passant par Spinoza et Kant, de nombreux philosophes se sont penchés sur la question, il existe donc une multitude de textes sur le sujet. A travers les époques et les diverses façons de pensées le corps, dualistes et phénoménologues, tous se sont heurtés à la question de la liberté. Le dualisme est une philosophie qui sépare le corps et l'esprit en deux entités distinctes, qui communiquent entre elles. La phénoménologie, que nous définirons plus loin, est une méthode descriptive basée sur l'étude des phénomènes dans une vision globalisante.

Afin de poser le cadre de ce mémoire, nous nous baserons sur les textes de Jean-Paul Sartre et de Martin Heidegger, tous deux philosophes appartenant au courant phénoménologique. Sartre est un des philosophes français à avoir fait connaître la phénoménologie en France. Le courant phénoménologique se base sur l'étude des phénomènes et le corps y a une place centrale. On retrouve cette place du « *corps organique en tant qu'il est perçu par moi de manière originale (dans l'instant) associé au psychique qui s'y incarne* » (Giromini, 2019, p. 8) dans la psychomotricité. Et pour cause, la phénoménologie a été une des références pour penser la psychomotricité. Julian De Ajuriaguerra (1974) a défini les troubles de la psychomotricité avec une orientation phénoménologique. En psychomotricité, les sensations et perceptions que l'on a de notre environnement sont mises en lien avec le corps. La phénoménologie est une méthode descriptive, elle a pour but de décrire les phénomènes et fait de l'expérience une des clés de la construction de notre identité psychocorporelle.

Le choix de ces philosophes est également basé sur leur vision d'un corps et d'un esprit unifiés. L'essence même de la psychomotricité est le lien entre corps et esprit. Suzanne Robert-Ouvray le développe dans divers ouvrages tels que *l'enfant tonique et sa mère* (2009). Selon elle, « *Le corps héréditaire et ses régulations physiologiques toniques et sensorielles ont un rôle déterminant à jouer dans la construction du sujet.* ».

1.1.1 Sartre

Jean-Paul Sartre est à l'origine de la posture existentialiste. Dans le livre *L'existentialisme est un humanisme* (2009), tiré de l'une de ses conférences, Sartre pose la théorie selon laquelle chez l'homme, l'existence précède l'essence. Sartre ne croit en aucun dieu et selon lui, l'homme n'a pas été créé dans un but précis. Les devoirs de l'homme dépendent de lui-même. Il est donc libre et responsable de ses actes par essence.

« [...] nous n'avons ni derrière nous, ni devant nous, dans le domaine numineux des valeurs, des justifications ou des excuses. Nous sommes seuls sans excuses. C'est ce que j'exprimerai en disant que l'homme est condamné à être libre. Condamné parce qu'il ne s'est pas créé lui-même, et par ailleurs cependant libre, parce qu'une fois jeté dans le monde, il est responsable de tout ce qu'il fait. » (Sartre, 2009, p. 39).

Utiliser le terme « condamné » pour parler de liberté renvoie également au fait que nous ne pouvons qu'être libre, puisque choisir de ne plus être libre est une liberté. Cette situation est paradoxale puisque nous n'avons d'autres choix que d'être libre. La liberté serait donc une des caractéristiques de l'homme.

Par la suite, Sartre explique que les choix de chacun impactent le monde.

« Choisir d'être ceci ou cela c'est affirmer en même temps la valeur de ce que nous choisissons, car nous ne pouvons jamais choisir le mal ; ce que nous choisissons c'est toujours le bien, et rien ne peut être bon pour nous sans l'être pour tous. » (Sartre, 2009, p. 32).

Ainsi, Sartre exprime que les choix, quels qu'ils soient, font toujours sens pour celui qui les fait, et que c'est par le corps que nous interagissons avec le monde.

1.1.2 Heidegger

Martin Heidegger est un philosophe allemand, qui s'inscrit dans le courant phénoménologique. Pour Heidegger (2018), la liberté répond à trois caractéristiques de l'existence humaine : l'existentialité, la facticité et la déchéance. Il oppose ainsi l' « *étant* », à l' « *être* ». L'être peut exister, se construire en tant que lui-même. L'homme est donc un être, libre de devenir lui-même. Par opposition, un objet, un caillou par exemple, est un étant puisqu'il n'a pas la possibilité de devenir autre que ce qu'il est. La première caractéristique de la liberté selon Heidegger est la liberté d'être.

Heidegger parle donc de l'homme comme d'un être, mais un être dont la condition est prédéfinie. Cette condition est prédéfinie puisque l'homme n'a pas la possibilité d'influer sur celle-ci. En effet, le monde dans lequel il est « *jeté* », selon Heidegger, existe déjà et s'est déjà construit. C'est la facticité. On peut ici voir un paradoxe de la liberté. L'homme est libre de ses actes dans un monde qu'il n'a pas choisi. La facticité ramène également au fait que nous arrivons dans le monde avec un corps, qui se veut physique et biologique, et dont le fonctionnement nous est imposé. Cette idée de la facticité du corps ramène au fait que nous avons tous un corps, semblable d'un individu à l'autre malgré les différences de chacun. Par essence, notre corps se rapproche donc de celui de nos semblables.

Ici se pose alors la question de l'altérité, que Heidegger décrit comme étant liée par nature à la notion d'« être », l'homme comme un « être-avec ». Tout cela implique que l'homme, s'il souhaite vivre de manière authentique, se doit d'accepter d'être une possibilité jetée puisqu'il n'a pas le choix du monde dans lequel il existe.

Le Dasein, qui se traduit en langage Heideggérien par « *être-là* », désigne l'homme en tant qu'être. Selon Heidegger, le Dasein vit dans un rapport à son environnement qui lui fait oublier sa nature. La facticité ramène l'homme à une certaine essence, au fait qu'il n'est que corps. Le fait d'exister lui permet de se détacher du fait de

n'avoir qu'un corps et lui permet donc de se tourner vers le monde, d'avoir des projets, de faire des expériences et donc d'être libre. La liberté c'est donc pouvoir se détacher de la facticité selon Heidegger.

1.1.3 Synthèse autour de la notion de liberté

Sartre et Heidegger considèrent donc que la condition de l'homme lui confère une liberté par essence. L'homme en est d'autant plus responsable de ses actes. Néanmoins le paradoxe de la liberté impose que nous soyons libre de faire nos choix dans un monde que nous n'avons pas choisi et avec un corps que nous n'avons pas choisi non plus. Pour autant, la liberté nous permet de nous détacher de cet aspect d'un corps uniquement biologique et d'y inclure notre environnement, nos expériences et nos projets.

Et quoi qu'il fasse, un homme ne peut se défaire de sa propre liberté. Lorsque l'on parle d'hospitalisation en psychiatrie, il y a dans certains cas privation de liberté. Cette privation est un choix qui est donc imposée au patient par un tiers. Cette décision fait sens pour ce tiers mais qu'en est-il du sens que prend cette décision pour la personne hospitalisée ?

Sartre et Heidegger, par leur vision phénoménologique, placent le corps objectif comme base de la réflexion, ce dernier étant l'objet de toute description phénoménologique rattachée à l'homme.

Dans le domaine de la psychiatrie, la liberté a un rôle et une importance particulière, elle fait l'objet d'un certain nombre de mesures, de loi et de protocoles.

1.2 Les particularités de la liberté en psychiatrie

1.2.1 La vie institutionnelle

Le lieu de mes observations et de ma pratique en psychomotricité se situe au sein d'un Établissement Public de Santé (EPS) spécialisé en santé mentale de la région parisienne. Cet établissement est composé de plusieurs unités

d'hospitalisation dans un grand parc arboré, ou l'on peut trouver entre autres un terrain de football, une salle de sport ainsi qu'une asinerie.

Elles ont été réalisées dans une unité PRDI (Pathologies Résistantes à Dépendance Institutionnelle) accueillant des patients adultes sur le long cours, que nous appellerons l'unité Cerise afin de respecter au mieux le secret médical.

Cette unité Cerise est située dans un coin de l'hôpital dans un bâtiment sur deux niveaux composée de 13 chambres, ainsi que deux chambres d'isolement. Certaines chambres sont doubles, l'unité est donc en capacité d'accueillir 16 patients. Le reste de l'unité se compose d'un grand salon au centre du bâtiment, une salle de soin, une salle de balnéothérapie, une cuisine thérapeutique, un bureau de psychologue, un bureau des soignants, une salle de réunions et d'une salle de psychomotricité. Elle dispose également d'un jardin avec un potager aménagé pour et par les patients chaque année.

L'équipe professionnelle de l'unité Cerise se compose :

- Des infirmiers, qui prodiguent notamment des soins médicaux et des traitements aux patients, mais font également des entretiens avec les patients et interviennent sur le côté relationnel, ils sont également présents lors de certaines activités thérapeutiques et peuvent en proposer.
- Des aides-soignants, qui sont auprès des patients dans les actes de vie quotidienne,
- Des agents de service et d'hygiène, qui veillent à la propreté de l'unité, s'occupent de la préparation des repas,
- Une médecin psychiatre, qui reçoit les patients en entretien afin d'évaluer leur santé mentale et adapte les soins en fonction de ses observations et de celles de l'équipe, mais aussi des demandes du patient,

- Une cadre de santé, qui a un rôle de coordination au sein de l'équipe soignante,
- Une psychologue, qui apporte un soutien psychique aux patients au sein de l'unité par des séances individuelles sur demande du patient ou de l'équipe,
- Une ergothérapeute, qui accompagne les patients dans des activités thérapeutiques avec pour objectif l'autonomisation dans le quotidien,
- Un psychomotricien, qui intervient auprès des patients par le biais de médiations selon des objectifs thérapeutiques définis en équipe. Ces objectifs sont établis sur une base pluridisciplinaire où chacun va apporter ses spécificités. Le psychomotricien va les aborder sous le prisme des fonctions psychomotrices et du relationnel.

Les patients qui y sont accueillis présentent des psychoses, psychoses infantiles vieillissantes, Trouble Envahissant du Développement (TED) ou Troubles du Spectre Autistique (TSA) selon la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) et troubles du comportement. (American Psychiatric Association et al., 2015)

Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), « Les psychoses, dont la schizophrénie, se caractérisent par une distorsion de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement. » (OMS, 2019)

Le TSA est décrit dans le DSM-5 comme un trouble neuro-développemental défini par deux dimensions symptomatiques : un trouble de la communication et des interactions et des comportements restreints et répétitifs. (Haute Autorité de Santé, 2018)

Le trouble de la personnalité se définit comme une perturbation de la personnalité et du comportement qui n'est pas liée à une pathologie ou une lésion (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 2007). Cela se traduit notamment par des difficultés d'ordre relationnel.

Ces patients y sont accueillis durant de plus ou moins longues périodes, pouvant aller de quelques mois à plusieurs années.

Lors de chaque admission, l'équipe définit un projet pour les patients en concertation avec ces derniers car ils sont les principaux acteurs dans leur parcours de santé d'après la charte de l'utilisateur en santé mentale. Cette charte fera l'objet de la partie 1.2.3 de ce mémoire. Toutes les décisions concernant les patients et l'institution sont prises lors de réunions hebdomadaires au sein de l'unité.

Une fois par mois, la réunion de l'équipe est institutionnelle, on y traite les sujets liés directement à l'unité tels que le fonctionnement de l'équipe, les budgets, les travaux à réaliser ou la mise en place de nouvelles activités. Les autres réunions sont consacrées aux patients. On y fait les transmissions à propos de chacun des patients, certaines informations peuvent nécessiter des discussions en équipe. Ces discussions interviennent dans le cadre du travail pluridisciplinaire, c'est l'occasion de mettre en commun les observations de chacun, ce qui permet l'harmonisation des pratiques et la synergie de l'équipe. Le travail pluridisciplinaire est bénéfique au patient dans le soin car il lui permet de mettre du sens et d'instaurer une continuité entre les différentes prises en soin. Cela permet également au patient de voir que toute l'équipe est engagée dans son suivi, posant ainsi un cadre institutionnel sécurisant.

Ces réunions sont également l'occasion d'informer toute l'équipe sur les évolutions concernant le projet de chaque patient. Ce projet vise principalement l'orientation vers une structure de vie pour ces patients institutionnalisés. Dans l'unité Cerise, les objectifs pour chaque patient sont complexes à atteindre. En effet, ces patients présentent des troubles psychiques lourds et il y a peu d'interventions de l'assistante sociale, en charge de plusieurs unités. Malheureusement, ce manque de moyens rend les recherches complexes et les séjours se prolongent. Ces longs séjours rendent d'autant plus importante la question de la liberté puisque l'unité Cerise en devient un lieu de vie sur le long terme pour la plupart des patients.

1.2.2 Les modalités d'hospitalisation

1.2.2.1 L'admission

Depuis 1990, l'hospitalisation en psychiatrie peut se faire selon trois modes d'admission. Ces modes d'admission ont été modifiés par la 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. Ils sont désormais :

- le Soins Psychiatriques Libres (SPL), le patient demande lui-même à être hospitalisé en psychiatrie afin de bénéficier de soins,
- Le Soins Psychiatriques sur demande d'un Tiers (SPT), un proche du patient prend la responsabilité de la demande d'hospitalisation ,
- Le Soins Psychiatriques sur décision du Représentant de l'État (SPRE), le préfet prend la responsabilité de la demande d'hospitalisation. Le maintien de cette décision sera régulièrement contrôlé par le juge des libertés.

Le juge des libertés a pour mission de contrôler de manière régulière la pertinence du maintien des patients en SPRE. Tous les 6 mois, le juge reçoit le patient afin de renouveler, ou non, la demande d'hospitalisation.

1.2.2.2 L'hospitalisation

En psychiatrie il existe plusieurs modes d'hospitalisation, en temps complet, de jour, de nuit, à domicile... L'unité Cerise accueille les patients en temps complet au sein de la structure. Chacun a une chambre, parfois partagée avec une personne et tous partagent les espaces communs.

L'unité Cerise accueille des patients en SPL, en SPT et en SPRE. Le fait qu'elle accueille en grande majorité des patients en soins psychiatriques libres est en contradiction avec le fonctionnement même de l'unité. Les patients en SPL sont, au même titre que les autres, soumis au fait que tout y est fermé à clefs et que chaque patient se doit de respecter les règles établies, le contraire même de la liberté. Les

patients ne peuvent accéder aux différentes salles sans accompagnement. Il en va de même pour l'extérieur puisque chaque sortie doit être autorisée par l'équipe. Cette nécessité d'une autorisation va également à l'encontre de la notion de liberté.

Cette question de la liberté est encore plus présente au sein de l'équipe avec les restrictions liées à la situation sanitaire engendrée par la COVID-19. Les permissions sont limitées, certains patients ne peuvent plus rentrer chez eux le week-end aussi librement qu'avant.

1.2.3 Charte de l'utilisateur en santé mentale

Cette charte¹, affichée à l'entrée de l'unité Cerise, a été signée le 8 décembre 2000 à Paris par la Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés, ainsi que par les responsables de la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (F.N.A.Psy) et les présidents et vice-président de la conférence qui a donné lieu à cette charte. Elle décrit en six points les considérations qui doivent être attribuées aux « usagers en santé mentale ».

Nous nous intéresserons à l'un de ces six points, intitulé « Une personne qui participe activement aux décisions la concernant ».

Dans cet extrait est mentionné le fait que l'utilisateur doit toujours être placé comme acteur principal de son parcours de soin. Chaque démarche clinique doit donc faire l'objet de l'adhésion du patient. Le soignant est alors dans l'obligation d'adapter le soin aux demandes du patient et ce dernier est libre de refuser ou d'accepter le soin qui lui est proposé. Cela implique que le patient hospitalisé (hors hospitalisation sous contrainte) doit pouvoir conserver un maximum de liberté dans la démarche de soin. C'est par ailleurs l'objet de cette phrase « sera néanmoins toujours recherché le plus haut degré d'information et de participation à tout ce qui le concerne dans ses soins ou sa vie quotidienne. » Il est donc inscrit dans cette charte que tout patient en SPL doit pouvoir conserver une liberté de mouvement maximale. Cette liberté de mouvement et de choix implique que le patient est en mesure de faire ses choix et de conserver ses objectifs de vie grâce à un accompagnement adapté. Or maintenir

¹ Cf. Annexe 1 : Charte de l'utilisateur en santé mentale

ces objectifs et la capacité de la personne à se projeter dans l'avenir donne un but à atteindre et une motivation certaine qui pourra s'appliquer dans l'adhésion au soin. Ainsi, garantir une liberté la plus importante possible pourra avoir un impact sur la capacité de la personne à tout mettre en œuvre retrouver un équilibre psychocorporel qui lui permettrait de réintégrer la société. Ainsi, serait-il important de se poser la question suivante : la liberté serait-elle une façon de favoriser l'avancée d'un parcours de soin ? Conserver ce questionnement tout au long de l'accompagnement d'un patient serait alors un moyen de ne pas se laisser aller à une privation de liberté excessive dans certains cas de soin psychiatrique.

1.2.4 Première approche de la psychiatrie

Il me semble important de partager cette expérience afin de montrer l'impact qu'elle a eu sur ma réflexion, et comment mon ressenti a pu modifier ma façon d'aborder les choses. Ma vision de la psychiatrie est subjective et l'image que je me fais de la place de la liberté dans cette institution est grandement impactée par mon vécu, ce qui rend nécessaire le partage de celui-ci.

Sur ce point, Husserl introduit le concept d'intersubjectivité qui compose selon lui l'objectivité.

« le monde objectif, comme idée, comme corrélatif idéal d'une expérience intersubjective idéalement concordante – d'une expérience mise en commun dans l'intersubjectivité – ce monde doit par essence être rapporté à l'intersubjectivité, constituée, elle-même, comme idéal d'une communauté infinie et ouverte, dont les sujets particuliers sont pourvus de systèmes constitutifs correspondant les uns aux autres et s'accordant les uns avec les autres. » (Husserl, 1966).

Selon lui la subjectivité de chacun a donc sa place dans l'opinion commune. Une convergence de subjectivités permet de définir l'objectivité. C'est l'une des raisons de la présence de ce récit d'expérience.

Lorsque je suis entrée pour la première fois dans cette unité, j'ai été frappée par une sorte de clivage physique entre soignants et patients. Dans ce bâtiment tout est fermé à clefs et le passage du salon des patients à la salle des soignants a eu un effet fort sur moi. Cet effet est le résultat de l'ambiance assez particulière qui règne dans ces deux lieux.

Du côté des patients, certains fument dehors, d'autres déambulent dans les couloirs, une patiente est allongée dans un des canapés, comme un corps inerte mais en attente de quelque chose. Le terme de « patient » semble ici prendre tout son sens. Certains semblent enfermés dans le rythme de l'institution, comme si leurs journées se résumaient à attendre que quelqu'un vienne les chercher.

De l'autre côté de la porte fermée à clefs, les soignants semblent pris dans une grande discussion concernant les patients. La différence des événements entre ces deux salles m'a donné l'impression de deux mondes aussi liés que différents au sein d'un même bâtiment.

Ce clivage se retrouve jusque dans la tenue. La blouse, est ici comme le maillot d'une équipe. Elle modifie l'attitude vis-à-vis de la personne qui la porte et le regard qui lui est porté. L'expérience de Stanford, fortement critiquée pour ses biais méthodologiques, demeure une référence que l'on retrouve dans de nombreux travaux scientifiques. Cette expérience montre qu'un contexte précis et une tenue suffisent à changer le regard et le comportement des individus portés les uns sur les autres.

Ce clivage m'a dans un premier temps un peu inquiété jusqu'à ce que je me rende compte que le psychomotricien semblait naviguer entre ces deux univers, comme un médiateur entre les patients et l'institution. Il n'a pas de blouse, mais il a les clefs.

Cette impression de clivage s'est ensuite nuancée au cours de mon stage, par l'attachement réciproque entre les patients et l'équipe qui peut être observé au sein de la structure. À certains moments de réunions notamment, les membres de l'équipe parlent de leur quotidien avec les patients avec beaucoup d'affects, ils sont

particulièrement concernés par les décisions prises pour eux. De même, lorsque l'on discute avec les patients, on peut deviner leur lien fort avec l'équipe.

Cette entrée dans le monde de la psychiatrie adulte a été particulièrement éprouvant, et imaginer ces personnes vivre enfermées dans ce lieu m'a, dans un premier temps, mis face à quelque chose de difficile à concevoir et à supporter. Il m'était complexe d'avoir une représentation claire de ces pathologies par la simple description théorique de mes cours. La réalité de ce vécu particulier et prenant, en décalage avec mes attentes, m'a demandé un certain temps d'adaptation. Une fois ce temps d'adaptation passé, j'ai pu découvrir la singularité de cette institution et la personnalité de chacun.

Le quotidien des patients est rythmé par l'institution et la liberté de mouvement accordée au patient peut être impactée par leur pathologie, leur rapport aux autres et l'organisation de l'institution.

1.3 La place de la liberté dans le quotidien des patients

1.3.1 Julien

1.3.1.1 *Anamnèse*

Julien est un homme de 39 ans. Il est de petite taille et de corpulence moyenne, il est légèrement enroulé, le dos voûté et peut apparaître peu sûr de lui par sa démarche lente et peu assurée. Lorsqu'il marche, on peut observer qu'il n'y a pas de déroulement du pied droit, la voûte plantaire s'affaisse et la malléole interne se rapproche du sol. Il s'agit du syndrome du pied valgus. Sa cheville s'affaisse lorsqu'il est en position statique. Ces particularités impactent sa posture, augmentant l'impression d'un manque d'assurance. Il y a également une absence de ballant au niveau des membres supérieurs, impactant sa vitesse. On observe également des dyskinésies, mouvements anormaux involontaires, au niveau de sa mâchoire lorsqu'il se concentre sur quelque chose.

Julien est en retrait dans l'unité et dans les temps de groupe. Au premier abord, il semble peu avenant, il apparaît réservé et parle peu mais lorsque l'on vient vers lui, il est capable de tenir une discussion et d'argumenter. Dans des interactions plus directes, Julien se révèle souriant et accessible. Il est également impliqué dans le groupe, chaque jeudi, il vient avec quelques minutes d'avance, et s'assure de ne jamais être en retard.

La pathologie qui touche Julien est le syndrome de Williams Beuren, une maladie génétique rare caractérisée notamment par une maladie cardio-vasculaire, une déficience intellectuelle modérée, un retard psychomoteur (retard moteur et d'apparition du langage), un retard de croissance, un profil comportemental particulier (hypersociabilité) et une dysmorphie faciale. (*PNDS - Syndrome de Williams-Beuren*, 2014). Néanmoins, Julien ne manifeste pas d'hypersociabilité au sein de l'unité.

Julien est arrivé dans l'unité en février 2020. En ce qui concerne son parcours, il a été pris en charge assez jeune en psychomotricité pour un retard psychomoteur et en orthophonie pour des difficultés de langage. Sa scolarité a été aménagée depuis le CP pour l'aider dans ses troubles des apprentissages. Il a par la suite été admis dans un établissement médico-éducatif (EME), puis en établissement et service d'aide par le travail (ESAT). Le travail à l'ESAT a été interrompu au moment de l'hospitalisation de Julien, à cause de l'apparition de symptômes invalidants tels que des difficultés dans les tâches de précision et une anxiété importante vis-à-vis des machines sur son lieu de travail. Il n'a pas repris cette activité en ESAT à ce jour.

Aujourd'hui, Julien présente une anxiété importante liée à certains sujets et une anosognosie, terme désignant l'absence de conscience des troubles chez une personne. Il a également arrêté de pratiquer certaines activités qu'il apprécie telles que la danse (jusqu'à la mise en place du groupe) et l'ordinateur. Il ne manifeste cependant aucune tristesse selon ses dires lors d'un entretien avec une neuropsychologue, et s'intègre bien dans l'unité. Il participe à des séances de psychomotricité hebdomadaires ainsi qu'au groupe danse. Il reprend aussi progressivement contact avec certains amis de l'extérieur. Julien garde un lien avec sa famille, il se rend fréquemment en week-end chez sa mère ou il peut également

voir sa sœur. Sa mère a une place importante dans la prise en soins de Julien puisque c'est elle qui continue de gérer ses rendez-vous médicaux hors de l'unité dans le cadre de sa pathologie.

Le projet de Julien présente plusieurs possibilités qui sont encore en discussion actuellement, notamment une orientation vers un hôpital de jour ou l'admission dans un foyer et/ou la reprise d'un travail en ESAT, autre que le précédent. Cette dernière possibilité se révèle complexe à mettre en place au regard de l'évolution des difficultés de Julien mais n'est pas entièrement exclue par l'équipe.

1.3.1.2 Bilan

Nous faisons passer un bilan à Julien auquel il se prête volontiers et il se montrera attentif durant ces évaluations. Les tests qui ont été proposés à Julien sont des tests étalonnés pour les enfants. Julien étant hors cotations, les résultats de ces tests se baseront sur des observations. Julien a passé les tests suivants :

- L'échelle de coordinations motrice de Charlop-Atwell, qui évalue la motricité globale, les coordinations et l'équilibre, (Albaret & Noack, 1980)
- Les épreuves de rythme de Mira Stambak, qui permettent l'observation du rythme spontané de la personne, sa capacité de structuration du rythme, sa mémoire auditive ainsi que sa capacité à accéder au symbolisme, (Pireyre, 2000)
- Le test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl, qui évalue l'organisation visuo-spatiale et ses capacités de mémorisation,
- La batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant (MABC-2), tranche d'âge 3, épreuves d'équilibre et de viser et attraper, (Marquet-Doléac et al., 2016)
- L'Évaluation de la Motricité Gnosopraxique distale (EMG), qui permet d'évaluer les praxies ainsi que l'orientation et l'organisation spatiale, (Vaivre-Douret, 1997)

- Le test du bonhomme de Florence Goodenough, qui permet d'observer le niveau de connaissance du schéma corporel mais permet également des observations au niveau du graphisme,
- Le test des somatognosies de Bergès, qui évalue les connaissances du vocabulaire du corps,
- L'examen du tonus, qui permet d'apprécier le niveau de tonicité et la capacité à réguler son tonus.

Ces tests ont permis les observations suivantes :

- **Tonus :**

Lors de l'examen du tonus de fond, le ballant n'est pas observable au niveau des membres inférieurs et supérieurs. Julien bloque le mouvement de manière involontaire et ne parvient pas à se laisser mobiliser.

Sur les épreuves d'extensibilité, l'amplitude est faible, particulièrement au niveau des membres inférieurs. Ces observations montrent que Julien est hypertonique, ce qui rend l'examen du tonus complexe à effectuer.

- **Motricité globale et fine :**

Julien parvient à réaliser les épreuves de viser et attraper du MABC-2.

Cependant, le test de l'EMG (Évaluation de la Motricité Gnosopraxique distale) témoigne des difficultés praxiques importantes de Julien. Les mouvements les plus complexes sont en échec avec un manque de déliement digital et on observe beaucoup de pièce à pièce pour les mouvements moins élaborés.

- **Coordinations/dissociations :**

Lors du test de Charlop-Atwell, Julien montre des difficultés de coordinations et dissociations notamment lors des épreuves du pantin et de l'animal préhistorique. Il est désorganisé dans ces épreuves et présente des difficultés à effectuer les différents mouvements simultanément et en synergie.

- **Équilibre :**

Tout au long du bilan, Julien présente d'importantes difficultés d'équilibre. Le test de la pointe des pieds du Charlop-Atwell, met en évidence des difficultés d'équilibre statique.

Lors de l'épreuve des sauts en zigzag, Julien va trop vite pour être stable et présente donc d'importants déséquilibres.

L'épreuve de découpage de la ligne du Marthe Vyl nous montre des difficultés d'équilibre dynamique, Julien ne parvient pas à marcher en ligne droite sans déséquilibres. On peut associer ces difficultés à un manque de régulation tonique influant sur son équilibre.

- **Fonctions cognitives :**

Les capacités mnésiques de Julien ont pu être un frein au bon déroulement de certains des tests, notamment lors de l'épreuve des voyages du test de Marthe Vyl, ou Julien a échoué à reproduire les trajets demandés parce qu'il ne parvenait pas à les retenir. La mémoire pourrait également avoir eu un impact sur l'échec de la retranscription sur feuille des trajets.

On peut également retrouver des difficultés mnésiques lors du test de Mira Stambak.

Le test de Marthe Vyl nous permet également d'observer des difficultés de planification. Lors de ce test, Julien n'est pas parvenu à adapter la longueur de ses pas dans l'épreuve des pas comptés. Cela met en évidence la difficulté pour Julien d'organiser le geste avant de l'effectuer.

- **Espace et temps :**

Cette épreuve des pas comptés met également en évidence des difficultés d'organisation visuo-spatial, notamment au niveau de l'adaptation à l'espace et de la structuration spatiale.

Julien ayant également été dans l'incapacité de retranscrire sur la feuille les trajets de l'épreuve des voyages du Marthe Vyl, cela peut laisser supposer outre les

difficultés mnésiques, des difficultés d'orientation et de structuration spatiale et temporelle.

Le test de Mira Stambak a mis en avant un tempo spontané rapide chez Julien et des difficultés à reproduire des structures rythmiques irrégulières.

- **Représentations corporelles :**

Au dessin du bonhomme de Goodenough, le dessin de Julien est peu détaillé. La tête est la partie la plus détaillée du dessin mais elle reste sommaire. On peut observer sur ce dessin qu'il se joue quelque chose de particulier avec les membres inférieurs qui sont moins détaillés encore, montrant un désinvestissement des membres inférieurs chez Julien.

Au test des somatognosies, le vocabulaire du corps est pauvre, seuls les termes les plus couramment utilisés (cheveux, yeux, mains...) sont connus. Les termes plus précis (pommettes, sourcils, paumes...) ne sont pas connus. Julien confond également certains termes aux sonorités similaires tels que cou et coude ou cils et sourcils.

- **Conclusions du bilan :**

Lors de ce bilan, Julien présente des difficultés motrices importantes. Les tests mettent en lumière des difficultés au niveau de la motricité globale, notamment de l'équilibre et des coordinations et dissociations. Il présente également des difficultés dans l'organisation visuo-spatiale. Ces observations vont dans le sens d'une dyspraxie. De plus, Julien présente également des difficultés de structuration temporelle, qui pourraient être liées à l'organisation visuo-spatiale et des difficultés mnésiques qui pourraient être mises en lien avec la dyspraxie et les troubles attentionnels qu'elle peut engendrer. On observe un désinvestissement corporel important chez Julien.

Les médiations d'expression et de conscience corporelle peuvent être proposées à Julien pour l'aider à surmonter ses difficultés. Ces médiations pourraient être des sports de combat, la danse ou la relaxation.

1.3.1.3 Quotidien dans l'unité

Julien partage sa chambre avec un autre patient. Dans sa chambre, Julien possède quelques affaires personnelles, notamment un téléphone portable qui lui permet de garder contact avec ses proches par exemple, ce qui est rare dans cette unité.

En dehors des périodes de confinement liées à la COVID-19, Julien bénéficie parfois de sortie pendant le week-end pour passer du temps avec ses proches. La situation sanitaire actuelle oblige l'hôpital à limiter ces permissions de sortie. Julien sort de l'unité accompagné de sa mère pour des visites régulières à l'hôpital dans le cadre du suivi de sa pathologie. Dans l'unité, il paraît plutôt solitaire et semble avoir peu de contact avec les autres patients en dehors des temps d'activité.

Ses journées sont organisées selon le rythme de l'unité. Le matin, la douche, le petit déjeuner et les traitements sont donnés à heures fixes, les repas sont également pris à heures fixes. Les matinées et après-midi sont occupées par des temps libres que Julien passe souvent dans sa chambre ou par les activités. Julien participe au groupe danse mais également à des séances de Taekwondo proposées pour un groupe réunissant plusieurs unités, et des séances groupales de musculation hebdomadaires avec le psychomotricien.

1.3.1.4 Taekwondo et musculation

Lors des séances de Taekwondo, Julien a noué des relations avec les patients venant d'autres unités. Il apprécie cette activité et ce temps de partage avec des personnes extérieures à son entourage quotidien. Néanmoins lors des séances, Julien est en difficulté lors du travail en binôme ou en groupe. Toutefois il parvient à réaliser les exercices en étant accompagné et guidé précisément.

La séance commence toujours par un échauffement durant lequel tout le groupe doit reproduire les mouvements proposés par le professeur. Durant ce temps, Julien a des difficultés à effectuer les mouvements sans aide extérieure. Il reste statique et observe le groupe. Sa dyspraxie lui rend ces mouvements particulièrement difficiles

à reproduire. Après l'échauffement, le groupe est divisé en deux en fonction des niveaux. Julien, ayant commencé l'activité depuis peu, il est avec les débutants.

La seconde partie de la séance est dédiée aux poomse, enchainements de mouvements de combats chorégraphiés sans adversaire. Lors de l'apprentissage de ces poomse, Julien requiert une attention particulière de la part du professeur afin de parvenir à exécuter les mouvements. Lorsqu'on l'interroge sur sa progression, Julien nous affirme être capable de reproduire les poomse. Cependant la réalisation de ceux-ci montre d'importantes difficultés d'exécution et de mémorisation des mouvements, témoignant à nouveau de son anosognosie.

L'exercice suivant est un entraînement au self-defense. Cet entraînement se fait en binôme. Selon son partenaire, Julien va avoir plus ou moins de facilité à réaliser les prises. En effet, Julien parvient plus facilement à exécuter les mouvements demandés lorsqu'il est en binôme avec une personne qui l'encourage et est capable de le motiver.

Les séances de musculation se font dans la salle de musculation de l'hôpital. Julien travaille le déroulé du pied sur le tapis de course, qui doit parfois être repris mais s'automatise au cours des séances. Julien travaille aussi sur le déroulé du bras avec une charge additionnelle afin de prendre conscience du fait qu'il garde naturellement les bras fléchis devant lui avec les poignets pliés. La contraction du triceps va alors stimuler cette zone et muscler l'arrière du bras afin que l'extension soit plus naturelle pour Julien. Ces séances de musculation permettent à Julien de renforcer son schéma corporel, de retrouver une liberté de mouvement et de réinvestir son corps par des objectifs concrets.

1.3.2 Etienne

1.3.2.1 *Anamnèse*

Etienne est un homme de 34 ans. Physiquement, Etienne est de taille moyenne et plutôt mince, on peut également observer une hyperlaxité importante des membres dans ses mouvements. Lorsqu'on le rencontre, on peut vite remarquer qu'il

se joue quelque chose de particulier au niveau corporel chez Etienne. Il présente une cicatrice sur le crâne, trace d'une lobectomie cérébrale lorsqu'il était plus jeune pour traiter son épilepsie.

Etienne est angoissé par l'abandon et cela se ressent dans son attitude. Cette angoisse est directement liée à son passé. Etienne a été abandonné par ses parents pour qui le handicap de leur fils a été trop complexe à accepter et a subi des maltraitements de la part de son beau-père. Il n'a plus aucun contact avec eux. Aujourd'hui, Etienne a constamment besoin d'être rassuré et de voir qu'on ne l'oublie pas. Il peut parfois tout faire pour se faire remarquer par peur d'être à nouveau abandonné.

Lorsqu'il fait des progrès, il souhaite qu'il y en ait une trace écrite. Il demande également à ce que l'on informe les infirmiers de ses réussites et a du mal à être fier de lui-même. À la fin de chaque séance du groupe danse, bien qu'il ne sache pas lire, il veille à ce que les séances suivantes soient écrites dans son agenda. En entrant dans la salle, Etienne met beaucoup de temps à se préparer. Lorsque la fin du groupe arrive, il met à nouveau beaucoup de temps à en partir comme pour prolonger ce moment où il est accueilli, où nous lui proposons quelque chose.

Etienne a également un rapport particulier aux objets, le peu d'effets personnels qu'il possède sont pour lui des biens précieux. On pourrait faire un rapprochement entre l'importance qu'accorde Etienne à ces objets avec l'enveloppe d'objets que se forment les patients atteints du syndrome de Diogène. Néanmoins, Etienne étant en chambre sécurisée, le protocole ne l'autorise pas à avoir d'effets personnels dans sa chambre. On peut alors se questionner sur son vécu vis-à-vis de cette situation et de cette privation d'une liberté qui semble avoir une forte importance pour Etienne. Cela peut renforcer son rapport particulier aux objets, qu'il retrouve lorsqu'il quitte sa chambre pour ses activités ou ses temps de sorties.

Etienne a un lourd passé médical. Il est atteint du syndrome de Wollf-Parkinson, et d'une dysplasie frontale droite, malformation des cellules du cerveau survenue lors du développement, qui peut être mise en lien avec son épilepsie. Celle-ci a été

longuement surveillée. L'opération du cerveau subie par Etienne a accentué ses troubles du comportement.

Le premier séjour d'Etienne en psychiatrie date de 2004 et il est hospitalisé depuis 2006. Etienne a été admis en psychiatrie de nombreuses fois avant d'arriver dans l'unité et d'y être hospitalisé à temps plein pour des troubles du comportement avec risque de passage à l'acte. Il présente une dépendance institutionnelle liée à ses pathologies.

Aujourd'hui, Etienne est en SDRE, il est en chambre sécurisé par mesure préventive et il fait l'objet d'un suivi régulier du juge des libertés.

1.3.2.2 Bilan

Lors du bilan, Etienne a réussi à maintenir une certaine attention durant les épreuves mais il a manifesté une grande impulsivité tout au long du bilan.

Etienne a été évalué par les tests suivants, qui n'ont pu être coté, Etienne étant hors des âges de passation de ces tests :

- L'échelle de coordinations motrice de Charlop-Atwell,
- Les épreuves de rythme de Mira Stambak,
- Le test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl,
- Le test de la figure complexe de Rey A,
- La batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant (MABC-2), tranche d'âge 3, épreuves d'équilibre et de viser et attraper,
- Le test du bonhomme de Florence Goodenough
- Le test des somatognosies de Bergès
- L'examen du tonus

Ces tests ont permis les observations suivantes :

- **Tonus :**

Lors de l'examen du tonus, le ballant et l'extensibilité sont restés limités pour les membres supérieurs tant qu'Etienne se tenait debout. L'extensibilité des membres inférieurs, en position allongée n'a cependant pas posé de problème. Etienne étant hyperlaxe, le ballant et l'extensibilité ont montré une grande amplitude de mouvement. Une fois allongé, il a été possible de refaire passer les tests des membres supérieurs avec à nouveau une grande amplitude de l'extensibilité.

- **Motricité globale et fine :**

Etienne présente des difficultés de motricité fine. On peut les observer lors du geste graphique ou en début et fin de séance au moment de fermer son manteau ou lacer ses chaussures. Ces actions lui demandent beaucoup de temps et de concentration. Au niveau de la motricité globale, Etienne a également d'importantes difficultés majorées par des troubles importants de l'équilibre et des coordinations et dissociations.

Le Charlop-Atwell a permis d'observer ces difficultés avec un pantin et un animal préhistorique désorganisés, où la coordination faisait défaut entre le haut et le bas du corps, signe d'un clivage horizontal. Le foulard a appuyé ces difficultés et mis en avant l'incapacité à la double tâche d'Etienne. Ce test a également montré les difficultés d'Etienne au niveau de l'équilibre lors du saut demi-tour et de la demi-pointe.

- **Espace et temps :**

L'épreuve de rythme de Mira Stambak a mis en évidence des difficultés de structuration temporelle.

De même, le test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl a permis d'observer les difficultés de structuration et d'orientation spatiale d'Etienne.

On peut observer qu'Etienne ne parvient pas à reproduire les structures rythmiques du Stambak et qu'il est très compliqué pour lui d'adapter la longueur de ses pas à la consigne au premier essai du Marthe Vyl. Etienne parvient néanmoins à faire le

découpage en 6 pas après plusieurs essais. L'épreuve des trajets est également complexe pour lui, il ne parvient pas à effectuer le trajet énoncé. On peut également mettre en lien ses difficultés lors de cette épreuve avec ses difficultés mnésiques.

- **Cognitions :**

Les difficultés mnésiques et attentionnelles d'Etienne ont été un frein à la réalisation de certains des tests comme le Marthe Vyl.

Au test de la figure complexe de Rey A, Etienne ne parvient à reproduire que très peu d'éléments de mémoire et sans grande ressemblance avec le modèle. Les difficultés mnésiques d'Etienne peuvent aussi être observées au quotidien.

Etienne présente également des difficultés d'inhibition. L'inhibition du geste est une fonction exécutive empêchant certains gestes et empêchant l'impulsivité. Il a pu être observé durant tout le bilan qu'Etienne était impulsif, ce qui témoigne d'un défaut d'inhibition.

- **Représentations corporelles :**

Le dessin du bonhomme d'Etienne est peu détaillé. Il ne possède pas de tronc et peu de détails. Au moment du dessin, Etienne dit qu'il dessine le psychomotricien puis il fait référence, lorsqu'il dessine les pieds, à sa propre blessure datant de la semaine précédente. Ce pied est directement rattaché au tronc, sans jambe. Tout semble mélangé dans ce dessin. Lorsque je lui demande de me nommer les différentes parties du dessin, on retrouve un vocabulaire peu élaboré, comme lors des somatognosies ou Etienne connaît uniquement les mots employés régulièrement.

- **Conclusions du bilan :**

Lors de ce bilan, Etienne a eu des difficultés à attendre la fin des consignes, commençant les épreuves sans en avoir entendu la consigne complète. Cette impulsivité a pu être observée lors de toutes les épreuves. Elle peut être mise en lien avec le manque de régulation tonique qu'a pu présenter Etienne, mais également expliquer ses difficultés d'attention. Au niveau de la motricité, Etienne présente des difficultés de coordinations, dissociations et d'équilibre. Prenant peu de temps pour s'appliquer sur les épreuves, la vitesse d'exécution a eu un impact

considérable sur la qualité de ses gestes. L'organisation visuo-spatiale et la structuration temporelle, le rythme notamment, sont également impactées. L'impulsivité et les difficultés d'attention sont les signes de l'hyperactivité d'Etienne.

Etienne présente également un désinvestissement corporel important ainsi que des difficultés dans les somatognosies.

Il serait intéressant de proposer à Etienne un travail autour de ses capacités d'attention, d'adaptation aux rythmes, afin de l'aider à se réguler tant au niveau tonique que rythmique. Un renforcement de ses capacités de motricité globale et fine serait également à proposer. Pour cela, une médiation autour de la musique, des percussions par exemple, pourrait être proposée à Etienne. La médiation danse est également indiquée pour travailler autour de la motricité et du rythme.

1.3.2.3 Quotidien dans l'unité

Le quotidien d'Etienne est organisé selon un protocole. Son emploi du temps est réfléchi par les équipes afin qu'Etienne dispose de temps de repos réguliers dans sa chambre et que ses temps d'activités soient répartis au mieux. Il ne peut sortir que sur les heures prévues et mange dans la salle à manger avec tout le monde deux fois par semaine. Le reste du temps il prend son repas seul dans sa chambre.

Ce quotidien protocolaire, ou tout, jusqu'aux heures des cigarettes est réfléchi ne laisse que très peu de liberté à Etienne. Lors de ses temps libres hors de la chambre, Etienne fait souvent du vélo dans le jardin de l'unité. Il sollicite fréquemment l'équipe pour faire des activités. Dans son rapport avec les autres, Etienne a du mal à s'ajuster dans la relation. Il est dans une distance relationnelle parfois inadaptée.

Chaque sortie de sa chambre est dédiée à des activités précises, à des horaires définies et toutes sont notifiées dans le protocole. Certaines de ces sorties sont allouées à des séances régulières avec la psychologue et le psychomotricien. En psychomotricité, Etienne a deux séances individuelles hebdomadaires. La première est une séance de motricité en extérieur ou Etienne sort de l'unité avec le

psychomotricien pour un temps de parcours moteur dans le parc de l'hôpital. La seconde, des séances de relaxation dans la salle de psychomotricité, s'est terminée récemment.

1.3.2.4 Motricité en extérieur et relaxation

La séance de motricité en extérieur dure une heure et elle est l'occasion pour Etienne de sortir de l'unité. Cette sortie dans le parc de l'établissement se fait le plus souvent à vélo. Etienne et le psychomotricien y rejoignent un parcours de santé situé dans la zone boisée de l'hôpital. A chaque agrès, Etienne réalise des exercices d'équilibre ou de coordination. Le premier est principalement un travail d'équilibre mais il mobilise également les notions d'espace et de temps, de coordinations et dissociations notamment. Etienne se trouve debout sur des petits poteaux verticaux et il doit effectuer des exercices. L'un d'eux consiste à effectuer des trajets d'un poteau à un autre avec des contraintes telles que des interdictions de passer sur certains poteaux. Il peut également travailler sur le schéma corporel et les notions d'espace en mettant les deux mains et les deux pieds sur des poteaux et doit suivre les déplacements indiqués (mettre la main droite sur poteau de devant par exemple). Après avoir réalisé ces exercices, Etienne et le psychomotricien changent de rôle, l'occasion pour chacun d'expérimenter un autre point de vue sur l'exercice et de favoriser un rapport égalitaire plutôt que celui de soignant et soigné. Une fois l'agrès terminé, Etienne reprend le vélo pour se rendre au suivant. L'agrès suivant consiste en deux barres parallèles sur lesquelles Etienne doit tenir par la force des bras et la contraction des abdominaux, travaillant notamment le schéma corporel, l'image du corps et la tonicité. Il maîtrise ce parcours, le connaît par cœur et semble être serein lors de ces diverses épreuves sportives.

Les séances de relaxation se déroulaient en salle de psychomotricité. Ces séances étaient pour Etienne l'occasion d'un retour sur soi, favorisant la vision de son corps propre et sa conscience corporelle, tous deux impactés par la pathologie d'Etienne et son enfermement. Ces séances étaient également l'occasion de renforcer les somatognosies et de stimuler les sens notamment par le toucher thérapeutique. Durant ces séances, qui avaient pour but de favoriser une réappropriation de son corps autrement que ce corps enfermé et enfermement qu'il vit au quotidien, Etienne

a souvent gardé les yeux ouverts. Il est parvenu à verbaliser une inquiétude d'être abandonné par le psychomotricien s'il fermait les yeux, témoignant une fois de plus du traumatisme de son passé et de l'angoisse d'abandon qui en résulte.

Ces séances ont également été l'occasion de favoriser le dialogue tonique par diverses propositions avec deux bâtons, tenus de part et d'autre par Etienne et le psychomotricien, notamment des mouvements induits par l'un ou l'autre, avec ou sans objectif précis dans le déroulement. Etienne a également travaillé avec un espalier, sur lequel il devait monter barreau par barreau, travaillant ainsi l'attention. Une fois cet objectif atteint, des consignes supplémentaires se sont intégrées à l'exercice, notamment des consignes dans les déplacements telles que déplacer le bras et la jambe opposés simultanément puis inversement. Cela a favorisé les coordinations et dissociations entre le haut et le bas du corps qui sont complexes pour Etienne.

1.3.3 Présentation du groupe

1.3.3.1 Cadre du groupe

Au mois d'octobre, un groupe danse a été créé dans le cadre des séances de psychomotricité. La médiation danse, développée en seconde partie, a été choisie pour la multitude de compétences qu'elle permet de travailler.

Le groupe a lieu chaque jeudi matin dans la salle de psychomotricité de l'unité Cerise à dix heures et demi pour une durée de quarante-cinq minutes.

Par définition, le cadre est opposé à la liberté. C'est néanmoins ce cadre qui permet la mise en place de temps de libertés au sein du groupe. Les membres de ce groupe n'ont pas toujours la possibilité de bénéficier de temps de liberté dans leur quotidien. Leur hospitalisation impose des conditions particulières pour proposer ces moments de liberté, le cadre du groupe répond à ces conditions.

Par ailleurs, le cadre, au même titre que l'apprentissage d'un mouvement est nécessaire en danse. En effet, l'apprentissage rigoureux d'un mouvement permettra

par la suite d'effectuer ce même mouvement sans être limité par le manque de maîtrise de la technique, et donc plus librement. L'attention, le travail de conscience du corps, de régulation tonique, sont des étapes par lesquelles le danseur doit passer afin de maîtriser son geste.

« Au début, ces gestes rotatifs et circulaires paraissent très troublants et contraignants, tout ce qu'il y a de plus artificiels et construits. Puis le corps s'habitue, apprivoise cette nouvelle potentialité [...] et, à force de répétitions, l'artificiel devient une seconde nature, plus stable et plus efficace » (Doganis, 2012, p. 106).

Une fois l'apprentissage rigoureux terminé, l'automatisation du geste permet au corps de devenir le principal acteur du mouvement.

Le groupe se composait de 5 personnes, Etienne, Julien, un troisième patient que nous appellerons Maxime, le psychomotricien et moi-même.

Maxime a quitté l'unité depuis le mois de novembre et nous ne sommes plus que quatre depuis son départ. La décision de ne pas inclure une nouvelle personne dans le groupe au départ de Maxime a été murement réfléchie et rester à 4 nous a permis de maintenir une continuité dans le groupe, ne pas fragiliser l'équilibre nouveau du groupe.

L'enjeu relationnel est primordial dans la prise en soin en psychomotricité. Néanmoins, la mise en place des distanciations sociales liées à la COVID-19 nous a imposé un travail particulier. Le lavage des mains, la limitation des contacts, la distance relationnelle imposée par la situation et le port du masque (dont l'utilité n'est pas simple à comprendre pour tous) font partie intégrante du cadre du groupe. Toutes les propositions autour du contact, important dans la relation, et ayant une place importante dans la danse sont extrêmement limitées voire absentes.

1.3.3.2 Début du groupe

Dès le début du groupe, la personnalité de chacun est marquée. Maxime devient une référence dans ce groupe. Il n'a pas les mêmes difficultés sur le plan moteur que Julien et Etienne et parvient à exécuter les mouvements avec plus d'aisance. Nous travaillons alors avec Maxime sur l'aspect créatif de la danse, pendant qu'Etienne et Julien se concentrent sur la réalisation des mouvements. Ils s'expriment peu sur leurs envies concernant les propositions, essayant d'exécuter les mouvements avec bonne volonté.

Etienne a des difficultés à rester attentif toute la séance. Nous devons l'appeler par son prénom à de multiples reprises pour rattraper son attention. Julien, quant à lui, est attentif mais particulièrement effacé au sein du groupe. Maxime et Etienne prennent l'espace du groupe et Julien semble avoir du mal à s'y affirmer.

Etienne amène des éléments extérieurs dans les discussions, au moment des changements de propositions notamment. Il est dans une proximité importante avec les autres, qu'il souhaite aider malgré ses propres difficultés.

Lors du temps de parole à la fin des séances, Etienne ne se concentre que sur les points négatifs et fait parfois un témoignage très dévalorisant de ses capacités. Il attribue également ses progrès aux autres et ne témoigne que très rarement de sa fierté envers lui-même.

Julien a des difficultés lors des pas ou enchaînements à apprendre. Lorsque l'on tente de réaliser certains mouvements au rythme de la musique, il ne semble pas réaliser les difficultés qu'il a pour réaliser l'exercice. Il a peu conscience de ses troubles. Ces observations vont dans le sens de l'anosognosie chez Julien. Il s'exprime peu et ne semble pas trouver l'intérêt que pourraient avoir les propositions pour l'aider dans ses difficultés, bien qu'il apprécie la danse.

Les débuts du groupe sont assez timides, chacun tente d'y trouver sa place et la liberté de mouvement qui est laissée à chacun est peu investie, les corps sont mutiques, les émotions masquées et les mouvements sont petits.

1.3.3.3 Évolutions de chacun

On peut supposer que le groupe danse, que chacun semble s'être approprié, a joué un rôle dans les évolutions des patients qui en font partie. Aujourd'hui, Julien semble avoir trouvé une sécurité suffisante qui lui permet de s'affirmer et de s'exprimer, se défendre, tandis qu'Etienne parvient à être plus à l'écoute de ce qui se passe et d'intervenir avec justesse. Il arrive que Julien montre son agacement à Etienne lorsque celui-ci le dérange. La tendance d'Etienne à vouloir aider peut-être une source de conflits entre eux. Il est possible qu'Etienne ait trouvé suffisamment de cadre pour pouvoir pleinement se concentrer, là où Julien pourrait avoir trouvé un espace où il peut exprimer son avis. Chacun semble avoir trouvé sa propre place dans ce groupe, sans jugements de valeurs ni comparaisons, afin de garder tout le monde sur un pied d'égalité et de créer ainsi un espace de liberté.

Au cours de l'année, nous avons également pu observer des progrès au niveau de la motricité globale. Les mouvements sont plus fluides, plus coordonnés. Le jazz square, pas de danse sur lequel nous avons travaillé pendant plusieurs mois, est désormais maîtrisé par tous, malgré les difficultés qu'il a pu poser au début de l'année par ses sollicitations de l'espace et du temps de chacun.

Du côté individuel, Julien s'est également affirmé dans sa relation avec les membres de l'ESAT qui l'accueillait avant son arrivée dans l'unité. En effet, l'arrêt de son activité en ESAT a été violente pour lui puisqu'il n'a pas été mis au courant en personne, l'information ayant été donnée uniquement à sa mère et ce sans entretien avec Julien. Il a alors été particulièrement compliqué pour lui d'accepter cette décision pour laquelle aucune explication ne lui avait été donnée. Malgré des demandes d'entretien de la part de l'ESAT afin de ne pas rompre totalement la relation, Julien a donc refusé toute reprise de contact.

Pour Etienne, on observe plutôt l'évolution autour du groupe. Trois mois environ après le début des séances, Etienne arrive parfois seul jusqu'à la salle, sans que nous allions le chercher. Il parvient à se préparer plus rapidement pour commencer la séance, introduit moins de sujets extérieurs et va même s'entraîner aux pas de danse dans sa chambre au cours de la semaine. Au niveau du mouvement, Etienne a de

moins en moins de difficulté à réguler son tonus. Il semble également être capable d'une plus grande concentration lors des propositions. Etienne s'est également approprié les conseils que nous lui avons donné afin de palier à ses difficultés, notamment une astuce afin de l'aider dans les dissociations lors de l'échauffement au niveau du cou. Désormais il se dirige spontanément vers le mur afin de s'y adosser, bloquant ainsi ses épaules pour que le mouvement ne se fasse qu'avec la tête.

Les séances des dernières semaines de cette année portent sur la création d'une chorégraphie inventée en amont et à travailler en groupe, le but étant de pouvoir l'effectuer ensemble en musique. Après quelques séances d'apprentissage d'une partie de la chorégraphie, nous décidons de la réaliser en musique. Lorsque la musique est proposée au groupe, Etienne se met à danser. Vient alors l'idée de proposer que chacun puisse proposer des mouvements pour la suite de la chorégraphie. Cette idée est particulièrement appréciée par Julien et Etienne qui manifestent beaucoup d'enthousiasme. Cette volonté de participer de manière active à la conception de la chorégraphie est une démonstration de leur appropriation du groupe et une preuve de leurs progrès concernant leur capacité à exprimer leur volonté et leurs choix.

Ces évolutions ont pu être observées dans le cadre du groupe avec lequel nous avons mis en place la médiation danse, avec ses spécificités et les possibilités qu'elle offre.

2 Réintroduire la liberté par la danse

2.1 La médiation danse

2.1.1 Définition de la danse

La danse est un moyen d'expression qui met en jeu le corps. Selon les sociétés, les individus et les styles de danse, le corps y est investi différemment. La danse offre au corps un moyen d'expression par le mouvement sans langage pré-établi. Que l'on soit danseur ou non, chacun peut se laisser guider par son corps et ainsi exprimer ses émotions, ses ressentis, ses envies à travers la danse. Selon B. Lesage, « *C'est lorsque le mouvement échappe à l'instrumentalisation que l'on peut parler de danse.* » (Lesage, 2014, p. 12).

Chaque mouvement une fois dissocié de son but premier peut devenir de la danse et permettre d'exprimer quelque chose, parfois même de manière inconsciente. Et c'est lorsque l'on se rend disponible à soi, qu'on se libère de certains freins, que l'on peut parvenir à exprimer le plus d'émotions mais également à transmettre ces émotions par la danse. Selon E. Pireyre, « *le dialogue tonico-émotionnel se caractérise par les attitudes, les modifications toniques, les mimiques, les gestes et déplacement ainsi que les émotions* » (Pireyre, 2011, p. 134), autant de caractéristiques qui donnent aux différentes danses leurs spécificités.

Dans son ouvrage *Les pensées du corps*, Basile Doganis explique la nécessité de se rendre disponible à soi dans la danse. Selon lui, « *Le danseur et le combattant laissent tous deux s'épanouir le geste, le mouvement, l'acte, du dedans, d'une impulsion interne et non d'une représentation mentale qu'ils imposeraient par la suite extérieurement au corps « exécutant »* » (Doganis, 2012, p. 31).

La danse nécessite alors une certaine liberté, de se dégager des représentations attachées au mouvement, pour être pleinement éprouvée. Mais elle donne aussi à vivre cette liberté en ouvrant à celui qui danse, une multitude de possibilités de mouvement, de tempos, de styles et d'émotions.

Certains styles de danse demandent néanmoins une certaine rigueur et une méthode à maîtriser, on pourrait alors se poser la question de la place de la liberté dans ces divers styles. La danse classique demandera une certaine rigueur, les danses telles que le ballet comme on le retrouve à Paris par exemple requièrent une maîtrise presque millimétrée de la chorégraphie ce qui entame de manière conséquente la liberté.

« [...] répéter souvent la même action – ce qui constitue une base essentielle de tout entraînement et de tout apprentissage en général –, c'est symétriquement rejeter telles autres actions, ignorer telles autres possibilités, jusqu'à ce qu'elles cessent [...] de constituer des possibilités même. » (Doganis, 2012, p. 111)

2.1.2 Les particularités de la danse dans la médiation en psychomotricité

Lorsque l'on parle de danse, on pense le plus souvent à des chorégraphies élaborées, des mouvements particulièrement maîtrisés par un groupe à la synchronisation presque parfaite. Ce n'est pas cette vision de la danse qui nous intéresse ici, mais le mouvement auquel nous avons retiré tout but comme il a été défini précédemment. Cette vision de la danse se prête plus facilement aux enjeux de la médiation thérapeutique.

La médiation danse permet une grande diversité de propositions différentes. De la création de chorégraphies, l'improvisation à un apprentissage plus technique de pas de danse, cette médiation peut être adaptée à tout âge, tous niveaux et même aux envies de chacun. La multiplicité des mouvements de danse permet de travailler une grande diversité d'items psychomoteurs. Il est possible d'orienter les exercices selon ce que l'on souhaite travailler. Les propositions autour de la création permettent de laisser une certaine liberté à chacun.

La posture du thérapeute qui pratique la danse en tant que médiation présente des différences avec la posture du professeur de danse. Le thérapeute doit prendre en compte les difficultés de ses patients. Et lorsqu'un professeur de danse aura tendance à se positionner face à ses élèves et à les faire travailler en miroir, le

thérapeute devra réfléchir à sa position. Il pourra travailler avec la réversibilité en se mettant face au groupe. Il pourra favoriser l'imitation en se plaçant au milieu du groupe ou à côté du patient par exemple.

Un groupe de danse va travailler l'apprentissage d'une chorégraphie par imitation du professeur et avec des indications verbales. Dans un groupe thérapeutique, la conscience du corps, la kinesthésie peuvent être des difficultés à prendre en compte pour aider dans l'apprentissage et le guidage verbal à lui seul peut ne pas être suffisant. Faire prendre conscience à un patient de la position de son corps nécessite de l'aborder de manières différentes et de s'adapter pour l'aider à ressentir son corps et ajuster sa position. Le contact peut alors être un outil. Faire prendre conscience de son corps par le toucher est une particularité de la danse en tant que médiation.

Si le professeur de danse peut montrer puis guider verbalement, pour faire danser un patient le thérapeute se doit de danser, de toucher, de décrire et de s'impliquer corporellement . « *Je pose donc pour le danse-thérapeute l'exigence d'un dialogue corporel, une expérience partagée qui l'interpelle lui aussi, tout autant que ses patients ou élèves.* » (Lesage, 2014)

Le travail de la danse en médiation peut se faire en co-thérapie dans un groupe ce qui permet un tout autre travail. La présence de plusieurs thérapeutes permet de porter le groupe, de donner plus facilement un rythme aux séances. La co-thérapie permet également un suivi plus personnel, un travail individuel dans le groupe adapté aux difficultés de chacun.

La pluralité des regards sur les séances est également bénéfique dans le cadre d'un groupe de danse thérapeutique. Les observations de chaque thérapeute sur ce qui est mis en jeu dans les séances permet d'échanger, de s'adapter et d'aborder parfois les séances sous un autre angle. Le travail pluridisciplinaire est alors un atout, apportant les spécificités des divers professionnels.

La particularité du regard du psychomotricien permet une nouvelle approche de la danse. Il n'est pas orienté vers la qualité du mouvement pour son esthétique mais

pour la maîtrise du geste, le travail que le mouvement demande dans ses aspects de coordination et d'ajustement tonique entre autres.

La verbalisation du vécu a une place particulière en psychomotricité. C'est une des caractéristiques qui diffère entre la danse pratiquée comme un sport ou un art et la danse comme médiation. La médiation peut et doit être adaptée aux patients et le fait de verbaliser permet de s'adapter. Mais c'est également important pour le patient lui-même. En effet, la verbalisation du vécu de la séance va permettre au patient de rendre conscient ce qu'il a vécu, de poser des mots sur des sensations, des émotions.

2.1.3 La danse dans le groupe

Notre groupe a pu aborder divers types de propositions telles que l'apprentissage technique d'un pas, l'improvisation d'une danse avec ou sans objet, la création d'un petit morceau de chorégraphie... Ces propositions s'intègrent dans un schéma de séance ritualisé ², laissant néanmoins la place à la spontanéité et à la liberté de mouvement et d'expression.

Nous commençons par un échauffement que tout le monde peut mener en partant de la tête jusqu'aux pieds, en prenant soin de nommer chaque articulation travaillée. Ce moment sert particulièrement à se concentrer et laisser de côté les événements extérieurs, commencer à faire groupe et entrer dans la danse. Cette partie de la séance est connue de tous, elle ne change pas et cela permet d'autonomiser Etienne et Julien, leur donner un rôle important : commencer la séance. Mener l'échauffement permet de travailler les somatognosies en nommant chaque partie du corps travaillée. L'échauffement est fait de manière à ce que les parties du corps se succèdent, de la nuque vers les chevilles, ce qui aide à renforcer le schéma corporel en les situant et de travailler sur l'espace propre par la localisation et l'agencement des parties du corps entre elles. On travaille également les coordinations et dissociations dans chaque mouvement de l'échauffement et la mémoire épisodique en laissant chacun mener l'échauffement au maximum sans

² Cf. Annexe 2

aide. À mesure que l'année se déroule, Julien et Etienne s'approprient cet échauffement et en prennent la responsabilité. À la fin de l'année, un roulement se met en place et chaque membre du groupe réalise l'échauffement tour à tour.

Nous enchaînons ensuite avec la reprise du « pas carré » ou « jazz square », un mouvement de danse que nous apprenons depuis que le groupe a commencé. Nous prenons le temps que chacun le retrouve pour l'ancrer dans les mémoires. Ce temps est aussi un moyen pour chacun de voir les progrès parcourus depuis le début de cet apprentissage. Le jazz square est un mouvement qui permet de travailler l'équilibre dynamique, les coordinations et les dissociations par ses différentes étapes. Il met en jeu le temps par l'enchaînement dans un ordre précis de ces étapes, et l'espace par le positionnement de chaque pas qui le compose. Il permet également un travail de régulation tonique lorsque l'on porte l'attention sur la qualité du pas.

Puis vient le temps d'une proposition, une improvisation, le travail du jazz square en musique, la découverte de déplacements utilisés en danse modern'jazz ou de la création et l'apprentissage d'une chorégraphie en fin d'année. Il arrive lors de certaines séances que nous passions tout le temps sur le jazz square, nous essayons de le faire en musique, avec un tempo adapté aux capacités et aux envies de chacun. Ce pas est un fil rouge au cours de nos séances, il revient toutes les semaines depuis le début et est un témoin des évolutions individuelles.

Ce temps permet également de diversifier les séances et d'inverser parfois les rôles, que ceux qui guident soient guidés, que tout le monde soit libre de proposer un mouvement qui lui plait lors d'improvisations par exemple. Cette inversion des rôles est un moyen de renforcer l'autonomisation, de développer la subjectivité du patient. Ce temps permet selon les propositions d'axer la séance sur un ou plusieurs items psychomoteurs que l'on souhaite renforcer.

Nous passons ensuite aux étirements, espace permettant à chacun de repenser à ce qui s'est passé ou se préparer à la fin de la séance. On peut renforcer les somatognosies en décrivant les étirements à reproduire, la régulation tonique et la conscience de son corps et de ses sensations par la force que l'on met dans

l'étirement. On peut aussi observer un travail de coordinations et de dissociations mais également un travail de l'espace.

Enfin, nous prenons un moment pour discuter, un temps de parole où chacun est libre de dire ce qu'il veut sur la séance du jour, ce qu'il a aimé ou non, partager ses éventuelles idées ou envies pour la prochaine fois, s'exprimer sur les difficultés rencontrées. Ce temps de verbalisation est également l'occasion d'observer comment chacun se situe dans le groupe, ses besoins et ses envies. Il permet également de mettre en conscience les vécus de chacun et de mettre des mots sur des vécus corporels, comme nous le développerons dans la notion de réappropriation de soi.

2.2 L'élaboration par la danse

La danse permet d'offrir un moment de liberté, et d'expériences. C'est par ces moments que cette médiation va permettre un travail plus approfondi des items psychomoteurs, mais également une réappropriation de soi, une possibilité de se découvrir autrement, dans le mouvement pur comme on lui prête peu d'attention au quotidien.

2.2.1 Les fonctions psychomotrices

Utiliser la danse comme médiation permet de mettre en jeu un grand nombre d'items psychomoteurs :

- les coordinations et dissociations, par des mouvements plus ou moins complexes engageant une ou plusieurs parties du corps, parfois seulement un côté, parfois un membre ou tout le corps simultanément ;
- l'équilibre, tant statique que dynamique à travers des postures, des mouvements, des enchainements de mouvements ou des sauts ;
- les cognitions, notamment la mémoire grâce à la répétition des pas de danse, des échauffements, des parties du corps, mais aussi des musiques et des

rythmes et la stimulation de l'attention et de l'inhibition, faisant partie des fonctions exécutives (processus cognitif permettant l'adaptation et l'exécution des tâches du quotidien);

- les représentations corporelles, dans le travail face au miroir, dans la salle aussi, jusqu'où peut-on tendre son bras sans toucher le voisin, dans le contact également, dans la relation, le regard de l'autre ;
- le temps, aussi bien à travers le rythme et la vitesse du mouvement que dans les étapes d'une chorégraphie ou la planification du mouvement ;
- l'espace, celui de la salle, celui du mouvement, l'espace dans la relation, l'espace du corps propre ;
- le tonus, par la régulation tonique nécessaire au mouvement mais aussi par des variations de consignes dans les propositions (lenteur, rapidité, lourdeur, légèreté);

Le renforcement de ces divers items psychomoteur a un impact sur les capacités de chacun au quotidien et sur l'autonomisation des personnes institutionnalisées. Or l'acquisition d'une plus grande autonomie au quotidien est une source de liberté non négligeable dans les institutions comme l'unité Cerise.

2.2.2 La réappropriation de soi

Le Soi et le Moi sont deux termes aux significations proches mais dont il est important d'explicitier les nuances. Le Soi désigne l'ensemble contenant le conscient et l'inconscient. Il permet de dire « je », d'exister en tant que sujet. Le moi en revanche désigne uniquement la partie consciente de soi. Selon Jung, « *le Soi est la donnée existant a priori dont naît le Moi. Il préforme en quelque sorte le Moi. Ce n'est pas moi qui me crée moi-même : j'advies plutôt à moi-même.* » (cité par Martin-Vallas, 2004). Le Moi est donc ce qui vient à la conscience. Dans la réappropriation de soi, l'objectif est donc de se réapproprier son Moi.

Le Moi est donc l'ensemble des perceptions que nous avons de nous-même. Il s'agit d'un point de vue subjectif, se basant sur nos perceptions et impacté par notre vécu. Selon Freud « *Le moi est avant tout un moi corporel* » (Freud, 2011, p. 65). En effet, c'est avec le corps et les perceptions que l'enfant fait ses premières expériences, qu'il se construit en tant que personne et construit son moi-peau (Anzieu, 1995). La construction du moi associe ces perceptions avec le handling, le holding et object presenting décrits par Winnicott. Le holding étant le portage physique et psychique de l'enfant par sa mère, le handling le soin qu'elle apporte à l'enfant et l'object presenting la réponse de celle-ci aux pleurs de l'enfant (Winnicott, 1992). C'est donc par la relation mère-enfant que se construit le moi. Les interactions vont ensuite intervenir dans son évolution.

La réappropriation de soi est la façon dont l'individu va redevenir actif dans son évolution, dans ses choix, et recommencer à se penser. Ce sont ces choix qui vont lui permettre d'évoluer en tant que personne, de se reconstruire avec ses difficultés et sa pathologie.

« Le rétablissement et la réappropriation de soi ne signifient pas la fin de la souffrance psychologique, ni la disparition des troubles et difficultés, mais ils impliquent de retrouver ou trouver un sens à la vie, un sentiment de bien-être, une place dans la société selon son choix, le pouvoir d'agir, un rôle social, après avoir souffert ou en dépit de troubles psychologiques. » (Linden, s. d.)

C'est par la réappropriation de soi que le patient va vivre sa liberté. Il pourra alors se donner des objectifs personnels, des buts à atteindre. Cet enjeu est crucial dans un parcours de soin tel que celui des personnes hospitalisées en psychiatrie sur le long cours. La réappropriation de soi c'est également se réapproprier son corps propre, pouvoir porter un regard nouveau sur son corps et sur ses perceptions.

La proprioception joue un rôle important dans la réappropriation de soi. Selon Benoit Lesage « *On pourrait définir la proprioception comme « la perception de sa propriété ».* » (Lesage, 2014, p. 16).

La verbalisation du vécu tient également une place importante dans la réappropriation de soi. C'est par cette mise en mot que le patient va mettre en conscience ses perceptions et son vécu. Durant l'année, ces temps de verbalisation ont permis de mettre en avant les progrès de Julien et Etienne. Ils ont également pu mettre en mots ce qu'ils avaient réalisé durant la séance. Ce temps a également permis de leur poser la question de leurs ressentis, leur demander s'ils avaient apprécié ou non les propositions et d'ajuster les séances suivantes en fonction de leurs demandes. Cette question de la verbalisation est centrale dans ce processus selon Éric Pireyre :

« Mettre le patient en situation de se (re)connecter à son corps, c'est lui donner l'occasion d'exprimer, de mettre des mots sur des perceptions, des émotions, voire des représentations. C'est ouvrir une porte et lui donner accès à une petite partie de son monde intérieur. » (Pireyre, 2011, p. 190).

La danse, comme peuvent le faire les arts martiaux par exemple, propose un travail sur le corps et qui, une fois la maîtrise du geste acquise, met en jeu l'écoute du corps, les émotions, la créativité dans le geste et la proprioception. Le mouvement devient alors un support pour la réappropriation de soi. Chacun peut imaginer et créer sa façon de danser, sa façon de penser la danse. L'individu peut alors voir son corps d'une manière différente que celle qu'il expérimente au quotidien. Le corps en mouvement prend alors une toute autre dimension que ce corps enfermé, contenu dans le mauvais sens du terme qu'est celui des patients en psychiatrie.

Le groupe de danse en tant que médiation tend à renforcer cette réappropriation de soi par la relation. C'est le regard de l'autre qui va permettre la réappropriation de soi. Le regard de l'autre joue alors le rôle d'un miroir.

« le moi ne peut prendre sa valeur de représentation imaginaire que par l'autre et au regard de l'autre. En ce sens, l'avènement de la subjectivité qui s'esquisse avec le stade du miroir préfigure en quoi le moi, comme construction imaginaire, apparaît inéluctablement rattaché à la dimension de l'autre. » (Pheulpin et al., 2003)

La médiation danse est également le lieu de verbalisations et de partage du vécu, qui comme expliqué plus haut est nécessaire à la réappropriation de soi. Cette verbalisation en groupe met en lien l'expression du vécu et le regard de l'autre.

2.3 Propositions comme sources de liberté

Au fur et à mesure de l'année, nous avons pu égaliser les places des membres du groupe, notamment à l'aide de propositions axées sur la liberté de chacun, des moments où personne ne prenait l'ascendant sur les autres, ce qui a conduit à limiter la différence de statut entre soignants et soignés et créer de réels moments de partage avec les caractéristiques de chacun. Cette égalisation des places de chacun dans le groupe a pour objectif de limiter l'appréhension dans les moments de partage, l'appréhension d'une attente des soignants envers les patients, d'une rigueur attendue. Ce temps de groupe se veut être une source de liberté, non un temps d'examen des capacités des uns et des autres. L'un des objectifs est de donner à chacun la liberté d'exprimer ou non ses émotions à travers le mouvement, de se rendre disponible à soi afin de laisser une place au naturel. Cela nécessite donc de faire les choses pour soi et non dans l'unique but de réaliser la demande du thérapeute. Il est donc nécessaire, tout en gardant la spécificité d'un regard thérapeutique, de s'inscrire dans une relation de groupe unifié.

« La séance doit être à la fois contenante, sécurisante, pour éviter la dispersion ou le morcellement, suffisamment souple pour permettre les explorations et l'expérience de transformations, mais elle doit aussi pouvoir déranger un certain ordre dans lequel les participants se confinent. »

(Lesage, 2014, p. 112)

La contenance et la sécurité sont apportées par le regard du thérapeute et le cadre. C'est dans cette mesure que le regard thérapeutique est un des garants du fonctionnement du groupe.

2.3.1 Déplacements en musique

Certaines séances ont eu pour thème le déplacement dans l'espace. Lors d'une de ces séances, nous passons une musique choisie par le groupe et la proposition consiste à se déplacer en dansant dans l'espace de la salle, des cerceaux sont posés au sol et lorsque la musique s'arrête, chacun doit aller se mettre dans un cerceau et prendre une pose, en respectant une contrainte différente à chaque pose. Ces consignes diverses demandent une capacité d'adaptation et permet de favoriser la flexibilité mentale. La flexibilité mentale étant la capacité de chacun à passer d'une tâche à une autre, d'une consigne à une autre. (Institut des troubles d'apprentissage, s. d.)

Toute cette proposition se base sur ce que chacun y apporte. Il a été intéressant de voir qu'au début de la proposition, les mouvements étaient inhibés, les poses étaient peu élaborées, la proposition peu investie. Les encouragements, le dialogue tonique et l'engagement corporel nous ont cependant permis de donner un nouveau rythme à la séance.

D'un point de vue psychomoteur, cette proposition nous a permis de travailler principalement sur l'espace dans les déplacements, le schéma corporel au moment des différentes poses, la confiance en soi à travers le mouvement.

2.3.2 Improvisations

Plusieurs séances durant l'année ont fait l'objet d'improvisations, sous des formes différentes.

Une proposition d'improvisation a été de se déplacer dans la salle en restant toujours en mouvement, et lorsque la musique s'interrompait, trouver une pose avec la contrainte énoncée (deux genoux et un coude au sol, sur un pied, une position de ninja...). Le début de la proposition a été assez calme, personne n'osait se laisser emporter par la musique. Petit à petit, nous avons réussi à nous mettre en mouvement et à investir l'espace de la salle. Julien et Etienne ont ensuite particulièrement investi cette proposition. Ils ont pu s'autoriser à sauter, tourner sur

eux même, courir, ce qu'ils n'ont pas la possibilité de faire au quotidien. Les poses ont permis à Etienne de reprendre son souffle et de ne pas être constamment pris dans son hyperactivité, afin d'éviter toute mise en danger ou épuisement. Pour tout le groupe, ces poses ont permis de garder une contenance, un appui du cadre afin de sécuriser chacun.

Une autre proposition d'improvisation a été de choisir un objet (cerceau, balle, bâton, corde...) et de danser avec, explorer les différents mouvements possibles avec l'objet, faire se rencontrer deux objets... Cette proposition a été complexe pour le groupe. L'ajout d'un objet, qui avait pour but d'étendre les possibilités de mouvement, a finalement été un obstacle au mouvement. Il a alors fallu proposer des mouvements, des interactions entre les membres du groupe pour permettre à chacun de se saisir de cette proposition. Nous avons également pu changer d'objet, afin d'explorer de nouvelles possibilités. Julien n'est pas parvenu à composer avec le premier objet qu'il avait choisi et a alors pu en changer. Cette possibilité a semblé permettre à Julien de lâcher prise pour la suite de la proposition.

Lors d'une autre séance, nous avons pu mêler improvisation et reproduction du geste. Chaque binôme placé face à face, devait réaliser des gestes simultanément dans un travail de dialogue tonique et d'attention. Etienne et Julien ont apprécié cette proposition. Il a été complexe pour eux de maintenir une lenteur de mouvement suffisante pour que l'accordage tonique puisse se faire. Etienne avait tendance à anticiper les mouvements de Julien, qui reprenait alors une posture d'imitateur malgré lui. Néanmoins, au fur et à mesure de la proposition, chacun a su s'adapter à l'autre dans son mouvement et dans son rythme.

Ces diverses propositions, toutes basées sur des improvisations ont vu chacun révéler certaines caractéristiques, une amplitude de mouvement, un rythme, un investissement de l'espace et de son corps. Il a également été intéressant d'observer chacun se laisser entraîner, au fur et à mesure de l'exercice, vers des mouvements plus grands, plus diversifiés.

2.3.3 Création d'enchaînements

La proposition principale d'une des séances est axée sur l'aspect créatif, d'expressivité du corps, mettant en avant la liberté que peut apporter la danse. Une musique est proposée et chacun doit tour à tour improviser sur la musique. Le fait de passer devant les autres n'a pas été un frein à la réalisation de l'exercice. Au contraire, cela a permis à chacun de s'exprimer de manière libre à travers le mouvement.

Après chaque improvisation, nous reprenons une partie de ce qui vient d'être fait tous ensemble. La personne qui a improvisé a alors la responsabilité de choisir quelques mouvements dont elle se souvient et peut les modifier de façon à avoir trois ou quatre mouvements que le groupe peut reprendre. Lorsque chaque membre du groupe est passé, nous reprenons tous les morceaux d'improvisation et les assemblons pour créer un petit enchaînement appartenant au groupe.

Cette proposition a été une source de liberté pour chacun au moment de l'improvisation puis nous nous sommes servi de ces créations pour en faire quelque chose de groupal.

Etienne et Julien ont tous les deux mis du temps avant de parvenir à bouger et à se laisser entraîner par la musique et le mouvement qui leur venait. Mais au fur et à mesure de la musique, après quelques inductions verbales leur faisant prendre conscience des possibilités de mouvements, ils sont parvenus à laisser le mouvement les guider. Julien a alors pu mobiliser davantage le bas du corps et Etienne est sorti du mouvement qu'il répétait sans cesse pour se laisser aller à d'autres possibilités. La reprise des pas a ensuite dû être guidée. En effet, la première consigne ne mentionnait pas le fait de devoir retenir une partie du mouvement pour la faire reproduire au groupe. Cela avait pour objectif de conserver un maximum de spontanéité dans le mouvement et de garder une improvisation la moins influencée possible par la suite de la proposition.

2.3.4 Création de la chorégraphie de fin d'année

Les quelques mois précédant la fin du groupe ont été l'occasion de créer une chorégraphie, travaillée jusqu'à la fin des séances. Le début de la chorégraphie a seulement été un apprentissage d'une chorégraphie préalablement créée. Cependant, faisant suite à l'envie d'Etienne et Julien de créer eux-mêmes la suite de la chorégraphie, chaque membre du groupe a pu créer un morceau de danse. Cette réalisation s'est faite sur plusieurs séances.

Ainsi, une séance a été réservée à l'invention de quelques pas de danse par chacun. La musique est mise dans la salle et chacun profite de ce temps pour s'imprégner de cette musique et laisser son corps se mettre en mouvement afin de retenir quelques pas que nous pourrons ensuite enchaîner pour former un enchaînement. Lors de cette séance, Etienne n'a pas eu de mal à se mettre en mouvement. Se saisissant de ce moment de liberté qui lui était proposé, il est resté dans le mouvement jusqu'à l'arrêt de la musique. Pour Julien la mise en mouvement a été plus progressive. Il aura fallu quelques minutes pour que Julien se mette en mouvement, un temps d'adaptation à cette liberté inhabituelle qu'il n'a pas l'habitude d'explorer. Néanmoins, chacun est parvenu à inventer quelques mouvements.

Il a ensuite fallu reprendre ces mouvements proposés par chacun pour les adapter afin que tout le monde puisse les reproduire. En effet, il a été compliqué pour Etienne de garder toujours les mêmes mouvements lorsqu'il tentait de nous montrer sa création, et pour Julien la difficulté inverse s'est posée, rendant difficile l'invention de mouvements. Ce moment de liberté s'est donc vu limité par l'objectif final qu'est la chorégraphie de fin d'année, mais également par le temps imparti pour la séance ainsi que les difficultés psychomotrices d'Etienne et Julien.

Partie discussion

1 Symbolisme et authenticité

1.1 Conflit entre vécu raconté et vécu réel

La mise en relation de la clinique avec des liens théoriques nécessite une certaine justesse dans l'utilisation du vocabulaire pour être comprise. Or la psychiatrie adulte, comme bien d'autres domaines, est un milieu où le mot peut ne pas refléter toute la singularité et l'authenticité du vécu. Les impressions et émotions qui accompagnent un vécu ne sont pas toujours intégrées de manière consciente. Elles ne peuvent donc pas être exprimées fidèlement dans un écrit, autrement qu'en faisant de celui-ci un texte réducteur voire caricatural de l'expérience. Par ailleurs, le vécu peut être inexplicable car lui-même complexe. « *le mot ne révèle pas la nature des choses, mais est plutôt une entrave ou un masque.* » (Lévine & Touboul, 2015, p. 19). Le mot serait donc comme une étiquette que l'on colle sur une observation par exemple. Cette observation est faite dans un contexte particulier, avec un regard qui, bien qu'il se veuille le plus objectif possible, reste impacté par le vécu de la personne et va conditionner le choix des mots.

Ce conflit entre les mots que l'on utilise et le vécu que l'on cherche à décrire n'est pas une particularité du psychomotricien. Etienne et Julien en ont également expérimenté la difficulté. Cette attention portée aux perceptions, au ressenti ne semble pas naturelle pour eux si l'on considère le nombre de séance qu'il aura fallu à chacun pour commencer à parler de leur vécu et de leurs impressions. Les verbalisations d'Etienne et Julien ont nécessité dans un premier temps de nombreuses sollicitations et des questions précises pour les orienter dans leur discours et les pousser à exprimer leurs ressentis. Mettre des mots sur un vécu, décrire les sensations perçues par le corps peut être une tâche complexe lorsque l'on manifeste un désinvestissement de celui-ci. Mais lorsque l'on rajoute à cette

difficulté le choix des mots et que l'on souhaite être le plus fidèle possible au vécu, cela peut être source de découragement dans la verbalisation de son expérience.

1.2 Mot en contradiction avec l'objectif

Étymologiquement, le mot patient était utilisé par les stoïciens grecs qui évoquaient deux principes constitutif du monde : le principe patient représentant la matière inerte et le principe agent qui fait vivre le patient (Laërce, s. d., p. 134). Dès les premières utilisations du terme patient, celui-ci renvoyait à un corps bafoué, nié ou occulté, incapable de subvenir à ses propres besoins. Bien que plus nuancé aujourd'hui, ce terme conserve néanmoins cette connotation d'un corps occulté et malmené, d'un être qui ne peut se suffire à lui-même et qui requiert la présence de l'autre. Mais ici se pose la question de l'aspect thérapeutique et de l'impact de cette considération d'un individu en tant que patient sur la conservation de son autonomie et de ses capacités.

L'un des enjeux du groupe danse auquel nous avons participé a été de déconstruire les rapports soignants/soignés, afin de permettre à chacun d'être libre de s'exprimer sans objectifs de performances tel qu'il l'a été explicité dans la partie du développement clinico-théorique. Il est complexe de poser les arguments de cette démarche dans le cadre d'un écrit, les termes de soignants et soignés ou de patients et thérapeutes imposent une distinction, une hiérarchisation des membres du groupe. Il a été plus pertinent, dans le cadre du groupe, de parler alors d'individus, de membres du groupe ou simplement du groupe comme ensemble. L'utilisation du « nous » y a également sa place par la contenance qu'il induit. Néanmoins, l'utilisation du terme de patient demeure un passage inéluctable pour qui veut parler de psychiatrie. Généraliser cette volonté de déconstruire les rapports entre patients et soignants devient alors bien plus complexe car ancré depuis bien longtemps dans l'opinion commune, jusque dans les termes employés. La déconstruction des rapports entre soignants et patients est une des caractéristiques de la psychothérapie institutionnelle élaborée par Jean Oury (2001), que nous développerons dans la partie institution de cette discussion.

Cet objectif de déconstruction des rapports entre patients et soignants nécessite la prise en compte de la personne dans sa globalité et non uniquement via sa pathologie. Cela se joue donc dès la première rencontre. Rencontrer la personne dans son entièreté requiert de se défaire de ses a priori théoriques. En effet, les classifications et notions théoriques des pathologies ne prennent en compte que les aspects sémiologiques. La pathologie psychiatrique ne peut être détachée des spécificités de la personne qui en est atteinte. Par ailleurs, cette pathologie ne représente qu'une partie de l'individu et aborder quelqu'un en se basant sur ces a priori peut occulter une part de sa personnalité. La rencontre est alors faussée par des attentes relatives à la description théorique de la pathologie et la relation se base sur un rapport patient/soignant qu'il sera complexe de déconstruire par la suite.

2 Institution

Les patients de l'unité Cerise sont hospitalisés pour beaucoup depuis des années voire des dizaines d'années. Cette situation aura rendu la question de la liberté encore plus importante durant cette année. Une privation de liberté se comptant en années a un impact considérable sur la personne, sur ses représentations, son identité psychocorporelle. La remise en question des capacités d'un adulte qui a été autonome, nécessite que l'on prenne en compte cet aspect de privation de liberté. Le fonctionnement des institutions psychiatriques est pour autant ancrée dans une démarche tout autre, favorisant l'aspect protecteur envers les patients à leur autonomisation.

Le psychomotricien a un rôle à jouer dans cette question de la liberté en psychiatrie, notamment dans la réappropriation de soi comme il en a été question dans ce mémoire. L'utilisation de médiations est un moyen de ramener du tiers dans la relation entre le patient et l'institution. Le patient est au centre de la mise en place et du choix des médiations, elles sont adaptées à lui quand le patient doit sans cesse s'adapter à l'institution.

Cette question de la réappropriation de soi pourrait être une des missions du psychomotricien. Pour autant, le métier de psychomotricien n'est que très peu

reconnu dans le monde de la psychiatrie adulte et ce travail de réappropriation de soi en est d'autant plus mis de côté. Des cliniques psychiatriques de psychothérapie institutionnelles telles que La Chesnaie et La Borde dans le Loir et Cher, ont fait de la liberté en psychiatrie leur principe de base (Rozier, 2014). Ces cliniques, créées à la fin du XXème siècle, s'organisent autour de la prise en soin de patients atteints de pathologies psychiatriques lourdes. Elles ont comme particularité de ne pas retirer aux patients leur liberté de mouvement et incluent de manière active les résidents dans l'organisation de la vie collective. La psychothérapie institutionnelle (PI) se donne pour principe de soigner l'institution afin de soigner les patients. Ces cliniques, bien que peu nombreuses, sont la preuve que le soin des personnes hospitalisées en psychiatrie ne nécessite pas une privation systématique de liberté.

*« La PI est à la psychiatrie ce que l'asepsie est à la chirurgie. L'asepsie, c'est traquer les toxines mentales, éviter toutes les mesures d'isolement, et les routines aliénantes ; et au contraire, favoriser les conditions d'une ambiance qui ne soit pas nocive, prendre soin des entours , où chacun peut exister comme sujet, et être partie prenante de la vie collective, dans le quotidien. »
(Didelet, 2019)*

Cette question de la liberté de mouvement et de la limite qui lui est posée au sein même de l'institution, peut pousser à se poser la question de la place du corps au sein de l'institution. Le corps considéré par l'infirmier est-il le même que celui qui intéresse le psychomotricien ? Le psychomotricien utilise le corps comme un médiateur dans le soin et l'infirmier agit directement sur le corps. Lier la notion de pluridisciplinarité à la liberté à apporter aux patients nécessiterait que l'on se penche sur la question du corps dans les diverses professions du soin. Comment un infirmier, un ergothérapeute ou un éducateur va considérer le corps, tant le sien que celui de l'autre dans le cadre d'une activité thérapeutique ?

3 Limites et ouverture

Dans certaines pathologies psychiatriques lourdes, il est nécessaire de réfléchir davantage la mise en place de temps de liberté tels que les moments d'improvisation en danse. En effet, pour certaines personnes, l'introduction d'un

temps libre dans un quotidien organisé et constant peut être une source d'angoisse ou de désorganisation. Il convient alors de penser ces moments en fonction de chaque personne, de les apporter de manière plus ou moins progressive selon les vécus de chacun. L'appui sur un cadre contenant est également un moyen de palier à ces angoisses, il apporte une sécurité et impose des limites à ce temps de liberté. Imposer des limites à la liberté peut paraître paradoxal mais cela pourrait se rapporter à l'apprentissage strict d'un mouvement que nous avons explicité plus haut.

Par ailleurs, le travail de recherche de liberté que nous avons effectué par le groupe danse n'a pu se faire qu'à raison d'une séance de quarante-cinq minutes par semaine. Mais ce temps de séance n'est-il pas dérisoire dans une semaine entière d'enfermement ? Ainsi, un nombre de séances hebdomadaires plus important peut-il être plus propice à un réel sentiment de liberté pour Julien et Etienne ? Il serait alors intéressant de se poser la question du rôle de la pluridisciplinarité dans ce processus. Comment cette recherche de liberté pourrait-elle s'étendre aux autres prise en charge ?

L'aspect pluridisciplinaire pourrait également être intégré au sein même d'un groupe danse. Ainsi, la pluralité des regards dans les temps de liberté pourrait-elle avoir un impact sur la réappropriation de soi ? Quel serait alors les apports de ce travail pluridisciplinaire sur la notion de liberté de mouvement ?

Conclusion

Durant toute l'évolution de ce groupe, l'enjeu aura été de prendre conscience de la place de la liberté pour les patients dans le groupe. Ce questionnement s'est étendu au cours de l'année à la place de la liberté dans leur quotidien et dans l'institution. Ainsi les propositions du groupe danse ont été adaptées au fil du temps à cette question et à la réflexion qui l'a suivi, précisant ainsi l'un des enjeux majeurs de ce groupe. La question de la liberté demeure un des grands questionnements de la psychiatrie. Dans les situations d'hospitalisation à temps complet comme c'est le cas pour tous les patients de l'unité Cerise, la danse peut apporter des temps de liberté. Par les diverses propositions que cette pratique permet, il est possible d'adapter les séances à tous.

Cette question de la liberté est un des enjeux du travail pluridisciplinaire. La pluralité des regards portés sur les personnes hospitalisées peut être un moyen de favoriser la liberté au quotidien.

Le travail sur le corps et la réappropriation de soi est nécessaire pour atteindre la liberté. En effet, c'est lorsque l'on est pleinement capable d'agir par soi-même que la liberté est possible, lorsque l'on est capable d'être responsable de ses actes. La réappropriation de soi par le corps, dans les mouvements de la danse joue alors un rôle fondamental dans cette recherche de la liberté en psychiatrie.

La réappropriation de soi se fait en partie par le regard de l'autre, or tant que l'on voit une personne comme un patient, passif, irresponsable de ses actes, comme un soi-nié que l'on oppose au soi-niant, alors la réappropriation de soi en est encore plus complexe. Ainsi, considérer un patient avant tout comme une personne est un premier pas vers la liberté de chacun et d'une certaine manière, vers le mieux-être psychocorporel.

Par ailleurs, la danse permet de s'exprimer par le moyen d'un langage sans mots, et donc de se détacher de la connotation des mots et de tout ce qu'ils impliquent. Par la médiation danse il n'y a plus de patients et de soignants, il y a des individus à part entière qui s'expriment dans le mouvement, dans le cadre d'un groupe thérapeutique permettant à chacun de renforcer ses capacités psychomotrices.

Bibliographie

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). (2007). *Troubles mentaux et du comportement (F00–F99)—ATIH*.

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1907/modif_CIM-10_chapV_2007_1.pdf

Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2. éd. entièrement refondue). Masson.

Albaret, J.-M., & Noack, N. (1980). *Echelle de coordination motrice de Charlop-Atwell—Adaptation française*. Éditions du centre de psychologie appliquée.

American Psychiatric Association, Crocq, M.-A., & Boyer, P. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (J. D. Guelfi, Trad.).

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/umontreal-ebooks/detail.action?docID=4337396>

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.

Descartes, R. (1825). *Méditations métaphysiques* (L.-C. d'Albert duc de Luynes, Trad.). Chez Antoine-Augustin Renonard.

Didelet, S. (2019, 09). *Psychiatrie, santé mentale et psychothérapie institutionnelle / Textes / Psychasoc—Institut européen psychanalyse et travail social*. Psychasoc.

<http://www.psychasoc.com/Textes/Psychiatrie-sante-mentale-et-psychotherapie-institutionnelle>

Doganis, B. (2012). *Pensées du corps : La philosophie à l'épreuve des arts gestuels japonais (danse, theatre, arts martiaux)*. Les Belles Lettres.

Freud, S. (2011). *Le moi et le ça* (J. Laplanche, Trad.).

- Giromini, F. (2019). Les racines philosophiques de la psychomotricité dans l'oeuvre d'Ajuriaguerra. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc, *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 7-14). Dunod.
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme—Des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_des_signes_dalerte_a_la_consultation_dediee_en_soins_primaires_1er_ligne_-_synthese.pdf
- Heidegger, M. (2018). *Etre et temps* (F. Veizin, Trad.).
- Husserl, P. (1966). Husserl : Le corps organique et l'intersubjectivité transcendante. *MyPrepaNews*. <https://www.myprepa.fr/news/husserl-le-corps-organique-et-l-intersubjectivite-transcendantale/>
- Institut des troubles d'apprentissage. (s. d.). Le point sur les fonctions exécutives. *Institut TA*. Consulté 4 mai 2021, à l'adresse <https://www.institutta.com/mediatheque/fonctions-executives>
- Laërce, D. (s. d.). *Les vies des plus illustres philosophes de l'antiquité, avec leurs dogmes, leurs systèmes, leur morale et leurs sentences les plus remarquables: Vol. VII*. Lefèvre.
- Lesage, B. (2014). *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Érès.
- Lévine, E., & Touboul, P. (2015). *Le corps*.
- Linden, M. V. der L. et A.-C. J. V. der. (s. d.). *La réappropriation de soi et du pouvoir d'agir chez les personnes âgées présentant un vieillissement cérébral/cognitif problématique*. PENSER AUTREMENT LE VIEILLISSEMENT. Consulté 27 avril 2021, à

l'adresse <http://www.mythe-alzheimer.org/article-la-reappropriation-de-soi-et-du-pouvoir-d-agir-chez-les-personnes-agees-presentant-un-vieillissement-109230360.html>

Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2016). *MABC-2 Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant—2nde édition* (2ème édition). Éditions du centre de psychologie appliquée.

Martin-Vallas, F. (2004). Réponse à Claude Balier : Une approche jungienne de la perversion. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, n° 112(4), 35-48.

OMS. (2019, novembre 28). *Troubles mentaux*. Organisation mondiale de la Santé.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Champ social.

<https://doi.org/10.3917/chaso.ouryj.2001.01>

Pheulpin, M.-C., Benfredj-Coudounari, K., & Bruguière, P. (2003). Aux sources du narcissisme : Le regard de l'autre. Intérêt des épreuves projectives. Regards croisés sur quelques sujets alcooliques. *Psychologie clinique et projective*, n° 9(1), 313-330.

Pireyre, E. (2000). Evolutions psychomotrices. *Epreuve de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques de Mira Stambak : nouvel étalonnage*, 12(47), 32-43.

Pireyre, E. (2011). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.

PNDS - Syndrome de Williams-Beuren. (2014). 35.

Robert-Ouvray, S. B. (2009). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.

Rozier, E. (2014). *La clinique de La Borde ou les relations qui soignent*. ERES.

<https://doi.org/10.3917/eres.rozie.2014.01>

Sartre, J.-P. (2009). *L'existentialisme est un humanisme*. Gallimard.

Sartre, J.-P., & Elkaïm-Sartre, A. (2017). *L' être et le néant : Essai d'ontologie phénoménologique* (Edition corrigée). Gallimard.

Vaivre-Douret, L. (1997). *Évaluation de la motricité gnosopraxique distale EMG : adaptation du test d'imitation de gestes de Bergès-Lézine / Laurence Vaivre-Douret*. Éditions du centre de psychologie appliquée.

Winnicott, D. W. (1992). *Le bébé et sa mère* (M. Michelin & L. Rosaz, Trad.). Payot.

Annexes

Annexe 1 : Charte de l'utilisateur en santé mentale

CHARTRE DE L'USAGER EN SANTE MENTALE

Une personne à part entière

L'utilisateur en santé mentale est une personne qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine.

C'est une personne qui a le droit au respect de son intimité (effets personnels, courrier, soins, toilette, espace personnel, etc.), de sa vie privée, ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales la concernant.

Le secret professionnel lui est garanti par des moyens mis en œuvre à cet effet.

Tout ce que le malade a dit au psychiatre et tout ce que celui-ci a remarqué pendant son examen ou le traitement, doit être couvert par le secret, à moins qu'il apparaisse nécessaire de rompre le secret pour éviter des dommages graves au malade lui-même ou à des tiers. Dans ce cas toutefois, le malade doit être informé de la rupture du secret.

C'est une personne qui ne doit pas être infantilisée ou considérée comme handicapée physique ou mentale.

C'est une personne dont on doit respecter les croyances et qui peut faire appel au ministre du culte de son choix.

Une personne qui souffre

L'utilisateur en santé mentale est une personne qui ne se réduit pas à une maladie, mais souffre d'une maladie.

Cette maladie n'est pas une maladie honteuse mais une maladie qui se soigne et se vit.

La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des usagers en santé mentale doit être une préoccupation constante de tous les intervenants.

Le psychiatre doit proposer aux usagers la meilleure thérapeutique existant à sa connaissance.

Les professionnels de santé mentale doivent travailler en réseau afin d'échanger les informations utiles concernant l'utilisateur et d'optimiser ainsi la prise en charge médicale et sociale. Sera notamment assurée une bonne coordination psychiatre-médecin généraliste (le lien psychiatre-médecin de famille est en effet l'un des maillons essentiels d'une prise en charge de qualité au plus près du lieu de vie du patient). Ce nécessaire travail en réseau doit être particulièrement vigilant au respect du secret professionnel.

Compte-tenu des liens organiques entre sanitaire et social dans le domaine de la santé mentale, les projets élaborés au bénéfice des usagers ne doivent pas pâtir de divisions artificielles des champs d'intervention.

L'accessibilité aux soins doit être assurée et l'usager doit être accueilli chaleureusement dans les délais raisonnables et dans les locaux aménagés pour son bien-être.

En cas d'hospitalisation, l'usager dispose de ses effets personnels durant son séjour sauf si des raisons de sécurité s'y opposent.

Il doit lui être remis un livret d'accueil exposant les informations pratiques concernant son séjour et le lieu de son hospitalisation et l'informer de ses droits et de ses devoirs.

Les communications téléphoniques, les visites et les sorties dans l'enceinte de l'établissement feront l'objet d'un contrat qui sera discuté régulièrement entre le patient et le médecin, et devront se faire dans le respect de l'intimité des autres patients.

Une attention particulière sera accordée à l'organisation de soins de qualité lorsqu'ils sont nécessaires après une hospitalisation.

Une personne informée de façon adaptée, claire et loyale

L'usager a le droit au libre choix de son praticien et de son établissement, principe fondamental dans notre législation sanitaire de libre engagement réciproque dans une relation contractuelle, hors le cas d'urgence et celui où le médecin manquerait à ses devoirs d'humanité (Article L.1111-1 du code de la santé publique et Article 47 du code de déontologie médicale).

Il est informé de la fonction, de l'identité des personnes intervenant auprès de lui et de l'organisation du dispositif de soins (structures du secteur et intersectorielles, etc.).

Toute personne peut avoir accès aux informations contenues dans ses dossiers médical et administratif, selon les modalités définies par la loi.

Le secret médical ne peut s'exercer à l'égard du patient ; le médecin doit donner une information simple, loyale, intelligible et accessible sur l'état de santé, les soins proposés (notamment sur les effets dits "secondaires" du traitement appliqué) et sur les éventuelles alternatives thérapeutiques. Hors situation d'urgence, tout usager peut estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis médical.

Préalablement à la recherche biomédicale, son consentement libre, éclairé et exprès doit être recueilli dans le strict respect de la loi.

Les patients donnent leur consentement préalable s'ils sont amenés à faire l'objet d'actions de formation (initiale et continue) du personnel soignant. Il ne peut être passé outre à un refus du patient.

Les mineurs sont informés en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Avec l'accord préalable du patient si son état de santé le permet, et si possible en présence de celui-ci, les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec le médecin responsable et les soignants.

L'usager a la possibilité de rencontrer une assistante sociale.

Si une hospitalisation s'avère nécessaire, les patients reçoivent aussitôt une information claire et adaptée sur les modalités de cette hospitalisation et les voies de recours. Cette information qui risque

d'être mal comprise en raison de la gravité du tableau clinique initial, sera reprise ultérieurement autant que nécessaire.

L'utilisateur reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions d'accueil et de séjour.

Une personne qui participe activement aux décisions la concernant

La participation active de l'utilisateur à toute décision le concernant doit toujours être sollicitée en le situant au centre de la démarche de soins dans un processus continu d'adhésion.

Hors les cas d'hospitalisation sous contrainte définis par la loi, un patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement après avoir été informé des risques possibles pour son état et après avoir signé une décharge.

Aucune démarche ne doit être engagée et aucun traitement ne doit être donné contre ou sans sa volonté, à moins que, en raison de sa maladie mentale, il ne puisse porter un jugement sur ce qui est son intérêt, ou à moins que l'absence de traitement puisse avoir des conséquences graves pour lui ou pour des tiers.

Le patient ne peut être retenu dans l'établissement, hormis les cas de la législation où son état nécessite des soins sans son consentement. Il doit alors être informé de sa situation juridique et de ses droits.

Compte-tenu des enjeux liant (particulièrement en santé mentale) efficacité et adhésion au traitement, même dans ce cas où son état nécessite des soins sans son consentement, sera néanmoins toujours recherché le plus haut degré d'information et de participation à tout ce qui le concerne dans ses soins ou sa vie quotidienne.

Toutefois, la construction d'une véritable alliance thérapeutique ne peut être confondue avec une simple transparence réciproque.

Dès que disparaissent les circonstances qui ont rendu nécessaire l'hospitalisation de l'utilisateur contre sa volonté, le psychiatre doit interrompre les mesures appliquées contre cette volonté.

Le mineur ne pouvant prendre de décisions graves le concernant, il revient aux détenteurs de l'autorité parentale d'exprimer leur consentement. Toutefois, lorsque la santé d'un mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le praticien peut saisir le Procureur de la République afin de, pouvoir donner les soins qui s'imposent. On sera néanmoins attentif à ce que ces mesures ne puissent en aucun cas être prolongées au-delà de ce qui est médicalement indiqué. Si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Le médecin doit tenir compte de l'avis de l'incapable majeur de ses représentants légaux.

Une personne responsable qui peut s'estimer lésée

Indépendamment d'observations exprimées dans le cadre de questionnaires évaluatifs de satisfaction (remis avec le livret d'accueil à chaque patient), l'utilisateur ou ses ayants droit peuvent faire part directement au directeur de l'établissement de leurs avis, de leurs vœux ou de leurs doléances.

S'ils souhaitent se plaindre d'un dysfonctionnement ou s'ils estiment avoir subi un préjudice, ils peuvent saisir le directeur de l'hôpital, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, les commissions locales de conciliation chargées de les assister et de les orienter en leur indiquant les voies de conciliation et de recours dont ils disposent (dans des délais suffisamment rapides pour ne pas les pénaliser).

Une personne dont l'environnement socio-familial et professionnel est pris en compte

Les actions menées auprès des usagers veillent à s'inscrire dans une politique visant à véhiculer une image moins dévalorisante de la maladie mentale afin de favoriser leur insertion en milieu socio-professionnel où ils sont encore trop souvent victimes de discrimination.

Les équipes soignantes ont le souci tout au long du traitement, de mobiliser le patient de façon positive autour, de ses capacités, connaissances, savoir-faire pour les exploiter afin qu'il puisse se reconstruire en favorisant une réinsertion sociale par paliers. Chaque étape sera discutée avec le patient, pour respecter ainsi le rythme de chacun.

Dans le strict respect de l'accord du patient, la famille peut être associée au projet thérapeutique, informée de la maladie afin d'adopter l'attitude la plus juste et être soutenue dans ses difficultés.

Une personne qui sort de son isolement

Le patient doit recevoir une information sur les associations d'usagers u'il peut contacter, et qui ont pour fonction de créer une chaîne de solidarité ; lieux d'informations, d'écoute, de rencontre, d'échange, de convivialité et de réconfort, qui pourront l'aider à tisser des liens sociaux en bonne coordination avec les professionnels des champs sanitaire et social.

Une personne citoyenne, actrice à part entière de la politique de santé, et dont la parole influence l'évolution des dispositifs de soins et de prévention.

La satisfaction de l'usager en santé mentale doit être régulièrement évaluée par des enquêtes portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour, enquêtes qui servent de base à l'amélioration de la qualité de l'information et des soins.

Dans le cadre d'un dialogue dont le développement s'avère particulièrement fécond, les usagers apportent à travers leur expérience, leur contribution à la réflexion et aux décisions des instances concernant la santé mentale, par leur participation active à chacun des niveaux de leur élaboration :

- **niveau local** : (Conseil d'administration, Commission de conciliation, C.L.J.N., C.D.H.P., Conseil de secteur, groupes de travail notamment ceux en lien avec la démarche qualité et l'accréditation des établissements, etc.)

- **niveau régional** : (Conférence régionale de santé, S.R.O.S.S. et Carte sanitaire, groupes de travail mis en place par l'A.R.H. et la D.R.A.S.S., etc.)

- **niveau national** : (Conférence nationale de santé, etc.)

Dans une démarche d'amélioration constante de la qualité de l'information, de l'accueil, des soins et de la prévention, les professionnels facilitent les conditions de la mise en place de la représentation des usagers, en soutenant leurs initiatives de création d'associations qui leur permettent de sortir de leur isolement et d'exprimer leurs besoins, avis et propositions aux personnels et aux décideurs du système de santé. Dans la marche vivifiante d'une véritable démocratie sanitaire, les usagers en santé mentale

apportent ainsi par leur participation active et avertie, une contribution citoyenne décisive pour une évolution positive à visage humain des dispositifs de soins et de prévention de notre pays.

Cette charte a été signée à Paris le 8 décembre 2000 en présence de :

| | |
|-------------------------------|--|
| Mme Dominique GILLOT : | Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés |
| Mme Claude FINKELSTEIN : | Présidente de la F.N.A.P. Psy |
| M. le Docteur Alain PIDOLLE : | Président de la conférence |
| M. Jacques LOMBARD : | Président d'honneur de la F.N.A.P. Psy |
| M. le Docteur Yvan HALIMI : | Vice-Président de la conférence (relations avec les usagers et les familles) |

F.N.A.P. Psy -24 Rue de Maubeuge - 75009 Paris

Conférence des Présidents de C.M.E. de C.H.S. - Clinique de psychologie médicale - 57370 PHALSBOURG

SEANCE THERAPEUTIQUE

Nom et prénom des participants

Plan de séance

Thème : Création de chorégraphie

| Objectifs <i>'Être capable de'</i> | Description de l'exercice proposé | Consignes particulières | Fonctions psychomotrices sollicitées | Durée de l'exercice |
|--|--|--|--|----------------------------|
| Donner le nom des parties du corps et décrire un mouvement | Échauffement du cou aux chevilles | Décrire le mouvement et donner le nom de l'articulation travaillée | Somatognosies, Schéma corporel, Image du corps, Espace, Temps, Coordination et dissociations, mémoire, attention | 10 minutes |
| Inventer des mouvements en se laissant guider par la musique et le rythme | Temps de création de mouvements | Mouvements que l'on peut enchaîner les uns avec les autres | Schéma corporel, image du corps, espace, temps, coordinations et dissociations, mémoire | 25 minutes |
| Revenir sur la séance, parler de ses ressentis, verbaliser ses impressions | Étirements et temps de verbalisation | | | 10 minutes |

Résumé

La recherche de liberté pour les patients atteints de pathologies psychiatriques lourdes et hospitalisés en psychiatrie est conditionnée par la réappropriation de soi. La capacité à agir par soi-même et à être acteur de son avenir est donc un objectif à atteindre. Pour cela, la psychomotricité peut jouer un rôle important dans la réappropriation du corps propre. La danse, médiation corporelle utilisée en psychomotricité, est un moyen d'aller vers cette réappropriation de soi et de redonner une liberté de mouvement. La danse permet un retour à soi pour réapprendre à être pleinement acteur de ce mouvement et lui donner un sens qui nous appartient. Ce mémoire a pour objectif de mettre en lumière les moyens que peut offrir la danse dans la réappropriation de soi dans une unité de psychiatrie, avec des patients hospitalisés sur le long cours. Il traite également de la place de la liberté dans cette unité et de son importance dans le cadre de soins psychiatriques.

Mots clés : Liberté – Danse – Réappropriation de soi – Psychiatrie – Médiation

Abstract

The search for freedom for patients suffering from severe psychiatric pathologies is conditioned by the reappropriation of the self. The ability to act by ourselves and being an actor of our future is an objective to be reach. To realise this, psychomotricity can play an important role in the reappropriation of the own body. Dance is a corporal mediation, that can be use in psychomotricity, and it's a way to reach the objective of the reappropriation and to give back the freedom of movement. Dance allows a return to ourself in order to learn how to be the principal actor of movement, so that it will make sense for us. This work aims to highlight the ways giving by dance mediation in reappropriation of oneself in a psychiatric unit, with patients hospitalized for a long time. It's also dealing with the place of freedom in this unit and its importance in the context of psychiatric cares.

Keywords : Freedom - Dance - Self reappropriation - Psychiatry - Mediation