

**La réappropriation d'un corps soumis à la double peine :  
travail de restructuration de l'unité psychocorporelle  
avec des personnes détenues souffrant de troubles  
psychotiques**

Ninon Jaury

► **To cite this version:**

Ninon Jaury. La réappropriation d'un corps soumis à la double peine : travail de restructuration de l'unité psychocorporelle avec des personnes détenues souffrant de troubles psychotiques. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297751

**HAL Id: dumas-03297751**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297751>**

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 de Médecine Sorbonne Universités

91, Bd de l'hôpital

75364 Paris cedex 14

## **La réappropriation d'un corps soumis à la double peine**

Travail de restructuration de l'unité psychocorporelle avec des personnes détenues souffrant de troubles psychotiques

**Mémoire présenté par Ninon JAURY en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien**

**Référente de mémoire :**

**Zelia KREBS**

**Session :**

**Juin 2021**



## REMERCIEMENTS

---

À Mélisande, ma maîtresse de stage, pour m'avoir guidée vers mon identité professionnelle, pour m'avoir accordé ta confiance et apporté ton soutien précieux, pour toutes ces discussions et moments partagés, pour ton professionnalisme et ta personnalité inspirante.

À Zélia, pour ton accompagnement bienveillant et ton soutien tout au long de cet écrit.

À Emilie et Nabila, aux *transversaux* de l'UHSA, et à toutes les équipes pluridisciplinaires qui m'ont accueillie.

À Monsieur N., Monsieur K., et à tous les patients que j'ai rencontré qui sont sûrement celles et ceux qui m'ont le plus appris.

À Charlotte, Margaux, Aurélia, François, Romain, Jade, Morgane, mes amis, pour tout ce qu'on a pu traverser, tout ce que vous m'avez apporté. À Siham pour ta patience et ta relecture bienveillante. A tous mes promotionnaires, les anciens comme les nouveaux.

À Florine, mon vase solide indispensable.

À la Casa Güemes et à toutes ces rencontres sud-américaines, qui ont activement influencé la personne que je suis aujourd'hui.

À ma famille et mon environnement bayonnais, mon filet de sécurité interne infailible qui m'a permis d'en être là.

À Camille, pour être montée dans mon train au bon endroit, au bon moment ; pour cette infinité de kilomètres parcourus ensemble et pour tous ceux qui arrivent.

# SOMMAIRE

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>PARTIE I - CADRE ET RENCONTRES CLINIQUES</b>	<b>9</b>
<b>I - L'UHSA</b>	<b>9</b>
1 - Naissance de l'intra-hospitalier carcéral	9
2 - Son fonctionnement	10
3 - Une histoire de ressentis	13
<b>II - Monsieur N.</b>	<b>15</b>
1 - Première rencontre	15
2 - Histoire de Monsieur N.	16
3 - Organisation psychomotrice	17
4 - Projet thérapeutique	19
5 - Suivi	20
<b>III - Monsieur K.</b>	<b>26</b>
1 - Première rencontre	26
2 - Histoire de Monsieur K.	27
3 - Organisation psychomotrice	29
4 - Projet thérapeutique	31
5 - Suivi	32
<b>PARTIE II - RÉFLEXIONS THÉORICO-CLINIQUES</b>	<b>37</b>
<b>I - L'édification du Moi par l'unité psychocorporelle</b>	<b>37</b>
1 - Le Moi corporel	37
2 - Le Sujet par l'unité psychocorporelle	38
<b>II - Modèles de compréhension de la psychose aiguë</b>	<b>44</b>
1 - Définition	44
2 - Etiologies	46
3 - Le corps dans la psychose	48
<b>III - Lecture psychocorporelle de Monsieur N. et Monsieur K.</b>	<b>51</b>
1 - Les enveloppes psychocorporelles malmenées	51
2 - Le corps qui réagit : trouble de la fonction tonique	56
3 - La désintégration de l'unité psychocorporelle	63

<b>PARTIE III : RETISSER L'UNITÉ PSYCHOCORPORELLE EN PSYCHOMOTRICITÉ</b>	<b>68</b>
<b>I - Structuration des enveloppes psychocorporelles</b>	<b>68</b>
1 - Déployer la carapace	68
2 - De la carapace à l'enveloppe propre	72
<b>II - Réappropriation corporelle</b>	<b>77</b>
1 - Moduler le tonus	77
2 - De la sensation à la perception	81
3 - Séparation	83
<b>III - Composer avec le cadre</b>	<b>84</b>
1 - Modalités complexes de la rencontre corporelle	84
2 - Planter des graines	87
3 - Ici et maintenant	89
<b>CONCLUSION</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>94</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>97</b>

## INTRODUCTION

La condition du corps dans une société cartésienne... Comprendre le corps, observer la manière dont il est habité, dont il est le propre de l'unité du sujet, qu'il lie au monde, à la réalité du vivant, singulièrement. Vaste aventure, aussi vertigineuse que merveilleuse dans laquelle je suis rentrée, il y a presque quatre ans.

Ma curiosité s'accroît lorsqu'il est question du corps en psychiatrie. Le corps soumis aux maux de la psyché, induit, lâche, traduit, explose, maintient, se dérobe, s'enfuit ou garde le cap, se gèle ou s'agite. Son unité, avec l'esprit et dans l'environnement, est bien souvent mise à mal. Lorsque la réalité est incomprise, déstabilisante, que les mots sont désorganisés ou insatisfaisants, le corps, lui, s'exprime authentiquement. Son langage offre alors au psychomotricien de précieuses clés pour accompagner l'être au monde.

Depuis la première année de formation, où nous avons pu bénéficier d'une intervention sur la psychomotricité dans l'univers carcéral, l'idée d'accompagner l'harmonie psychocorporelle du sujet détenu n'a cessé de germer, silencieusement, dans mon for intérieur. C'est arrivée en dernière année que ce projet voit le jour. Je fais la rencontre de l'unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), service inclus dans un centre hospitalier, d'hospitalisation psychiatrique à temps plein pour personnes détenues, où les problématiques dues à l'enfermement et à la souffrance psychique sont concomitantes. Après quelques temps de maturation, je pense avoir les épaules pour en faire enfin mon lieu de formation pratique cette année. Mais avoir les épaules pour quoi, concrètement ? Le fait d'*avoir les épaules* ou non, semble se baser essentiellement sur les représentations sociétales, opaques et énigmatiques, qui m'habitent autour du *détenu fou*.

J'arrive à l'UHSA en septembre dernier inévitablement chargée de fantasmes, auxquels je me retrouve confrontée dès les premières semaines. Se dessine devant moi un tableau mouvant, constitué

d'une multiplicité de sujets animés par une pulsion de vie fondamentalement humaine. Face à cette remise à zéro obligatoire de mes assises représentatives, j'entame leur reconstruction. Il m'a fallu avant tout comprendre le cadre de l'UHSA, les circonstances exactes dans lesquelles je suis amenée à rencontrer et accompagner les patients. Ainsi, j'ai d'abord démêlé l'intrication complexe de ce double statut sanito-judiciaire pour recontextualiser les murs et rejoindre la danse institutionnelle, après en avoir visualisé les différents courants et participants.

Une fois l'environnement appréhendé, ma rencontre avec les patients a pu prendre place. Peut-être de manière défensive face à la représentation angoissante du corps enfermé, ou en réponse aux mouvements transférentiels vis-à-vis desquels je suis novice en arrivant à l'UHSA, j'ai tendance à cristalliser mes réflexions « dans la tête ». Il était temps de lâcher-prise et d'écouter à nouveau mon propre corps pour ré-engager le dialogue non-verbal, et accueillir justement les vécus psychocorporels des sujets en face de moi.

Ainsi, peu à peu je prends contact plus profondément avec les langages corporels à l'UHSA, qui me paraissent alors multiples et complexes : envahissants, fermés, cryptés, glaciaux, engluants, dispersés, mutiques, etc. Dans ces dialogues infra-verbaux particuliers, l'unité psychocorporelle des individus rencontrés me paraît singulièrement impactée par ce contexte de vie, entre trouble psychiatrique et détention.

M'apparaissent alors des réflexions autour de la double dépossession du corps qu'inflige la dyade détention-psychose. Je me demande : **comment l'unité psychocorporelle du sujet est mise à mal dans un contexte de vie psychiatrico-carcérale ? Comment accompagner la réappropriation du corps chez des patients détenus atteints de troubles psychotiques, en psychomotricité ?**

Je tente dans cet écrit de répondre à ces questionnements en vous présentant tout d'abord le cadre dans lequel mes réflexions s'inscrivent, à la manière de mon propre cheminement lors de mon



arrivée à l'UHSA. Puis, je vous présente Monsieur N. et Monsieur K. ; deux patients évoluant dans un rapport au corps particulièrement marquant lorsque nos routes se croisent, et au contact desquels mes réflexions ont pris sens. Il sera alors question de mettre en récit respectivement notre rencontre puis leur suivi en psychomotricité.

Dans un second temps, je développe la réflexion théorico-clinique qui m'a permis d'étayer ma compréhension du vécu psychocorporel des patients. Je m'attache premièrement à exposer la structuration de l'unité psychocorporelle et son rôle fondateur dans l'édification du sujet. Par la suite, je décris la pathologie psychotique aiguë et ses répercussions psychocorporelles, dont pâtissent Monsieur N. et Monsieur K.. Enfin, j'éclaircis le vécu de ces derniers, dans une lecture détaillée de la mise à mal de leur unité psychocorporelle par la psychose et la détention, allant jusqu'à la désappropriation du corps.

En dernière et troisième partie, le travail de réappropriation de l'unité psychocorporelle réalisé avec eux en psychomotricité sera explicité, en abordant les moyens de sa mise en œuvre, les médiations utilisées et la compréhension de ce qui s'y est joué dans le cadre singulier de l'UHSA.

## I - L'UHSA

### 1 - Naissance de l'intra-hospitalier carcéral

Le récit de la naissance des UHSA en France ne saurait faire l'économie de celui de la dyade qui les sous-tend entre maladie mentale et criminalité. Historiquement, le *fou* est associé au châtement divin (Herszberg, 2006), il est brûlé ou enfermé avec les autres non-désirés de la société (mendiants, voleurs, etc.). Pinel et Esquirol (Herszberg, 2006) déplacent le champ de la folie dans celui de la maladie, et les personnes atteintes de troubles psychiatriques relèvent maintenant de l'hôpital.

Vers 1960, la psychiatrie de secteur apparaît. La sectorisation du soin élargit le nombre de personnes prises en charge, les moyens humains sont drastiquement amoindris et la durée d'hospitalisation est raccourcie. Les services ne peuvent progressivement plus faire face à la violence physique engendrée par la maladie psychiatrique. En parallèle, des mesures juridiques légitiment l'enfermement des personnes souffrant psychiatriquement en détention et les conditions de vie intra-carcérales se dégradent (surpopulation, manque d'hygiène et de personnel pénitentiaire). La nécessité de soins psychiatriques intra-carcérale est grandissante : les Services Médico-Psychologiques de Secteur (SMPS) voient le jour en 1986.

Il existe à ce moment-là la possibilité d'être hospitalisé d'office (HO) pour les personnes incarcérées les plus en souffrance qui nécessitent l'extraction momentanée du centre de détention pour recevoir des soins à temps plein. Néanmoins, lorsqu'elle a lieu, elle se fait dans un service de psychiatrie générale ; lesquels sont souvent peu adaptés pour accueillir ces patients, qui ont besoin d'un système de surveillance cruciallement renforcé. Ainsi, la loi Perben I, votée le 9 septembre 2002, instaure l'ouverture des unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Naissent alors ces services psychiatriques d'hospitalisation à temps plein, réservés aux personnes détenues, au sein de

centres hospitaliers.

## **2 - Son fonctionnement**

### **A. Population accueillie**

En Île-de-France, on compte près de treize mille personnes incarcérées (« Statistiques de la population détenue », 2020). La prévalence de personnes souffrant de troubles psychiatriques en détention concourt à la multiplicité des profils nécessitant les soins que propose l'UHSA. Pour reprendre le témoignage d'une infirmière : « *L'UHSA, c'est tout un monde !* ». C'est en effet toute la diversité du monde, hors du monde.

Chaque personne accueillie - femme, homme, majeur ou mineur - arrive à l'UHSA avec un bagage personnel, à différents niveaux. On observe une multiplicité de personnalités, d'origines, de milieux de vie (souvent précaires), de parcours, judiciaires et psychiatriques.

Chaque patient possède son *identité carcérale*, selon le motif d'incarcération, le temps de la peine et la temporalité dans laquelle il se trouve, le vécu de l'enfermement et du statut de détenu. Pour la majorité des patients, la procédure judiciaire est en cours pendant le temps d'hospitalisation. Souvent, le patient raconte son humeur générale en décrivant l'état de sa demande d'aménagement de peine, du dernier parloir avec son avocat ou avec les SPIP<sup>1</sup>, des dernières décisions judiciaires, etc. La disponibilité du patient, qu'elle soit physique, psychique, corporelle et/ou émotionnelle, est éminemment teintée de sa situation judiciaire.

S'ajoute la pluralité de statuts médicaux. L'hospitalisation des personnes accueillies à l'UHSA peut se faire avec ou sans consentement. Les patients y sont souvent admis en soins sous

---

<sup>1</sup> Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation : Les SPIP contribuent à la prévention de la récidive et favorisent la réinsertion des personnes condamnées en concourant à l'individualisation des peines privatives de liberté et à la préparation des décisions de justice à caractère pénal.

contraintes : Soins Psychiatriques sous Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE). Ils ont également la possibilité d'être sous un régime de Soins Libres (SL), leur conférant le droit de demander à venir à l'UHSA ou d'y rester en cas de levée de la mesure de SPDRE. On observe donc aussi une multitude de rapports aux soins chez les patients.

Les problématiques psychiatriques sont elles aussi diverses et variées. L'UHSA accueille majoritairement des personnes atteintes de troubles psychotiques. En 1924, Freud décrit la psychose comme une instance psychique dans laquelle le rapport à la réalité est altéré ; c'est en partie ce qui la distingue du champ des névroses. Néanmoins, il existe autant de *rapports altérés* à la réalité que d'individus souffrant de troubles psychotiques et son expression symptomatologique varie singulièrement en fonction des patients. En outre, dans le cadre de l'UHSA, les troubles psychotiques sont souvent associés à des troubles de la personnalité, des troubles anxieux ou de l'humeur, dus à l'enfermement et à l'hostilité du milieu carcéral. Les problématiques rencontrées à l'UHSA sont de fait éminemment plurielles ; et le tableau clinique, singulier à chaque patient.

## **B. Agencement interne**

### **• Intrication du médico-judiciaire**

Chaque UHSA reçoit des personnes incarcérées dans les centres de détention de la région. Hommes, femmes, mineurs et majeurs sont accueillis au sein de ces unités, faisant fi des principes pénitentiaires de séparation.

Nous pouvons imaginer cette institution entourée d'une double écorce l'isolant du monde extérieur : celle du centre hospitalier puis celle de l'administration pénitentiaire. Les surveillants pénitentiaires au sein de l'UHSA remplissent le rôle de gardes et/ou d'escorte pour les différents transferts des patients. Ils contrôlent l'ouverture et la fermeture de toutes les portes du service à distance. Une fois l'enceinte pénitentiaire traversée, son personnel ne pénètre pas dans le service de soin, sauf en cas de nécessité d'intervention. Les sujets accueillis sont à l'hôpital avant d'être en détention, lors de leur séjour à l'UHSA.

## • Parcours institutionnel

Chaque UHSA possède son propre fonctionnement. Je décris ici celui de l'institution qui m'a accueillie.

Sa capacité maximale est de soixante lits. Le projet médical initial a été pensé selon un parcours de soin sur trois unités, comptant chacune vingt patients. L'accueil séquentiel des patients s'organise alors selon ces trois pôles. La première unité prend en soin les patients décompensés, en situation de crise aiguë ; la deuxième accueille des personnes en voie de stabilisation symptomatologique (réduction de l'activité délirante, des troubles du comportement, apaisement des angoisses, équilibre médicamenteux) ; enfin la troisième abrite des sujets stabilisés dont la situation ne permet pas le retour en détention pour diverses raisons (stabilisation trop fragile, procédures administratives et sociales de réinsertion faites depuis l'hôpital, ou encore, attente d'irresponsabilité pénale).

Les conditions d'admission dans les différentes unités ont été assouplies au fil du temps, au regard de la non linéarité de l'évolution clinique de chaque patient et de l'hétérogénéité des prises en soins. L'organisation de soin dite séquentielle passe en semi-séquentielle : les profils des unités restent les mêmes, mais la progression institutionnelle du patient est pensée de manière plus singulière et propre à ce dernier.

Au niveau du personnel, on compte deux assistantes sociales pour les trois unités, un médecin psychiatre par unité et un médecin psychiatre entre la première et la deuxième unité. Concernant le personnel soignant, un minimum de trois infirmiers est obligatoire par unité. Ajoutés aux aides soignants, en moyenne sept professionnels de soins au quotidien sont présents dans les unités. De plus, deux soignants « accompagnants » (responsables des transferts) oscillent entre unité 1 et unité 2 pendant la journée. L'équipe de nuit est organisée de la sorte, et compte donc en moyenne sept soignants chaque nuit. Enfin, les « transversaux » (en référence à leur présence sur les trois unités) sont les deux psychologues, les deux ergothérapeutes et la psychomotricienne. Les ergothérapeutes et la

psychomotricienne exercent dans le pôle thérapeutique, comportant l'atelier d'ergothérapie et la grande salle de psychomotricité, annexe aux trois unités au rez-de-chaussée. Les indications des patients pour ces professionnels sont le plus souvent décidées en équipe lors des réunions institutionnelles hebdomadaires dans chaque unité, puis posées par le médecin psychiatre. Ce nombre de personnels travaillant en pluridisciplinarité est bien plus élevé que dans les services de psychiatrie générale et participe activement à la contenance institutionnelle de l'UHSA.

Chaque unité possède son fonctionnement interne propre. Le cadre est fermement contenant à l'unité 1 : les espaces sont fermés, le rythme journalier strict et les quelques effets personnels sont conservés hors de la chambre. A l'unité 2, ces règles sont adaptées en fonction de l'état clinique du patient et du contexte de sa demande si elle a lieu. Enfin, à l'unité 3, les patients sont autorisés à circuler entre salle commune, cour et bibliothèque.

### **3 - Une histoire de ressentis**

La psychomotricienne assure la prise en soin psychocorporelle de patients sur les trois unités. De fait, nous assistons aux réunions cliniques des différentes unités et circulons entre ces trois composantes de l'UHSA plusieurs fois par jour. En entrant dans chaque unité, l'ambiance est singulière et dépend de l'équipe soignante du jour, des patients présents et de l'humeur générale du groupe.

Lors de nos passages dans l'unité 1, j'ai souvent senti une atmosphère mouvementée, tourbillonnante, morcelée. L'unité 2 est habitée par l'ambiguïté de l'état des patients, par cet entre-deux complexe et fluctuant qu'est la stabilisation clinique. J'y rencontre une ambiance détendue, flottante et paisible un jour, puis l'agitation et la cacophonie la semaine suivante. De la troisième unité, émane un climat plus régulier calme et posé, sûrement lui aussi inspiré par la chronicité clinique.

L'impact émotionnel qu'engendre mon entrée dans l'unité reflète souvent le cadre de celle-ci. A l'unité 3, les patients sont habitués à ma présence par la chronicité des suivis. Les nouvelles arrivées

de patients me semblent moins fréquentes que dans les autres unités. De plus, l'ouverture du service fluidifie notre arrivée, inclue dans les différentes circulations à ce moment-là. C'est à la prise de contact avec les deux autres unités que cette *entrée* est plus significativement ressentie.

A l'unité 2, les départs et arrivées sont nombreux. Dans ma place de stagiaire, je ne suis pas à l'UHSA de manière quotidienne. Ainsi, chaque semaine, je passe la porte d'entrée de la salle commune de l'unité 2 en pull et baskets, sans blouse blanche, sans être ni professionnelle, ni patiente, ni soignante et sans non plus être familière avec le groupe qui habite cette salle. Dans un cadre spatial fermé, où mon entrée est plus facilement remarquée, l'accueil est singulièrement différent d'une semaine à l'autre ; balayant le spectre réactionnel de l'indifférence totale au foisonnement de questionnements. Inévitablement, mon for intérieur répond. Divers vécus m'ont traversée, entre impression de transparence, déséquilibre interne, vécu d'objet attracteur, sentiment d'envahissement.

Nous nous rendons que plus rarement dans l'espace de vie commune de l'unité 1. Les patients me sont presque tous inconnus à chaque apparition dans leur lieu de vie et réciproquement, aucun d'entre eux ne connaît mon identité ni mon statut professionnel. Cet espace est strictement fermé, contenant et connu pour eux. Ainsi, lorsque nous y rentrons, l'état clinique des patients, en grande désorganisation psychique dont l'appétence à l'environnement est souvent maximale, se fait ressentir. Nous sommes happées de toute part, de questionnements divers et variés, et de sollicitations multiples quant aux préoccupations corporelles. Le rythme des interactions est élevé, non structuré ; les regards sont pénétrants, lointains ; les mots déferlent et peinent à atteindre le cœur de l'échange. Et petit à petit, l'évènement se tasse, le cours des activités de chacun reprend progressivement, mon rythme interne peut également retrouver son calme.

Ces moments de prise de contact environnementale et relationnelle sont souvent marquants par les ressentis psychocorporels qu'ils suscitent en moi. Leur élaboration, soutenue par ma maîtresse de stage, m'a donné des clefs pour mettre en lien et penser les différents cadres, la clinique, ma posture de

stagiaire, l'intrication avec mon univers personnel, et leur juste utilisation dans la construction de mon identité professionnelle.

Ce sont ces ressentis, qui, au contact de Monsieur N. et Monsieur K., m'ont marquée. Les rencontres respectives avec ces deux patients ont suscité des résonances particulières dans mon for intérieur, qui motivent alors l'étude de ce que leur corporéité raconte entre histoire, subjectivité, psychose et détention.

## **II - Monsieur N.**

### **1 - Première rencontre**

Une porte fermée, l'espace restreint du sas, le temps suspendu par l'attente, le silence, l'inaction, et ce sentiment que mon corps me fait défaut : il m'encombre et je ne sais pas où le ranger. Voilà mon contexte émotionnel lorsque je rencontre Monsieur N. pour la première fois. Pendant ce court instant, Monsieur N. est en face de moi, à côté de l'ergothérapeute. Nous sommes tous debouts, dans l'attente, immobiles. Cependant, l'immobilité de Monsieur N. est particulière, atypique, elle m'impressionne. Monsieur N. n'est pas seulement immobile, il est comme figé. Ses membres, ses mouvements respiratoires, son équilibre corporel, sa face, et surtout son regard, sont fixes ; rien ne bouge. C'est comme si de la cire avait coulé dans les recoins de son corps. Ce dernier ne traduit pas un état de veille ou de pause. Il ne me dit rien, il est juste là. Il est là, comme figé en lui et dans l'environnement.

Moi-même rigidifiée dans mon corps, je passe plusieurs secondes à observer cet homme. Je fais face à une armure corporelle épaisse et impénétrable, mon regard est stoppé à la stricte périphérie de la forme spatiale du corps de Monsieur N.. Je ressens à ce moment-là un manque d'accroche dans notre dialogue non-verbal. Nos regards se croisent, et naît l'espoir de trouver dans ce lien un échange. A l'inverse, le sentiment de vide s'accroît au contact de ses pupilles fixes, qui me donnent l'impression



de transpercer les miennes. L'attente se termine, les corps s'animent, Monsieur N. se met également en mouvement. Cependant, je ne pourrais le qualifier d'animé. Il se met en mouvement, suivant le courant qui l'entoure.

Je ressors de ce premier contact avec Monsieur N. troublée par cet échange infra-verbal particulier. Nous nous rencontrons deux semaines plus tard, quand Monsieur N. est à l'unité 2, en bonne voie de stabilisation symptomatologique, à la demande du médecin pour évaluer et travailler autour de sa grande rigidité corporelle. A ma surprise, il se montre sollicitant, demande à venir au groupe « *étirements* »<sup>2</sup> effectué avec d'autres patients et réagit positivement à la proposition de se rencontrer en séance individuelle.

## **2 - Histoire de Monsieur N.**

Monsieur N. est un homme de 24 ans, grand, à la morphologie corporelle longiligne et musclée. Il a le visage rond, lunaire et les yeux légèrement bridés. Il porte une cicatrice qui traverse l'arcade sourcilière et l'œil gauches, allant de sa pommette à son front.

Il est père d'un garçon de quatre ans et marié. Sa femme semble soutenante et présente ; elle lui rend visite à quelques reprises, accompagnée de leur fils, au parloir de l'UHSA. Il a très peu de contact avec sa mère et son père est décédé avant sa naissance. Il a trois grands frères, dont un décédé il y a six ans. Monsieur N. est incarcéré pour une durée de quatre ans quand nous nous rencontrons, à la suite de violences aggravées, trafic de stupéfiants et conduite sans permis. Il a connu deux incarcérations précédentes pour trafic de stupéfiants et violences conjugales. Il est actuellement en détention depuis plus ou moins une année.

Au niveau médical, Monsieur N. présente une dépendance au cannabis. Sur le plan psychiatrique, il n'a aucun antécédent. Il est adressé en fin d'année à l'UHSA par le centre de détention, où il était dans un état délirant depuis plusieurs semaines. Il entretenait alors un délire aux thématiques mégalomane et de persécution, pensait entre autres que les surveillants voulaient le

---

<sup>2</sup> Les passages écrits en italique et entre guillemets correspondent aux dires du patient.

tuer ou qu'il pouvait guérir la population du Covid-19. Le mécanisme du délire était interprétatif, intuitif, avec des idées de références et une forte participation affective. Monsieur N. présentait également des troubles majeurs du comportement en détention, notamment avec des passages à l'acte hétéroagressifs sur les surveillants pénitenciers. Progressivement, la charge anxieuse augmentait jusqu'à la verbalisation d'idées suicidaires à sa femme.

A son arrivée, Monsieur N. est décrit comme tendu, sthénique, hostile sur le plan comportemental. Il est très peu observant aux soins et anosognosique. De plus, ses affects fortement restreints et sa thymie non évaluable le rendent imprévisible au regard des soignants. Son discours est organisé, mais grandement teinté d'éléments délirants avec une adhésion totale à ceux-ci. Enfin, sur le plan psychocorporel, Monsieur N. se montre fermé, figé, inexpressif dans une grande raideur corporelle. Le diagnostic posé par le médecin pour Monsieur N. est celui d'une bouffée délirante aiguë. L'évolution vers une schizophrénie paranoïde est envisagée.

### **3 - Organisation psychomotrice**

Lors de notre rencontre dans le cadre de l'évaluation psychomotrice, la présentation corporelle de Monsieur N. est sensiblement la même que celle décrite plus haut. Il se tient droit, selon un axe parfaitement vertical. Une hypertonie globale, perceptible à distance, impacte grandement sa mobilité. On observe une pauvreté de l'expressivité corporelle et gestuelle, et ses mouvements spontanés sont rares, sinon très lents et peu amples. Il n'y a pas de dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne ni de ballant dans sa marche, ses bras sont maintenus dans une position de semi flexion.

Dans la relation, Monsieur N. est présent. Son regard est adressé mais peu incarné. Son visage est lisse, quasi inexpressif. A propos de la verbalisation, Monsieur N. donne de l'importance au choix de ses mots. Ainsi, sans sollicitation, il étaye rarement son propos et reste dans une expression verbale succincte et directe.

Il exprime sa surprise, *a minima*, en arrivant dans la salle de psychomotricité, motivée par l'aspect coloré de celle-ci. La psychomotricité ne lui évoque rien, sauf de la « *détente* ». Il explique sa présence à l'UHSA car il était « *un peu délirant et angoissé* » en détention. Il se sent mieux après quelques temps passés ici et voudrait maintenant repartir en prison. Monsieur N. verbalise spontanément que « *la responsabilité lui manque* » et il précise rapidement qu'il parle de « *la responsabilité de son corps* » et impute ce vécu corporel à la prise de traitement.

Concernant l'évaluation psychomotrice de Monsieur N., l'examen du tonus confirme son hypertonie globale, aux niveaux basal, postural et d'action. Le relâchement musculaire peut être très progressivement accessible sur inductions mécaniques, et l'absence de modulation tonique impacte sa régulation tonico-posturale, son équilibre et sa motricité globale. Son schéma corporel semble bien intégré au vu des verbalisations, de la maîtrise des somatognosies et de l'organisation corporelle efficiente dans les coordinations de base. Cependant, son mouvement manque de fluidité et s'organise autour d'un fort recrutement tonique qui semble tenir l'ensemble du corps d'un bloc.

Au cours de l'évaluation, il banalise ses vécus et qualifie beaucoup d'états de « *normaux* » quand il est questionné sur ses vécus émotionnels ou sur son dessin du bonhomme<sup>3</sup>. Sur celui-ci, il ne représente pas son corps mais dessine uniquement une tête, les éléments sensoriels (yeux sans pupilles, nez, bouche, oreille) et les cheveux. Les verbalisations à propos de ce dessin sont pauvres, le mot « *normal* » revient à plusieurs reprises. Monsieur N. peut parler de son corps et de ses ressentis, mais presque uniquement sous le spectre des effets des traitements. Fréquemment, il rapporte un sentiment de grande fatigue corporelle et le fait d'être « *mal à l'aise* » au niveau de la sphère orale (hypersialorrhée, crispations dans les mâchoires, troubles de l'élocution). Monsieur N. insiste souvent sur la sensation « *d'être crispé* » à cause des médicaments toujours. Les représentations corporelles de

---

<sup>3</sup> Test projectif étalonné par Goodenough permettant d'évaluer l'intelligence, la maturité affective et l'imaginaire de l'enfant. Il est utilisé par les psychomotriciens pour observer les représentations du corps du sujet.

Monsieur N. semblent être cristallisées autour d'un corps tendu et contracté, qui « appartient » aux traitements.

Malgré un lissage franc de la sphère affective, il verbalise être très angoissé depuis petit et peut préciser les manifestations corporelles associées (difficultés à respirer et augmentation du rythme cardiaque). Monsieur N. semble être en demande de soutien thérapeutique à ce sujet-là ; ce que l'on pourrait lier avec ses remarques redondantes à propos de la « détente ». Enfin, les émotions et l'imaginaire paraissent accessibles à minima, malgré une pauvreté expressive.

#### **4 - Projet thérapeutique**

L'évaluation psychomotrice de Monsieur N. met en lumière une hypertonie corporelle généralisée qui induit l'absence de modulation tonique et qui semble générer en partie, la sensation d'un corps « crispé » et énergivore, dont il « n'est plus responsable ».

Monsieur N. laisse paraître une sphère émotionnelle et des affects lissés que l'on observe, entre autres, au travers de ses verbalisations « normalisantes ». Cette « anesthésie émotionnelle » (V. Defiolles-Peltier, 2010) pourrait être en lien avec les difficultés relationnelles que rencontre Monsieur N., dont le comportement est décrit comme froid et hostile.

Le projet thérapeutique en psychomotricité s'oriente alors vers un travail de relâchement musculaire par les mobilisations activo-passives de la technique de relaxation dynamique de Henry Wintrebert<sup>4</sup>. Ainsi, par cette médiation qui répond à ses nombreuses allusions quant à « la détente », le relâchement tonique est favorisé et étaye l'émergence de sensations corporelles dans un cadre contenant, qui puissent être réappropriées par Monsieur N..

---

<sup>4</sup> La méthode de relaxation de Wintrebert consiste à effectuer des mobilisations sur les segments corporels du patient, selon un mouvement répété de façon lente et rythmique. Wintrebert observe dans sa thèse de médecine en 1959, qu'il existe une corrélation entre la décontraction musculaire provoquée par les mouvements passifs et l'obtention d'un repos mental.

## 5 - Suivi

Lorsque le suivi démarre, Monsieur N. semble être dans une dynamique d'investissement des soins. Ayant bien saisi la dynamique pluridisciplinaire de son suivi, il investit plusieurs espaces (ergothérapie, psychothérapie). Cette nouvelle dynamique favorise un investissement rapide de la psychomotricité. Je vois Monsieur N. pendant six séances, une fois par semaine, pour des séances d'environ cinquante minutes. Ma maîtresse de stage est présente, en observation, pendant les deux premières séances ; les suivantes, je suis seule avec lui. Elle reviendra pour la dernière séance.

### • Première approche

Lors de la première séance, je lui expose le projet thérapeutique envisagé, tant les objectifs que la méthode. A l'annonce de la pratique de mobilisations activo-passives sur son corps, Monsieur N. semble anxieux. Il annonce d'emblée que « *son corps est déjà souple* », faisant allusion aux mobilisations de l'examen du tonus effectuées lors de notre dernière entrevue. Je m'appuie sur cette première expérience de contact tactile, lui rappelant le ressenti positif dont il m'avait fait part à cette occasion pour le rassurer. Accessible à cette réassurance, il est compliant pour entamer les séances.

Suite à cette entrée en matière, je perçois une certaine méfiance chez Monsieur N. : son installation au sol est peu économique, en périphérie du tapis et il agence plusieurs coussins sous sa tête. A ce propos, Monsieur N. positionne systématiquement trois coussins superposés pour soutenir sa tête. Il justifie lors de la dernière séance en avoir besoin en position allongée, sinon il « *se sen[t] tendu dans le cou* » car il « *tient [s]a tête* ». Il me signale être bien installé dans une posture allongée qui semble, au contraire, majorer les tensions musculaires. Je lui propose alors certaines modifications qu'il accepte.

Pendant toute la durée de l'installation, je ressens le besoin d'accompagner Monsieur N. en verbalisant pour le rassurer. Après quelques démonstrations du travail à suivre, son anxiété est toujours très perceptible, ce qui a tendance à produire le même effet dans mon corps. Avant tout contact, il nous

faut à tous deux apprivoiser cette proposition et prendre le temps de s'installer individuellement. Tout en modulant la luminosité de la salle et la texture de ma voix, je lui propose un temps d'approfondissement de la respiration en vue d'assouplir l'hypervigilance dans laquelle il se trouve. Monsieur N. oscille entre yeux ouverts et fermés, il présente des difficultés à sortir d'une respiration courte et condensée. Petit à petit, par mon accompagnement sonore de l'inspire-expire, il parvient à moduler ses mouvements respiratoires. Je l'interprète alors comme l'aval pour passer à la suite de la proposition.

Ce moment que je pensais nécessaire pour la première séance, s'est finalement installé comme un rituel d'installation rassurant pour Monsieur N. et garant d'un premier accordage relationnel. Le caractère connu, ritualisé et répétitif des séances confère de manière générale une certaine maîtrise à Monsieur N.. Ainsi, n'étant plus soumis à la nouveauté vertigineuse, il s'approprie la proposition au fur et à mesure du suivi et montre un « *laisser aller* » progressif.

#### • **Relâchement musculaire**

Selon les échanges toniques dans les mobilisations, je perçois que son relâchement est toujours plus difficile dans les membres supérieurs qu'inférieurs. Au début, lorsqu'il a lieu, il se fait d'une manière dysharmonieuse : par à-coups ou par oscillations entre décontraction/re-contraction. En bref, la régulation tonique est difficile d'accès, puis désorganisée. La répétition et la confiance progressive dans mon toucher, permettent à Monsieur N. de déposer son poids de plus en plus rapidement entre mes mains. Les traitements médicamenteux de Monsieur N. sont ajustés en parallèle. Investissant son corps majoritairement à travers la médication, il lui impute l'étrangeté de son corps, puis par la suite, l'évolution positive du ressenti de celui-ci.

Pour expliquer en partie le relâchement tonique progressif de Monsieur N., je me permets de poser quelques hypothèses. L'effet physiologique provoqué par la diminution des traitements sur son organisation musculaire est bien réel ; cependant, cette modulation médicamenteuse semble avoir une

incidence psychoaffective conséquente sur le relâchement tonique de Monsieur N.. Il ressent alors son corps « *moins crispé et plus léger* », et se sent « *plus libéré* » avec moins de traitements. D'autre part, l'installation d'un cadre thérapeutique de confiance favoriserait le processus de modulation tonique. Lors d'une discussion à ce propos, Monsieur N. affirme l'ordre de priorité suivant : la diminution des traitements lui permet d'augmenter « *le contrôle du corps* », de pouvoir le relâcher ; les mobilisations en psychomotricité permettent de lui en faire prendre conscience, de « *le confirmer* ».

### • **Dynamique relationnelle**

Pendant tout le suivi, la dynamique relationnelle a été prépondérante dans les vécus de Monsieur N.. En effet, il oriente ses premières verbalisations à propos du caractère angoissant du relâchement autour de la crainte que je le « *laisse tomber* ». Doutant de la fiabilité de mon support, il se sent obligé de me ménager car il s'estime trop lourd pour moi. Un relâchement significatif s'effectue systématiquement lorsqu'une de mes mains est en position de support du membre, même lorsqu'elle est positionnée comme simple interface entre son corps et le tapis.

Lors de la dernière séance, un tissu est utilisé pour mobiliser les membres inférieurs de Monsieur N.. Il verbalise spontanément autour de la différence des ressentis provoqués par le contact avec mon toucher (peau à peau) et celui avec le tissu. Il est alors partagé sur le plan affectif entre le caractère plus « *puissant* » provoqué par le premier dont il garde « *les traces plus longtemps* » et qui lui confère des sensations plus focales ; et le deuxième, caractérisé par « *une meilleure prise* », source de sécurité. La sphère affective de Monsieur N. semble se redynamiser par le contact « humain », véhiculé par le toucher.

En fin de suivi, il se montrera plus expressif relationnellement, abordant des aspects subjectifs et personnels dans les espaces informels (l'origine de nos prénoms) et allant jusqu'à chercher la complicité en salle commune dans une intention qui a pu me paraître, à certains moments, démonstrative. Par exemple, en faisant allusion à sa définition de la psychomotricité devant un autre

patient, m'incluant moi et le travail réalisé ensemble dans la conversation avec une légère fierté, pour valider ses propos.

### • Ses verbalisations du vécu corporel

Les traitements ont toujours été pour Monsieur N. le vecteur de ses verbalisations corporelles. Selon lui, qu'il se sente crispé ou détendu, oppressé ou léger, mal à l'aise ou libéré : ce sont les traitements les seuls responsables. Me vient rapidement en tête une image, associée à ce vécu corporel soumis à l'omnipotence de la médication. Elle aurait la forme d'un épais brouillard entre Monsieur N. et son corps, opacifiant non pas ses sensations mais ses perceptions, toujours soumises au doute et à l'incertitude. En effet, cet homme accorde une importance particulière au fait de ne pas « *savoir* » son corps. Par exemple, en fin de séance, il verbalise « *je suis plus détendu maintenant mais c'est comme si je ne le savais pas* », « *je me sens mieux, mais je ne savais pas que j'étais tendu avant* ». Pendant les premières mobilisations, Monsieur N. me demande à plusieurs reprises spontanément ce que je perçois de son état tonique. Lorsque je retourne ces questionnements vers ses propres sensations, il semble alors inquiet. Plus tard, il me dira être préoccupé par le caractère « *bon ou mauvais* » de ne pas réussir à donner son poids.

Les verbalisations spontanées de Monsieur N. pendant les mobilisations évoluent significativement au fil des séances. Malgré la nécessité de verbaliser pour se sentir contenu dans la proposition, il emploie un vocabulaire très succinct, redondant et binaire lors de la première séance. Ces sensations tournent autour de « *la lourdeur* » ou « *la légèreté* », et en fin de séance, apparaissent quelques « *fourmis* ». Le ressenti du corps est global et l'élaboration autour de celui-ci est difficile. Rapidement, la fluence verbale diminue et on observe une nette progression dans la qualité de son contenu. Le vocabulaire est alors plus varié (« *papillons* », « *ça diffuse* ») et il semble pouvoir identifier des seuils dans ses sensations en nommant une différence d'intensité dans tel ou tel membre.



Cette modulation sensorielle sera plus tard associée à la qualité de la détente, qu'il relie à un bien-être corporel plus ou moins ressenti en fonction de la partie du corps. Un lien entre sensations et affects semble alors se tisser, simultanément à la survenue de plusieurs « *bonnes nouvelles* » étayant la bonne humeur de Monsieur N. (dont son retour en détention).

### • Dernière séance

Monsieur N. arrive en séance, expressif (souriant) et légèrement moins figé corporellement. Il me parle sur le trajet d'une « *lourdeur* » au niveau du dos qu'il cherchera spontanément à diminuer par des étirements improvisés. L'investissement du corps semble plus incarné et personnel.

Il se dit « *excité* » par son retour en détention. De fait, il ne peut pas tenir en place, enchaîne les activités pour faire passer le temps, et cette excitation le fatigue. Néanmoins, il la ressent comme positive car « *au moins, il se passe des choses* ». Cela l'empêche de « *réfléchir trop* ». Il fait là allusion à sa tachypsychie lors de son arrivée qu'il met en parallèle avec son immobilité corporelle ; et illustre son propos gestuellement ! Il se sent bien « *psychologiquement* » et « *soulagé* » car le nouveau mode d'administration des traitements (par perfusion) lui donne l'impression d'en prendre moins.

Son excitation émotionnelle entrave l'approfondissement de la respiration, ce qu'il perçoit et me fait remarquer sur un ton interrogatif. Il y accède finalement accompagné par la pression que j'effectue au niveau de son plexus, tout en respectant ses mouvements respiratoires. Je procède ensuite aux mobilisations des jambes par l'intermédiaire d'un tissu. L'une après l'autre, puis les deux, déposées dans le tissu que je maintiens fermement à la verticale. J'effectue de lents mouvements d'oscillations latérales à la manière d'un balancier. Pendant les mobilisations, Monsieur N. verbalise avec entrain le bien-être procuré par ses mouvements. Il s'excuse alors de « *ne pas m'aider* » car il ressent qu'il « *lâche* » tout son poids.

Entre chaque jambe, il évoque précisément ses sensations : il sent sa jambe « *lourde dans sa structure et légère à l'intérieur* » et parle de « *circulation interne* », il évoque la sensation de « *sang*

*qui circule et la pulsation du pouls* ». Lorsque je la repose sur le sol, sa jambe « *s'écrase dans le sol* » et Monsieur N. verbalise autour de « *l'impression qu'[il] chute dans le vide* ». Il dit alors ressentir cela à plusieurs reprises, notamment lorsqu'il s'endort le soir après avoir fait du sport - moment qu'il relie à une intense détente. Monsieur N. verbalise le caractère fascinant de cette sensation, entre « *très agréable* » et source de « *peur* ». La mobilisation des deux jambes en même temps lui confère une sensation de « *fraîcheur qui circule dans tout le corps* » et qui lui donne la chair de poule. Au moment de reposer lentement ses membres, il verbalise sentir « *une sécurité* » malgré cette impression de chute interminable. De manière hypothétique, je l'impute au cadre thérapeutique sûr dans lequel toutes ses sensations émergent.

En fin de séance, Monsieur N. évoque la nouveauté de toutes ses sensations dont il est positivement étonné. Il sent son corps « *très lourd mais détendu* » et insiste sur la différence avec la lourdeur habituelle ressentie par « *la crispation musculaire* ». Il interprète spontanément cet état tonique sans allusion aux traitements : « *je suis toujours sur des appuis de sécurité et je ne sais pas pourquoi* ». Il cherche là une réponse de ma part. J'esquisse un lien prudent entre « *appuis de sécurité* » et ressenti corporel de chute, dans les moments de détente musculaire. Je lui livre alors cette compréhension en insistant sur son caractère hypothétique, n'ayant plus la place pour élaborer ceci à cette époque-là du suivi. Pour conclure, Monsieur N. se sent « *très content* » de ne pas se sentir exceptionnellement sur ses « *appuis de sécurité* » en repartant. Il exprime alors le regret de ne pas avoir accédé à cet état plus tôt dans le suivi. Lorsque je lui signale que c'est peut-être le fruit du travail entrepris pendant ces quelques semaines, il acquiesce et sourit.

Ainsi, Monsieur N. pose des mots sur cette impression de chute dans le vide, que je me permets d'associer à une angoisse archaïque d'effondrement ; et pour la première fois, en impliquant sa propre *responsabilité*, il verbalise autour de sa carapace tonique. A la suite de cette avancée marquante sur le plan psychocorporel, il repart en détente...

### III - Monsieur K.

#### 1 - Première rencontre

Monsieur K. est un homme très grand, fin, longiligne. Âgé de 19 ans, son visage est infantile. C'est cette caractéristique qui me marque lors de notre première entrevue. Malgré sa taille imposante, son comportement trahit sa jeunesse. De lui, se dégage une excitation enfantine et un certain désir d'attention constant, perceptible au travers de ses remarques pour personnaliser les soignants et les autres patients. Il est impulsif dans sa motricité et sa voix est plutôt aiguë et interpellante.

La première fois que je vois Monsieur K., c'est dans la salle commune de l'unité 1. Lorsque nous y entrons, Monsieur K. se lève de manière instantanée, coupant net la conversation entretenue avec un autre soignant à ce moment-là. Le caractère nouveau de notre arrivée semble avoir pris le dessus sur toute autre préoccupation. Il se montre alors curieux, demande impulsivement : « *Vous êtes qui vous ?* » de manière sympathique. Monsieur K. nous écoute d'une oreille. Dès qu'il peut, il nous fait savoir qu'il est demandeur de psychomotricité. Une fois son souhait exprimé, c'est au tour de notre conversation d'être nettement interrompue. Monsieur K. s'en va brusquement.

Lors de son arrivée à l'unité 1, Monsieur K. était très désorganisé d'après les soignants. Au travers de cette courte entrevue, j'ai alors pu appréhender sa labilité attentionnelle et son impulsivité. Hypervigilant, il se meut d'une stimulation à une autre, d'une manière bruyante, brusque et peu maîtrisée. Il semble happé par son environnement, de toute part à n'importe quel moment. Son attention n'est disponible que par séquences, attirée par l'élément le plus stimulant. Son rapport au temps et à l'espace manque cruellement de lien et d'articulation. Quelques minutes seulement passées à observer Monsieur K. auront suffi à me donner le tournis.

Nous revoyons Monsieur K. quelques semaines plus tard à l'unité 2, où il semble un peu plus posé. En effet, il n'est plus délirant et en bonne voie de stabilisation symptomatique. Par ailleurs, il se

montre de nouveau assez impulsif lors de notre arrivée, et renouvelle ses sollicitations pour venir en psychomotricité. Nous voyons alors Monsieur K. à la demande du médecin, au regard de sa rigidité corporelle, ses tremblements et pour aider à évaluer le diagnostic clinique.

## **2 - Histoire de Monsieur K.**

L'enfance de Monsieur K. fut marquée par un certain nombre de ruptures affectives. Le contexte de sa naissance et de sa prime enfance sont malheureusement méconnus.

Ses parents sont séparés. Son père, vivant au Sénégal, rend visite à son fils une fois par an ; ils entretiennent une bonne relation. Monsieur K. est allé une fois au Sénégal lors de ses dix-sept ans. Il a un grand frère du côté paternel, et un petit frère et une petite sœur du côté maternel. Il grandit avec sa mère en France, dans un contexte de vie très précaire. Lorsque Monsieur K. est à l'école primaire, ils vivent dans un hôtel qui prend feu. S'ensuit une année de vie dans la rue avec sa mère et son petit frère, alors âgé d'un mois. Pendant cette période, Monsieur K. continue d'aller à l'école. Ils sont relogés dans un logement social quelque temps après, et sa mère se remarie avec un homme. Monsieur K. le décrit comme quelqu'un qui « *casse tout* » quand il est alcoolisé et qui trompe sa mère. Entretien une très mauvaise relation avec celui-ci, Monsieur K. quitte le domicile familial à seize ans, et va vivre chez sa grand-mère. Cette dernière, « *à qui [il] doit tout* » décède un an après, lorsque Monsieur K. a dix-sept ans.

A la suite de cet événement, il se sent « *déprimé* » et « *se fait avoir* » par le cannabis qu'il consomme alors de manière conséquente, « *pour s'apaiser mentalement, ne pas penser* ». Il décrit précisément son état psychocorporel général sous l'emprise du cannabis : « *lourd, faible et sans neurones* ». A l'UHSA, Monsieur K. ne fume plus du tout, ne ressent aucun manque et dit ne plus vouloir en entendre parler. Il se sent à présent « *moins parano et moins angoissé* » et semble assuré de pouvoir résister à toute tentation de consommation. Il justifie notamment sa motivation par le fait de préserver sa mère des états dans lesquels le cannabis l'aurait mis auparavant. A plusieurs reprises,

Monsieur K. fait allusion au fait d'avoir ouvert les yeux sur son addiction pendant son séjour à l'UHSA. Il rit, se moque de son ancienne dépendance, et réagit de la sorte également face à la prise de conscience de ses anciens comportements délirants. Cette autodérision pourrait mettre à distance l'anxiété ressentie quant à l'étrangeté de ce qu'il a traversé. Par la suite, ces vécus sont plus amplement abordés et Monsieur K., pleurant, nous confie la culpabilité ressentie vis-à-vis de ses proches.

Sur le plan des antécédents psychiatriques, Monsieur K. est rapidement suivi en pédopsychiatrie quand il a dix ans et qu'il met en œuvre un projet suicidaire, dans lequel il dit ne pas avoir voulu mourir : « *c'était un appel à l'aide* ». Depuis longtemps, à l'extérieur, il dit s'être senti « *parano, presque schizo* » par rapport à ses proches vis-à-vis desquels il se sentait persécuté. Sa compagne, avec qui il est en relation depuis deux ans, rapporte dernièrement des comportements étranges et violents, suivis d'excuses justifiant son incompréhension face à ses agissements. Au niveau judiciaire, c'est la première incarcération de Monsieur K. pour trafic de stupéfiants. Sa peine est d'un an et demi, il est en détention depuis moins d'un mois lorsque nous nous rencontrons.

Il est accueilli à l'UHSA après avoir eu des comportements hétéro-agressifs violents, notamment envers son co-détenu dont il a été séparé en urgence. Lors de son arrivée, il est décrit comme délirant, dans une adhésion totale à son délire de persécution, selon des mécanismes interprétatif et hallucinatoire. Monsieur K., persuadé que les soignants « *voulaient [lui] faire un lavage de cerveau* », trouvait les gens « *bizarres* » et se sentait menacé par les autres patients. Il se montrait alors lui-même menaçant. Selon lui, ses comportements étaient induits par des hallucinations intrapsychiques, « *des voix* » d'autres patients le contrôlant à distance. Soliloquant, il est décrit comme très désorganisé, instable au niveau psychomoteur et comportemental, présentant des risques majeurs de passage à l'acte hétéro-agressif. De fait, Monsieur K. passe quelque temps en chambre d'isolement, où il se montre de nouveau très agité et très anxieux. Enfin à son arrivée, sur le plan corporel, Monsieur K. est

très rigide, il présente des tremblements, majoritairement dans la sphère tête-cou et au niveau des membres supérieurs.

### **3 - Organisation psychomotrice**

Dès la première séance de psychomotricité, Monsieur K. investit la relation et l'espace thérapeutiques : il est motivé, appliqué et persévérant dans toutes les propositions et traverse plusieurs émotions au cours des échanges verbaux, confiant son parcours personnel avec sincérité. Monsieur K. accorde de la gratitude et de l'importance aux personnes qui l'entourent. Dans le cadre de l'hôpital, il se montre très reconnaissant vis-à-vis des soignants et s'applique à leur partager sa bonne humeur générale dès qu'il le peut. Monsieur K. perd son grand-père, le même week-end que son anniversaire fêté à l'UHSA. L'équipe soignante a été d'un grand soutien et Monsieur K. insiste sur la gratitude ressentie à ce moment-là.

Je l'observe un jour communiquer avec les patients de l'unité 1 à travers la cloison séparant les deux cours pour « *les guider et les rassurer* » quant à la bienveillance du soin reçu ici. Pour Monsieur K., la sphère relationnelle très investie semble contenante aujourd'hui, en parallèle des deuils successifs qu'il connaît ces dernières années et qui pourraient renforcer un rapport anxieux à la séparation et à l'abandon.

Concernant sa présentation générale, la physiologie corporelle de Monsieur K. peut être qualifiée de « conflictuelle » : il se tient droit avec un bassin rétroversé, ses hanches sont en rotation externe, les genoux en interne et ses pieds en ouverture latérale. Il nous dira plus tard avoir grandi brusquement à ses dix-sept ans, ce qui a peut-être eu un impact au niveau de ses représentations et de son vécu du corps. L'observation qualitative de Monsieur K., notamment dans la marche, révèle une grande dysharmonie tonique dans son mouvement qui manque de fluidité et de régulation. Le tonus d'action est fortement recruté, et on observe par moment un maintien de postures au niveau des bras.

L'expressivité faciale et corporelle du jeune homme est globalement pauvre, voire absente. Seuls des sourires sont spontanément présents, apparaissant face aux propositions nouvelles. Sa texture vocale enfantine est expressive mais reste assez monotone et connaît peu de variations. Monsieur K. présente des troubles du langage : il répète plusieurs fois ses fins de phrase, dit perdre du vocabulaire et bégaye légèrement. Ces troubles, qu'il associe au manque d'échanges avec ses proches, peuvent également être pensés comme des manifestations tonico-émotionnelles. Enfin, ses capacités de compréhension et d'élaboration sur son parcours et ses troubles psychiatriques sont efficaces ; il se montre très critique envers lui-même et réfléchit beaucoup à ce propos.

Si l'on s'intéresse à ses verbalisations, Monsieur K. est en difficulté pour évoquer son vécu corporel et ses sensations spontanément, le sujet est souvent rapidement balayé pour discuter de son humeur générale. Avec étayage, nous pouvons échanger à ce propos, cependant ses verbalisations sont approximatives, fonctionnelles et exprimées à travers l'effet des traitements médicamenteux (perte de force, tremblements, difficulté à rester immobile). Émotionnellement, Monsieur K. « *a la pêche* » : il se sent mieux car ici, il a « *compris des choses* », il peut réfléchir plus clairement et se projeter dans des plans futurs pour se réinsérer « *sur le droit chemin* ». Il parle ici de réinsertion professionnelle. Lors de notre dernière séance, il insiste sur le fait de ne pas s'inquiéter pour son avenir, qu'il « *(travaillera) comme tout le monde et (nous tiendra) au courant* ». Enfin, concernant son activité onirique, elle paraît riche mais circonscrite au concret et à son environnement présent. Il évoque le fait d'avoir fait des cauchemars inquiétants en détention (incluant sa famille principalement), sources de sudation et d'agitation motrice pendant la nuit. Ces manifestations corporelles l'ont déstabilisé et il est en partie rassuré de bien dormir aujourd'hui car il ne confond plus ses rêves avec la réalité. Ses intérêts et ses loisirs semblent assez restreints au sport et principalement à la vente de stupéfiants.

Lors de l'évaluation psychomotrice, l'organisation tonique dysharmonieuse se confirme. Le tonus de fond, plutôt ajusté, est accompagné d'une hypertonie au niveau postural et dans l'action. On

observe un mouvement peu fluide dont la régulation est par à-coups, rendant ses capacités d'ajustement tonique fragiles. De plus, des syncinésies à diffusion tonique et d'imitation confirment ses difficultés de régulation tonico-émotionnelle présumées.

L'ancrage au sol de Monsieur K. est fragile, ses appuis sont tremblants et la qualité de son équilibre, impactée. De fait, Monsieur K. s'ajuste peu à l'espace. Par ailleurs, ses capacités de coordination et de dissociation motrices sont efficaces, en surface. En effet, lorsque le mouvement se complexifie - qu'il s'accélère et exige un rapport à l'espace et au temps plus précis - l'engagement corporel global de Monsieur K. se désorganise. Son intégration du schéma corporel superficielle semble dissimuler un défaut d'articulation des parties du corps entre elles. Dans la même dynamique, l'espace est difficilement perçu comme une structure globale mais plutôt comme un environnement morcelé contenant des éléments assemblés pièces à pièces.

Enfin, ce défaut de liaison et de fluidité corporelle s'exprime également au travers de son dessin du bonhomme qui représente un corps dont la proportion est minime par rapport à la tête, organisé selon trois blocs géométriques superposés. Les articulations sont absentes ou bien assurent un rôle de juxtaposition plus que de liaison. Les verbalisations autour de ce dessin sont pauvres et peu subjectivées. L'hypothèse posée est celle d'une image du corps parcellaire, fonctionnelle et/ou enfantine, et peu investie affectivement. Pour aller plus loin, elle pourrait tendre vers une représentation du corps dépréciée : Monsieur K. se justifie beaucoup lorsqu'il se perçoit en difficulté et fait souvent allusion aux facultés d'organisation corporelle qu'il sent avoir perdues.

#### **4 - Projet thérapeutique**

Monsieur K. présente un défaut d'articulation des parties du corps entre elles que l'on observe dans son mouvement et ses représentations du corps. Ce défaut d'unité corporelle fait écho au manque de liens et de globalité, présent dans sa perception de l'environnement.



Parallèlement, Monsieur K. entretient une rigidité tonique dans l'action et au niveau postural, en dysharmonie avec son tonus basal. Celle-ci entraîne des troubles conséquents de la régulation tonique qui s'expriment également sur le plan tonico-émotionnel.

Enfin, Monsieur K. présente un pauvre investissement corporel et l'accès spontané aux sensations semble coûteux. De fait, son image du corps paraît peu incarnée subjectivement et affectivement, mais plutôt appréhendée à travers les traitements et selon un corps morcelé et fonctionnel, qui ne répond plus aussi bien à ses attentes.

Par ailleurs, Monsieur K. investit positivement la relation thérapeutique et l'espace de la psychomotricité, dans lequel il demande à « *s'étirer et s'assouplir* ». Concernant le projet thérapeutique, il s'agit de favoriser l'unité corporelle en travaillant la modulation et la régulation tonique. Ce faisant, l'objectif est d'étayer l'intégration du schéma corporel et la structuration spatiale de Monsieur K.. Il est question également de lui permettre un meilleur accès à son corps sensible en modulant son tonus, afin, dans un second temps, de favoriser l'investissement affectif et subjectif de celui-ci.

## **5 - Suivi**

Les séances avec Monsieur K. s'articulent en deux temps : la fluidité corporelle et la régulation tonique dans le mouvement sont d'abord travaillées puis nous prenons un temps d'étirements à sa demande, où le relâchement musculaire et l'appropriation des sensations sont visés.

Malheureusement, le suivi de Monsieur K. est écourté au bout de quatre séances, dont deux d'évaluation. En effet, son retour en détention a été avancé à sa demande, avec l'aval de la majorité de l'équipe soignante. Dès la première séance post-évaluation, l'approche du départ de l'UHSA est omniprésente dans le vécu émotionnel et la disponibilité psychocorporelle de Monsieur K., impatient de retrouver « *son autonomie* » et ses biens personnels (dont un téléphone lui permettant de

communiquer plus souvent avec l'extérieur). Il se dit moins angoissé et « *plus à l'aise* » grâce à cette date de retour.

### • **Rapport au corps perçu**

Les verbalisations spontanées sur son vécu corporel sont floues et traitent finalement souvent de son état émotionnel global. Lorsque le propos est recentré sur son corps, Monsieur K. en parle vaguement et fonctionnellement, sans affect franc. Les perceptions corporelles sont globalement restreintes à la douleur ou à la contraction musculaire, dues à la musculation faite dans l'unité en partie.

Quand il s'agit de contacter ses sensations, de réguler un mouvement lent, de maintenir une posture ou encore lors des moments d'étirement musculaire, Monsieur K. ferme instinctivement les yeux. Il nous explique que cela lui « *permet de mieux se concentrer et d'être plus attentif* » à son ressenti corporel interne. Annuler les afférences visuelles lui permettrait d'accéder à un meilleur contrôle tonique ; mais également, selon lui, de mieux réguler son équilibre. Le cheminement vers ses perceptions semble coûteux, mais possible.

Monsieur K. se montre confus vis-à-vis de son vécu corporel global. Il semble avoir perdu du poids pendant son séjour à l'UHSA où selon lui, la nourriture n'est pas très calorique. Cependant, il n'est pas d'accord avec sa perte de poids et estime avoir « *pris du gras* ». De même, il se dit « *en pleine forme* » en début de séance. Puis dans la même séance, Monsieur K. a des vertiges en station debout et en activité corporelle minimale, et dira en remontant sur un ton légèrement râleur « *j'ai plus de force...* ». Ce vécu corporel troublé pourrait traduire un défaut de perception sensorielle global. D'autre part, les sensations pourraient être mises à distance pour assurer son retour en détention.

## • Contenu des séances

Nous n'avons pas eu le temps d'explorer largement un travail corporel en mouvement avec Monsieur K.. Néanmoins, dans les quelques propositions réalisées ensemble, les coordinations globales semblaient fragiles et approximatives. Premièrement raide et peu ample, la répétition et l'étayage relationnel (notamment par notre synchronisation de l'action) ont permis une meilleure structuration du mouvement de Monsieur K. qui, peu à peu, gagne en fluidité.

Les temps d'étirements musculaires sont dans un premier temps pensés de manière à favoriser un relâchement tonique axial. Nous nous installons dans une posture assise, dos à dos, se servant de dossier mutuellement. Ainsi, une fois l'ajustement postural terminé, l'objectif est d'arriver à une posture assise dans un maintien axial droit mais non-hypertonique, étayé par le support de l'autre.

L'hypertonie posturale de Monsieur K. est au début omniprésente dans le dialogue tonique entre nos deux corps. Nous faisons lentement des balancements entre l'avant et l'arrière. S'installe alors une alternance entre la posture en flexion globale, d'étirement de l'arrière des jambes, servant de support au dos de l'autre ; puis, son antagoniste, nécessitant un relâchement tonique du buste pour donner son poids sur le dos du partenaire. Lors de ces mobilisations globales, j'étaye beaucoup Monsieur K. verbalement notamment pour attirer son attention sur sa respiration qu'il a tendance à suspendre. Par la même occasion, je lui confère avec mes paroles de légères vibrations au niveau de la cage thoracique et de la colonne vertébrale pour contenir Monsieur K. et stimuler *a minima* son système osseux en parallèle du relâchement musculaire recherché.

Nous nous arrêtons dans la posture où Monsieur K. est amené à se relâcher sur mon dos. Très sensible au dialogue tonique, il accède à un relâchement de manière significative, après quelques micro-oscillations que j'induis. A travers mon amplitude de respiration ressentie au niveau du dos et étayé par un rapide contact tactile de ma maîtresse de stage au niveau du ventre, il peut approfondir et ralentir la sienne ; et ainsi, accéder à un état de relâchement musculaire plus profond.

Il perçoit et verbalise à ce moment-là, spontanément, des sensations dans des parties précises de son corps (bas du dos, nuque). Lorsque nous sortons de cette posture dos-à-dos, Monsieur K. s'interroge sur son dos, qui « *n'est plus droit* ». Une fois rassuré sur l'organisation « *normalement courbée* » adoptée dans une position assise détendue, il peut alors préciser son propos, il se sent « *moins tendu et plus léger* ». Il met notamment en lien cette perception avec l'approfondissement de la respiration. Lorsqu'il est invité à reprendre ce processus de respiration une fois en détention, Monsieur K. semble douter de pouvoir le réaliser seul.

### • **L'angoisse sur le départ**

Lors de la dernière séance, Monsieur K. est à la veille de son départ. J'apprends qu'il a voulu repartir en chambre, et y rester seul pendant toute la matinée plutôt que d'être en salle commune comme à son habitude. Lorsque je lui signifie que c'est notre dernière séance, Monsieur K. est rapidement compliant pour descendre en psychomotricité.

Monsieur K. nous confie qu'il est « *angoissé* » d'être encore à l'UHSA et reste dans sa chambre pour faire passer le temps plus vite avant son départ. Selon lui, il évite de « *tourner en rond* » en ne faisant rien et en restant seul. Il décrit alors assez précisément les manifestations corporelles de l'angoisse (« *une boule au ventre* », tachycardie et sensation d'être serré). Monsieur K. estime être « *presque guéri* » et que la suite de la prise en charge est maintenant du ressort des psychiatres en détention, qui pourront alors lui administrer son traitement et « *être là pour discuter un peu* ». Monsieur K. semble préoccupé et moins accessible.

Corporellement, il est pris de vertiges en séance et dira en remontant à une infirmière sur son ton habituel : « *ah ouais, ça va pas aujourd'hui, ça va pas...* ». Que veut exactement dire ce repli sur soi et comment comprendre cette recrudescence anxieuse à la veille du départ ? Cela pourrait être en lien avec ses difficultés face à la séparation, suite à un fort investissement du lieu et de l'équipe soignante. Il n'approfondira pas ce comportement et semble chercher à « nous rassurer ». Comme tout

un chacun, Monsieur K. possède son jardin secret qu'il garde clos par moment et que nous devons respecter.

## **PARTIE II - RÉFLEXIONS THÉORICO-CLINIQUES**

Monsieur N. et Monsieur K. sortent tous deux d'une première décompensation psychotique. Nous nous rencontrons dans une période charnière, où l'inquiétante étrangeté de la désorganisation psychotique a laissé des traces au fer rouge qui conditionnent leur présence au monde. Les deux jeunes hommes s'organisent pour faire face au trouble, à sa prise de conscience ainsi qu'à la menace prépondérante d'entrée dans la schizophrénie chronique. Mon regard se porte sur cette organisation psychocorporelle, où le corps s'exprime dans un dialogue particulièrement impacté par sa rigidité.

Dans cette partie, il est question de comprendre comment l'Humain forge sa présence au monde grâce à son unité psychocorporelle. Par la suite, nous proposons un modèle de compréhension de l'épisode psychotique et de ses répercussions psychocorporelles. Enfin, en revenant sur les vécus de Monsieur N. et Monsieur K., nous réfléchissons à leur organisation psychocorporelle respective, comme témoin du cheminement entre vécu de l'épisode psychotique et menace de l'unité corps-psyché, dans ce contexte psychiatrico-carcéral.

### **I - L'édification du Moi par l'unité psychocorporelle**

#### **1 - Le Moi corporel**

Au début du XXe siècle, plusieurs théoriciens psychanalytiques pensent le corps comme base de construction du Moi<sup>5</sup>. En 1923, en étudiant les psychoses et les traumatismes de guerre, Freud décrit le corps comme une source d'organisation du Moi. «Le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leurs sources dans la surface du corps. Il peut être considéré comme une projection mentale de la surface du corps » (Freud, 1923, p.238).

---

<sup>5</sup> En 1914, dans sa première topique, Freud désigne le Moi comme « le siège de la conscience ». En 1920, dans le cadre de sa deuxième topique, il est conceptualisé comme une instance psychique qui se distingue des deux autres : le Surmoi et le Ca. Le Moi cherche l'équilibre entre les différentes instances psychiques, harmonise la psyché et fonde la personnalité du sujet.

Ses contemporains, Tausk et Federn s'intéressent également au corps dans la constitution psychique du sujet. En 1919, Tausk explique que la constitution du Moi est un processus d'identification au corps par un rassemblement des sensations corporelles, au départ morcelées et étrangères. Federn (1926) quant à lui, parle de la correspondance entre frontières du Moi mental et du Moi corporel dans la constitution psychique du Moi. Il s'appuie sur ce postulat dans le traitement clinique des psychoses, qui selon lui, vise à soutenir les capacités du patient à redonner à sa pensée des frontières correspondant à celles de son corps.

## **2 - Le Sujet par l'unité psychocorporelle**

Au cours de ses réflexions, Pireyre montre comment l'individu acquiert sa subjectivité par l'appropriation de son corps (*communication personnelle*, 28 septembre 2020). Intégrer son corps propre, c'est tisser les liens corps-psyché menant à terme à l'unité psychocorporelle d'un individu. Paradigme de la psychomotricité, l'unité psychocorporelle invite, à l'encontre de la pensée cartésienne, à considérer l'individu comme une unité globale dans laquelle ses dimensions psychiques et corporelles sont en interrelation constante, qui s'enrichissent continuellement. Elle se construit sur trois transformations simultanées étayant la subjectivation du corps : la sensation en perception, l'émotion en sentiment et le mouvement archaïque et réflexe en motilité maîtrisée. Ces différentes « appropriations » sont concomitantes à la structuration d'enveloppes psychocorporelles stables.

### **A. L'appropriation du vécu corporel**

#### **• S'approprier le ressenti**

L'individu, dès sa naissance, est un être de sensations. Il s'agit d'intégrer ces sensations corporelles, de les comprendre et de se les approprier. Pour ce faire, elles se doivent d'une part d'être traitées cognitivement. En parallèle, la présence de l'Autre est indispensable pour l'interprétation affective de la sensation. Son regard, ses réactions émotionnelles, la qualité sensorielle de l'échange permettent au bébé d'interpréter son ressenti et d'accéder à des seuils sensoriels. Quittant

progressivement une sensorialité binaire conditionnée par sa tonicité archaïque, en tout ou rien, il module ses ressentis. Il passe d'un état de faim ou satiété, à un ressenti de "petit creux" ou de faim de loup. Grâce aux retours de son environnement relationnel, il peut associer un état affectif et une représentation à ses sensations ; qui deviennent perceptions subjectives.

Les réactions de l'adulte (l'objet de référence) vont être un modèle pour comprendre et moduler les affects. La peur de l'orage pourra être intégrée comme simple crainte pour certains, quand d'autres en interpréteront quelque chose d'effrayant, en fonction de l'inquiétude ou au contraire du calme renvoyé par l'environnement relationnel. Les seuils émotionnels s'installent, l'enfant module et subjectivise ses ressentis affectifs, il accède aux sentiments.

Il s'agit alors pour le sujet de s'appropriier des sensations (en faire ses perceptions), liées à des émotions (modulées en sentiments). Par ce biais, le rapport au corps est de plus en plus personnel et l'unité psychocorporelle se façonne progressivement.

#### • **S'approprier le mouvement**

La fonction tonique primaire du nourrisson est organisée selon le mode bipolaire hypertonicité périphérique/hypotonie axiale. Selon Robert-Ouvray, elle est la toile de fond du programme moteur inné, constitué par des schèmes moteurs de bases. Ce sont « des organisations de mouvement qui constituent le fond dans lequel nous puisons pour bouger librement selon nos intentions » (Loureiro, 2017).

Ces schèmes sont premièrement dictés par le terrain réflexe et agissent en îlots moteurs. La maturation neurologique et l'environnement affectif suffisamment stable permettent progressivement l'harmonisation tonique du corps, qui enrichit le système perceptif du sujet. Par ailleurs, les différents schèmes moteurs se rassemblent et se coordonnent ; ils servent de soutien sensori-moteur à la psyché pour rassembler les parties du Moi. Le mouvement initialement réflexe et fragmenté devient « un geste prolongé, inscrit dans une ininteruption musculaire et tonique » (Robert-Ouvray, 2007, p.48). La



motricité, auparavant morcelée, se transforme en motilité propre qui « assure au psychisme le sentiment de continuité de vivre » (*Ibid*, p.48).

## **B. Structuration des enveloppes psychocorporelles**

### **• Morcellement corporel initial**

La consensualité n'est pas acquise pour le nouveau-né. L'immaturation de son bagage neurologique et psychoaffectif conditionne un traitement clivé des afférences sensorielles : lors d'un événement, le tout-petit ne fait pas de lien entre les différentes sensations, il les investit une à une sans parvenir à les relier dans l'espace. Cette sensorialité démantelée conditionne alors la perception morcelée et non reliée spatio-temporellement des parties du corps, qui en sont le support. Ainsi, le corps n'est ni unifié ni limité dans l'espace. Le tout-petit ne fait pas de distinction Soi/non-Soi et dedans/dehors et s'appuie en premier lieu sur son environnement maternel pour en établir les limites.

### **• La présence de l'Autre, vecteur d'unité psychocorporelle**

La prime enfance de la majorité des personnes accueillies à l'UHSA s'est déroulée dans une grande précarité. Entre parcours migratoires, ruptures parentales, vie dans la rue, le manque de premier environnement sécurisant a pu laisser des traces dans l'intégration du sentiment basal de sécurité et d'unité.

Le nourrisson se vit dans une fusion relationnelle avec sa mère. Il n'identifie pas de limite entre son corps et sa psyché, et ceux de l'objet maternel. Le bébé projette les sensations incomprises dans « l'objet contenant » que représente sa mère (Bion, 1962). Celle-ci les accueille, les pense et les transforme pour les renvoyer à son enfant en « éléments disponibles pour la pensée » (Ciccone, 2001). La mère, en prêtant au nourrisson « son appareil à penser les pensées » (Bion, 1962), lui permet de mettre du sens sur sa sensorialité jusqu'alors non représentée. Par ce biais, il introjecte un contenant psychique et, peu à peu, le fait sien. En 1970, Winnicott parle de « la préoccupation maternelle

primaire », menant à terme « la collusion psychosomatique » de l'individu. Par son hypersensibilité, la mère procure des soins adaptés au besoin de son enfant, *le handling*. Ce support psychique, couplé à la qualité du portage physique, *le holding*, donne au le bébé la possibilité d'investir son égo archaïque et d'élaborer ses limites corporelles.

- **Le vécu de la peau, première limite entre le sujet et le monde**

La peau des patients est souvent marquée de traces, de tatouages, de cicatrices. Interface entre dedans et dehors, sur-sollicitée par les fouilles mais sous-stimulée affectivement, la peau est l'enveloppe palpable du sujet, elle lui témoigne l'environnement. En détention, elle est « comme un livre, ouvert où s'inscrit une histoire qui n'a pas été habillée de mots. » (Lecu, 2013, p.61).

Selon Anzieu, en 1974, l'enveloppe psychique s'étayerait sur le vécu de la surface du corps, de la peau. D'après lui, l'enveloppe psychique comprend deux feuillets : un premier tourné vers l'extérieur ayant une fonction pare-excitatrice et un deuxième, plus interne, interface psychique entre monde extérieur et intérieur en inscrivant les traces, surtout sensorielles.

Ainsi, il théorise le Moi-peau qu'il définit comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. » (Anzieu, 1995, p.61). Il liste huit fonctions du Moi-peau que nous développons brièvement ici.

La *maintenance* qu'assure le Moi-peau pourrait correspondre au *holding* de Winnicott évoqué plus haut : la peau assure un maintien physique du corps et un support au Moi psychique. La *contenance* se rapporte à la fonction contenante et symbolisante de la préoccupation maternelle. L'*intersensorialité* du Moi-peau assure l'interconnexion sensorielle entre les afférences visuelles, sonores, gustatives et olfactives reliées par l'enveloppe tactile ; répondant au vécu de morcellement corporel du bébé. Dans ces fonctions, la peau prend l'image d'un sac qui maintient, contient et

rassemble le Moi mental et corporel du Sujet. La peau reçoit des contacts tactiles sources de satisfaction (nourriture, soins) qui favorisent l'investissement libidinal sur toute sa surface. Le Moi-peau prend un rôle d'enveloppe de *soutien de l'excitation sexuelle*. Cette même surface cutanée assure la fonction de *recharge libidinale* du fonctionnement psychique, qui maintient un niveau de tension énergétique interne par sa stimulation permanente. Le Moi-peau a une fonction d'*inscription des traces*. Les sensations s'inscrivent dans le corps et, telle une ardoise indélébile, la peau en témoigne. Elle illustre les expériences vécues, à l'individu et le raconte au monde environnant. Par là, le Moi-peau est vecteur d'identité et compte la fonction d'*individuation*. Enfin, la pare-excitation maternelle est auxiliaire au bébé « jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assurer cette fonction » (Ibid, p. 125) : le Moi-peau endosse également le rôle d'une fonction *pare-excitante*.

L'enveloppe peau et ses résonances psychiques permettent au Sujet de se représenter ses limites corporelles, de distinguer son monde interne du monde externe, de s'en protéger et d'interagir avec lui, de se sentir sujet unique et contenu.

#### • **L'enveloppe sonore en parallèle au Moi-peau**

La détention est le monde du bruyant. On peut imaginer le brouhaha vocal incessant émanant de la densité de la surpopulation, cloisonnée dans des matériaux souvent métalliques et lourds ; eux-mêmes agencés de telle sorte que l'écho et la résonance du bruit brut soient amplifiés. L'audition des patients que je rencontre est particulièrement aiguë par rapport aux autres sens. On note une certaine forme d'hyperesthésie acoustique. Beaucoup d'entre eux s'appuient sur le canal auditif pour s'organiser corporellement. Les hallucinations acoustico-verbales, les éléments délirants décrits comme des « voix », notamment par Monsieur K., sont largement présents dans le vécu des patients. Pendant les séances, ma voix est souvent un outil précieux pour contenir les patients quand le silence est source d'anxiété car synonyme d'espace libre pour *les voix*. Enfin, ils sont souvent demandeurs de musique et

il n'est pas rare que dans les chambres retentissent fortement les radios ; le son faisant alors effet contenant.

Pour Anzieu (1995), l'enveloppe sonore est une enveloppe psychique, qui se développe en parallèle du Moi-peau. Le tout-petit est plongé dans un bain sonore : la voix et les paroles de sa mère, les vocalises, la mélodie des soins, mais aussi ses bruits internes comme les gargouillis, la respiration, etc. Ce tissu sonore offre à l'individu en devenir un premier contenant psychique, où le son est un marqueur de l'objet et permet une première délimitation entre le dedans et le dehors. La production vocale occasionne des perceptions sensorielles internes différenciées de celles perçues comme extérieures. « Le son émis est entendu simultanément - bien que différemment - dans sa production interne, buccopharyngée et dans ses répercussions externes (aériennes)» (Lecourt, 2003, p.227). Par l'association des sensations concomitantes au stimulus auditif et à la production vocale, le sujet accède à une protoreprésentation de la différenciation Soi/non-Soi. Cette caractéristique de l'enveloppe sonore répond alors à l'intersensorialité présente dans le Moi-peau.

*In fine*, l'individu muni de perceptions, de sentiments, de gestes et d'une enveloppe psychocorporelle structurante s'inscrit dans une unité psychocorporelle ; laquelle me semble mise à mal chez les patients à l'UHSA. Le système perceptif des sujets est grandement lésé, la sphère émotionnelle semble lissée ou sujette à des élans incompris, le mouvement quant à lui est privé ou drastiquement contrôlé. Enfin, la structuration des enveloppes psychocorporelles semble malmenée : la contenance me paraît absente, les corps sont dispersés, les pensées fuyantes, les regards lointains et l'ancrage dans la réalité fragile.

## **II - Modèles de compréhension de la psychose aiguë**

Lorsque je rencontre Monsieur N. et Monsieur K., ils sortent tous deux d'un grand moment de désorganisation, accompagné d'une forte activité délirante, qui perdure pendant quelques jours, voire quelques semaines. Le diagnostic posé pour ces deux patients est celui d'une bouffée délirante aiguë (BDA). La BDA correspond à l'apparition d'idées délirantes polymorphes en quelques jours ou semaines. Il existe un tiers de chances qu'elle reste isolée, un tiers de risques de développer une schizophrénie chronique et un tiers d'évoluer vers le trouble bipolaire. Après quelques temps passés au sein de l'UHSA, l'équipe soignante se décentre du trouble psychotique aigu transitoire concernant Monsieur N. et pose l'hypothèse d'une entrée aiguë dans la schizophrénie. C'est à la très maigre limite, qui sépare la bouffée délirante de la schizophrénie, que je rencontre ces deux patients.

### **1 - Définition**

On retrouve souvent quelques temps avant l'épisode psychotique aigu, des prodromes de celui-ci. Le sentiment de déréalisation, des idées suicidaires, des troubles du comportement auto ou hétéro-agressifs impulsifs et bizarres, sans claire explication en font partie et sont présents dans les histoires respectives de Monsieur N. et Monsieur K..

Au niveau clinique, le trouble psychotique aigu se caractérise par le syndrome positif et la désorganisation (CNUP, 2014). Le syndrome négatif, quant à lui, apparaît plus généralement au décours de l'épisode. Il se caractérise par les signes cliniques dits « autistiques » : repli sur soi, émoussement des affects, discours pauvre et laconique, retrait progressif de la vie sociale.

#### **A. Le syndrome positif**

Selon le Collège National des Universitaires en Psychiatrie (2014), il se caractérise par l'activité délirante et/ou hallucinatoire du patient. On parle d'une altération du contenu de la pensée qui entraîne

une perte de contact avec la réalité. Les idées délirantes font l'objet d'une conviction souvent inébranlable d'une sorte d'« évidence interne », comme la certitude de pouvoir guérir la population du covid-19. Elles peuvent être interprétées comme une tentative inadéquate de restauration d'une réalité sensée dans un environnement qui menace l'intégrité du patient.

On décrit les idées délirantes par rapport à leur thème, leur mécanisme, sa systématisation (sa cohérence) et enfin l'adhésion du patient au délire (son degré de conviction). Les thèmes délirants peuvent varier à l'infini. Le plus souvent, il est question de persécution comme Monsieur K. persuadé d'être en danger de toute part, de mégalomanie (ou les idées de grandeur de Monsieur N.), de référence, à thématique mystique, somatique. Les mécanismes, le processus par lequel l'idée délirante se construit, sont eux aussi multiples. Les principaux sont les mécanismes interprétatif, hallucinatoire, intuitif ou imaginatif.

Il existe au premier plan, des hallucinations relevant de manifestations sensorielles : auditives ou acoustico-verbales (localisées dans l'espace), visuelles, tactiles, olfactives, gustatives ou cénesthésiques. Les hallucinations intrapsychiques ne sont pas objectivées dans le monde extérieur, mais sont une production hallucinatoire de la pensée qui induit des murmures ou des inductions de voix étrangères au sujet, à l'intérieur de la psyché. Ce sont « *les voix dans la tête* » décrites par Monsieur K.. Le sujet a l'impression que sa pensée vient d'autrui, est imposée et que tout le monde peut en percevoir le contenu.

## **B. La désorganisation**

Elle est définie par la perte du sentiment d'unité (CNUP, 2014) : les pensées, les affects et les attitudes perdent leur lien, sont désarticulés. Véritable atomisation du fonctionnement interne, la désorganisation s'exprime particulièrement dans les sphères cognitive, émotionnelle et comportementale du sujet.

Le cours de la pensée est altéré et se traduit par un discours diffluent, décousu voire imperceptible, dont la logique est souvent affectée. Un patient me racontait qu'il voulait faire une carrière dans l'audiovisuel grâce à sa compréhension d'une chorégraphie effectuée ensemble. Le langage est également impacté : le débit verbal en témoigne, allant du très fort ralentissement à la logorrhée. Au niveau affectif, on observe une forte ambivalence idéo-affective, caractérisée par la coexistence d'émotions contradictoires dont l'expression est souvent inadaptée, par des rires immotivés notamment.

Enfin, sur le plan comportemental, l'absence de liens entre les attitudes et les différentes parties du corps en est caractéristique. Elle est retrouvée dans le comportement désorganisé de Monsieur K. lors de notre rencontre, puis dans la difficulté de liaisons intracorporelles lors de nos séances. Généralement, les mouvements sont raides, lourds, sans harmonie et sans aisance, comme Monsieur N. lors de nos premières rencontres.

## **2 - Etiologies**

L'étiologie de la psychose est multifactorielle. Elle combine facteurs de vulnérabilité génétique, neurologique, environnementale, psycho-affective. Les réflexions sur l'origine de la psychose sont innombrables et très controversées et ces différentes hypothèses semblent en réalité complémentaires, intriquées dans un tableau circonstentiel complexe.

### **A. Hypothèses**

Selon Winnicott (1975), l'individu psychotique adopterait un mode de fonctionnement halluciné où la psychose a pour tâche de créer un monde fantasmatique propre pour faire face à « l'angoisse disséquante primitive » de la réalité.

Cette approche psychanalytique se rapproche du point de vue environnemental. Ciompi avance le modèle de vulnérabilité au stress en 1987 : chaque personne posséderait un degré de vulnérabilité au stress dépendant de facteurs génétiques et de l'environnement dans lequel le sujet évolue. La maladie psychotique serait une réaction pathologique dans un contexte de vulnérabilité individuelle au contact d'un environnement particulièrement anxiogène, telle qu'une situation de précarité socio-économique, un événement traumatisant, une rupture sentimentale, un problème de santé ou encore la mise en détention ou la consommation accrue de cannabis.

## **B. Trouble psychotique et consommation de cannabis**

Monsieur N. et Monsieur K. ont beaucoup consommé de cannabis avant, voire pendant l'épisode psychotique. Cette sphère-là nous est restée peu connue concernant Monsieur N., Monsieur K. en a beaucoup parlé.

Selon une étude datant de 2014 (Radhkrishnan et al.), près de 50% de consommateurs de cannabis rapportent ces effets : dépersonnalisation, déréalisation, paranoïa, persécution, idées de grandeur, hallucinations, fuites des idées, désorganisation intellectuelle, troubles attentionnels. Ces effets se rapprochent des symptômes positifs de la psychose.

L'effet du cannabis permet de contacter une sensorialité particulière, non apportée sans la consommation. Pour Monsieur K., il s'agissait de « *ne plus penser* » par exemple. A ce moment, les sensations sont maîtrisées, quelques fois anesthésiantes (*la lourdeur et l'état sans neurones*). Le système sensoriel est contrôlé par le produit et l'angoisse face à la réalité est momentanément calmée. D'un angle plus psychodynamique, le produit devient le bon objet interne. Le cannabis reste à l'intérieur, est source de bonnes sensations, connues et sécurisantes. A ce moment-là, il permet de faire l'économie de la relation à l'Autre et à l'environnement et vient pallier la fragilité de la contenance et de la sécurité interne du sujet. Malheureusement, le contenant du produit contient mal et altère, à long



terme, la structuration psychocorporelle du sujet par la coupure avec l'extérieur qu'il induit. Ce faisant, il semble pouvoir favoriser l'apparition ou l'entretien de la psychose chez l'individu.

### **3 - Le corps dans la psychose**

#### **A. Le corps étranger**

Le corps est désinvesti affectivement, chosifié, fonctionnalisé. Chaque partie du corps assure son rôle instrumental. De même, la pensée perd en abstraction et les capacités de symbolisation et de représentation sont fortement impactées.

L'épisode psychotique fait vivre au sujet un corps étranger, incompris, qui se désintègre. Les hallucinations participent à ces perceptions étranges qui ne sont plus vectrices d'appropriation du corps, mais motivent justement sa mise à distance. En vue d'assurer la survie du sentiment d'exister, le sujet cherche à contrôler ses perceptions dans une maîtrise aussi complète que possible. Selon Pous, en 1995, on observe cette réaction sous deux aspects : la « maîtrise du vide » (de ce qui n'est pas senti, il s'agit de maîtriser et conserver cette vacuité interne) et la « maîtrise du plein » (où le sujet est le chef d'orchestre de ses sensations, les contrôle minutieusement et se focalise drastiquement sur certaines perceptions).

#### **B. Espace-temps et existence**

Le ressenti du corps éclaté lui fait perdre son rôle de repère structurant l'espace par rapport à soi. L'espace est à son tour perçu comme morcelé, ce qui fait écho à l'organisation spatio-temporelle de Monsieur K.. De plus, l'incohérence et le manque de lien dans l'activité psychique participent activement au processus de déstructuration spatio-temporelle présent généralement dans l'épisode psychotique. La temporalité est vécue par le sujet comme discontinue et se voit dépourvue de rythme

régulier, pourtant fédérateur du rapport au monde. Cette désorientation spatio-temporelle met en suspens l'existence de l'individu, qui voit alors son identité mise à mal.

### **C. Représentations corporelles : image du corps et angoisses archaïques**

Les préoccupations corporelles sont multiples dans la psychose. Monsieur N. et Monsieur K. témoignent d'un corps dont « *la responsabilité est perdue* », d'un corps dicté par les médicaments, d'un corps insatisfaisant, d'un corps qui « *chute sans fin* », d'un corps « *plus droit* », d'un corps soumis à « *des appuis de sécurité* », d'un corps « *crispé* », qui ne demande qu'à « *être assoupli* ». Le vécu psychocorporel d'atomisation induit souvent la reviviscence d'angoisses archaïques, prenant source dans une représentation du corps troublée, ce que nous appelons : un trouble de l'image du corps. A ce propos, en détention, il n'y a pas de miroir en pied et les rares miroirs présents en cellule sont déformants.

Pour Schilder, en 1935, l'image du corps ne serait pas seulement une forme qui organise la perception (ce que l'on pourrait très schématiquement relier à la définition du schéma corporel), elle est aussi en constant remaniement en fonction de l'expérience. Là où il y a perception, il y a représentation. Dolto en 1984 éclaire cette précision en définissant *une image inconsciente du corps* qui serait la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations. Enfin, plus récemment (2015), Pireyre évoque l'image du corps comme un ensemble de traces laissées par le vécu du corps archaïque. Lorsque l'image du corps est troublée, ce sont ces traces qui remontent à la conscience. Les représentations corporelles qui en émanent sont souvent sources d'angoisses archaïques.

Winnicott (1970) recense les angoisses archaïques (*agonies primitives*) du bébé, liées à la menace de l'annihilation. Ces « *terreurs sans nom* » (cité dans Jacob, 2001, p.47) sont celles retrouvées dans le vécu du corps du sujet psychotique, bien souvent habité par des angoisses de chute,

d'anéantissement, de liquéfaction et de morcellement. L'angoisse de morcellement et celle de chute s'observent dans l'organisation psychomotrice de Monsieur K. et de Monsieur N.

### • L'angoisse de morcellement

Les travaux de Pankow sont centraux dans les perspectives analytiques du morcellement et dans la compréhension de la clinique du "corps psychotique". Elle définit le morcellement comme « une destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout » (Pankow, 1993, p.276). Chacune d'entre elles est ressentie comme séparée du reste du corps. « Entre ces parties, il n'y a qu'un vide abyssal, un néant » (*Ibid*, p.271). Comprendons cela dans l'organisation corporelle de Monsieur K., où le *vide abyssal* pourrait être celui que le recrutement tonique viendrait remplir.

Le schéma corporel de l'individu psychotique se voit lui aussi désintégré. L'axe corporel n'assure plus son rôle de pilier de la perception du corps unifié et de point d'appui de la coordination motrice. Ainsi, le mouvement est segmentarisé, éclaté et désorganisé, comme c'était le cas à différents niveaux chez Monsieur K. et Monsieur N.. Ces troubles psychomoteurs sont notamment en lien avec la dysharmonie tonique. Le tonus, « révélateur de l'intensité de la souffrance psychique » (Defiolles-Peltier, 2010, p.170), est l'un des principaux réceptacles de la désorganisation psychique et s'organise le plus souvent sur un penchant hypertonique, comme c'est le cas pour les deux patients.

### • L'angoisse de chute

Également appelée « angoisse d'effondrement » par Winnicott en 1975, c'est de « l'effondrement de l'édification du self unitaire » dont il parle dans le cadre de la psychose, où le *self* correspond à notre Moi. Il est question ici de ressentir son corps « qui ne cesse de tomber », que rien ne peut retenir, ni même le sol. La principale défense face à ce vécu serait « l'auto-maintien » (Winnicott, 1975), que l'on peut comprendre à travers le recrutement tonique constant de Monsieur N., sans lequel son « *corps chute sans fin* ». Relâcher ce tonus entre mes mains, c'est se confronter au risque que, à mon

tour, je « *le laisse tomber* ». Car, enfin, Pireyre spécifie le contexte relationnel, « du corps-à-corps » (E. Pireyre, *communication personnelle*, 28 septembre 2020), propice à l'expression de ce vécu archaïque.

### **III - Lecture psychocorporelle de Monsieur N. et Monsieur K.**

Dans cette partie, il s'agit de comprendre comment l'unité psychocorporelle de Monsieur N. et Monsieur K. se voit mise à mal par les troubles psychotiques survenus dans ce contexte singulier de vie en détention. Dans un premier temps, la mise à mal des enveloppes psychocorporelles sera développée, puis le lien avec la difficulté d'accès au corps perçu sera mis en lumière afin de comprendre le sentiment de désappropriation corporelle qui habite les patients.

#### **1 - Les enveloppes psychocorporelles malmenées**

##### **A. Mise à mal des enveloppes par la psychose**

Lors de l'épisode psychotique, la discordance est majeure : les pensées semblent incohérentes, fuyantes, disjointes. Le Moi est altéré, l'identité du sujet se perd ; l'enveloppe psychique est discontinue. Le vécu d'étrangeté qui habite le sujet face à la dispersion du Moi traduit la perte ou l'altération sensible d'avoir et d'être un corps. « Les frontières du Moi psychique ne correspondent plus à celles du Moi corporel » (Federn, 1926). Les pensées ne sont plus articulées, il en va de même pour les parties du corps. Celles-ci ne forment plus un tout unifié et les fonctions de **maintenance** et de **contenance** du Moi-peau semblent mises à mal.

Dans ce vécu de désintégration psychocorporelle, les perceptions sensorielles semblent énigmatiques. Au niveau du Moi-peau, on y voit là une altération de la fonction **d'intersensorialité** et **d'inscription des traces**, permettant normalement de se représenter ses sensations. Cet aspect-là rejoint les inquiétudes de Monsieur N. quant au fait de *savoir son corps* et ses doutes incessants

concernant le caractère juste ou réel de ses sensations. Nous observons aussi un trouble de l'activité motrice. Le contrôle moteur est diminué, et la motilité normalement familière devient complexe. Les attitudes figées traduisent ce phénomène. L'attitude corporelle de Monsieur N. en témoigne, les actes quotidiens lui demandent une grande énergie et une grande concentration. Les actions communes à tous dont la motricité est automatisée (se servir de l'eau, descendre des escaliers, fumer une cigarette) sont pour Monsieur N. un exercice coûteux. Son quotidien moteur n'est plus le même que celui de ses pairs. Dans la fonction **normative** de l'enveloppe tonique (Robert-Ouvray, 2007, p.160), la motricité suit un sens commun et permet les mouvements identificatoires entre soi et autrui. Dans ses difficultés motrices, Monsieur N. semble dépourvu de cette fonction.

Monsieur N. est resté très discret sur ses idées délirantes. Cependant, nous savons par l'équipe que celles-ci relevaient de thématiques mégalomane et de persécution. L'adhésion de Monsieur N. était totale, et sa conviction inébranlable ; mettant gravement en péril son rapport à lui-même et sa perception du monde environnant. A ce moment-là, dans un grand repli sur soi, Monsieur N. désinvestit la fonction **d'ouverture** à l'environnement que lui offre son enveloppe ; celle-ci n'assure plus son rôle d'interface et de **communication** avec la réalité. Monsieur K. entretenait un vécu de persécution vis-à-vis de son entourage, était « *parano* » avant son incarcération. En détention, apparaissent des hallucinations intrapsychiques sous la forme de voix intérieures, qu'il identifie comme celles d'autres détenus. Ces hallucinations sont aussi appelées « perte de l'intimité psychique » (CNUP, 2014, p.61) et donnent à Monsieur K. l'impression d'être « *influencé par les voix* », dicté à distance par autrui. Ces éléments, insaisissables par une autre modalité sensorielle, créent une discontinuité dans l'**enveloppe sonore** de Monsieur K. et effractent son enveloppe psychique. Celle-ci est défaillante dans son rôle **pare-exciteur** et n'assure plus son rôle de distinction dedans/dehors et Soi/non-Soi.

## **B. Mise à mal des enveloppes par la détention**

La détention est source de sur-stimulation auditive pour la personne qui y est détenue. Le bruit est omniprésent à travers les portes souvent lourdes et métalliques, les haut-parleurs qui résonnent dans les coursives, les exclamations éparses des uns et des autres. La matrice sonore de la détention semble incarner les problématiques du son, décrites par Edith Lecourt en 2003 : l'absence de limites dans le temps et dans l'espace, l'absence de concrétude et l'insaisissabilité, et la simultanéité omniprésente. Or, pour qu'il y ait *enveloppe* sonore, « il faut que le vécu sonore ait trouvé à s'étayer sur une expérience tactile et visuelle d'une part, sur une élaboration mentale du vécu sonore à partir du Moi-peau [...] conduisant à la notion d'enveloppe, d'autre part » (Lecourt, 2000, p. 224).

Par ailleurs, le Moi-Peau est impacté par la **sous-stimulation sensorielle** qu'engendre la vie en détention. Par les stimulations sensorielles et en grande partie, la sensorialité tactile, l'individu étaye sur son vécu de la peau, son enveloppe psychique et l'unité psychocorporelle qui s'ensuit. Foucault parle du Corps utopique, en 1966 ; il dit, au sujet de l'acte sexuel amoureux et de ses afférences tactiles, qu'être entre les mains de l'autre : « c'est sentir son corps se refermer sur soi, c'est enfin exister hors de toute utopie, avec toute sa densité, [...] toutes les parties invisibles [...] se mettent à exister ». Le corps acquiert la certitude d'être. Le manque de contacts tactiles sources de plaisir, appauvrit le système perceptif de la surface globale de la peau et diminue l'**investissement libidinal** de celle-ci. Son rôle d'**enveloppe de l'excitation sexuelle** n'est plus assuré, au même titre que sa fonction de **recharge libidinale**. Au-delà de la sphère intime et sexuelle, l'illustration de Foucault met en lumière l'importance du toucher pour « réaliser » son corps et peut être élargie aux fonctions du toucher dans la sphère sociale et thérapeutique.

Dans une dynamique opposée, c'est surinvesti qu'est le Moi-peau dans sa fonction d'**inscription des traces**. Il n'est pas rare d'observer scarifications, brûlures et/ou tatouages effectués en détention. Le corps étant le dernier lieu d'appartenance, les marques de la peau sont alors un moyen

d'expression, d'inscription du vécu ou de stimulation sensorielle, permettant de se sentir vivant, présent, réel. Paradoxalement, la **contenance** que procure la sensation de continuité de la peau peut se voir menacée par son effraction dans ces pratiques. Je pense à la cicatrice de Monsieur N. traversant son globe oculaire gauche, dûe à un coup de couteau venant déchirer la peau et attaquer l'interface dedans/dehors qu'est l'œil de ce jeune homme.

Anne Lécu, médecin généraliste en détention, évoque en 2013 les nombreux motifs de consultation se rapportant à des problèmes cutanés. La peau des détenus est abîmée, blessée, infectée, entre allergie, démangeaisons, eczéma et changements de texture. Le vécu d'un tissu cutané détérioré pourrait à nouveau impacter l'intégration d'un Moi-peau structurant.

Enfin, l'enveloppe dans sa fonction **d'individuation** et de **communication avec autrui** est également malmenée par l'omniprésence de l'Autre et de son regard. Musil écrit en 1979 (cité dans Pous, 1995, p.56) : « Lorsque'un être vit ainsi continuellement les regards posés sur un autre, il arrive que son corps lui soit littéralement dérobé et se précipite comme un petit météore dans le soleil de l'autre corps ». Le détenu est saturé par la présence sonore, visuelle et olfactive de l'Autre. A travers l'œillet, la surveillance d'autrui est là, omniprésente. Incontrôlable, elle est souvent source d'hypervigilance et la fonction d'enveloppe **pare-excitante** de la personne détenue se voit sur-sollicitée. La grande proxémie corporelle rend l'intrusion quasi-constante. Nous pouvons faire le lien entre ces conditions de vie dans l'altérité et le vécu de persécution que les patients rapportent. Monsieur N. et Monsieur K. entretenaient tous deux une méfiance délirante quant aux co-détenus et aux agents pénitentiaires, vis-à-vis desquels ils se sentaient menacés.

Si l'Autre est là, immuablement, c'est des siens que l'individu est isolé. La mise sous écrou engendre souvent une certaine érosion narcissique et identitaire. Par exemple, les effets personnels sont réduits, le numéro d'écrou ou le nom de famille prévaut largement sur le prénom de l'individu. Un patient de l'UHSA me faisait part de l'émotion ressentie lors d'une conversation autour de l'origine de

son prénom, devenu absent de sa vie pendant ses années de détention. Ou encore, au cours de moments informels, des liens intersubjectifs (solidifiant la relation thérapeutique) se tissaient avec Monsieur N., autour de l'origine de nos prénoms respectifs entre autres.

Enfin, être isolé, c'est diminuer les relations d'identification possibles dans le miroir social. La mise à la marge de la Cité peut parfois être synonyme d'exclusion du règne humain - jusqu'à en voir ses capacités langagières et lexicales diminuer, comme Monsieur K.. Là encore, l'enveloppe dans son rôle de soutien **narcissique** et **identitaire** se voit appauvrie.

### **C. Menace du sentiment continu d'exister**

La personne mise sous écrou voit son existence circonscrite dans l'espace et suspendue dans le temps. Sa temporalité de vie est délimitée arbitrairement par le jour d'entrée en détention et le jour de la libération. Les bornes du temps de la peine décident du hiatus temporel de la détention dans lequel se répète inlassablement le *même* du quotidien carcéral. « L'existence du sujet apparaît inscrite dans [...] un "trou" ou un "vide" dans la trame narrative propre à tout être humain. » (Englebert, 2014, p.248). Or, la trame narrative, la tendance à se mettre en récit, à avoir un passé, un présent et un futur subjectivés, participe activement à l'inscription du sujet dans une dynamique identitaire et existentielle.

La temporalité externe (en dehors des murs) reste le temps de référence ; le temps carcéral est secondaire à celui d'avant l'enfermement. Si le contenu du vécu dans les murs se chronicise et devient répétitif, à l'extérieur, le monde bouge à toute vitesse. Je me rappelle de la vive réaction de Monsieur N., ému après un parloir où il avait vu son fils grandi, changé. De même, la stupéfaction d'un patient ayant eu une permission de sortie après plusieurs années de détention, face au tramway. Monsieur K. a peur que des choses lui échappent ou que des personnes l'abandonnent à l'extérieur. Les repères spatio-temporaux des personnes détenues s'inscrivent dans un rapport presque imaginaire, selon une image du monde que l'on pourrait qualifier d'obsolète, voire d'irréelle.



Ainsi, plusieurs témoignages me permettent d'imaginer la mise sous écrou comme une véritable faille spatio-temporelle dans l'existence du sujet, impactant plus ou moins directement sa présence au monde et sa perception de la réalité.

Dans la psychose, la trame existentielle de l'individu semble également suspendue, barrée. En effet, l'histoire d'un individu (son temps) s'inscrit dans son vécu corporel (l'espace de l'individu). Pendant l'épisode psychotique, l'unité psychocorporelle est rompue. De fait, l'espace-temps n'a plus de repères, plus de limites, plus de sens pour le sujet. Lors de ma première rencontre avec Monsieur K., il appréhendait son environnement spatio-temporel de manière fragmentée et inarticulée.

Par l'étrangeté du vécu corporel et/ou la sensation « *d'envahissement, de possession* » de Soi par autrui, souvent rapportées par les patients délirants, les perceptions deviennent impersonnelles. Or c'est sur « la permanence d'une perception du corps liée à la compréhension du sens de cette perception » (Pous, 1995, p.55) que va s'étayer le sentiment d'exister.

La narrativité de soi connaît alors un blanc, un vide de sens et le sentiment continu d'exister se voit court-circuité. Dans l'expérience psychotique, « le corps cesse alors d'être ce centre de référence autour duquel les chemins du monde ouvrent leur possibilité » (Foucault, 1995, p.65) ; pour ainsi dire, il cesse d'être le vecteur de présence au monde et n'assure plus la certitude d'existence.

## **2 - Le corps qui réagit : trouble de la fonction tonique**

Il est question de faire face aux conditions de vie carcérales depuis un certain temps pour Monsieur N. et Monsieur K.. Récemment, s'y ajoute l'expérience de désorganisation intense causée par le trouble psychotique. Alors, ils se défendent activement de cette double menace du soi, notamment par le corps. Dans l'organisation psychocorporelle de ces deux patients, le trouble tonique est prépondérant : l'hypertonie globale pour Monsieur N. et la dysharmonie tonique pour Monsieur K.,

dont les tonus d'action et postural tendent vers l'hypertonie. Monsieur N. renvoie quelque chose de statique, figé, dur comme du marbre. Monsieur K., quant à lui, évoque l'agitation, le déracinement, la tempête mal maîtrisée dont le vent est lourd et bruyant. A leur manière, ils transmettent tous deux la tension corporelle, et plus profondément, le défaut de relâchement musculaire.

Il s'agit ici d'étudier la forte tonicité de Monsieur K. et Monsieur N. Comment s'incorpore-t-elle pleinement chez le sujet psychotique et détenu par la Justice ? Comment la comprendre comme fonction défensive ? Quelles sont les répercussions sur le rapport que ce sujet entretient avec son corps et avec la réalité ?

### **A. Le tonus comme double interface**

Le tonus, selon Jover en 2000, est « l'état de légère tension des muscles au repos ». Il se distingue en trois niveaux :

- le **tonus de fond** (ou basal) : il est permanent et involontaire, ne disparaît jamais. C'est le lieu d'inscription de l'affectivité et des émotions.
- le **tonus postural** : l'activité tonique minimale permettant de maintenir un posture.
- le **tonus d'action** : l'ensemble des variations musculaires destinées à préparer et soutenir l'action, le mouvement.

Le tonus d'un individu est en lien direct avec sa sphère psychique. Wallon écrit en 1945 : « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire » (cité dans S. Robert-Ouvray, 2007, p.42). Selon Ajuriaguerra, le rôle de l'état tonique est également fondateur de la personnalité d'un sujet (*Ibid*, p.43). Ainsi, selon une certaine réciprocité, le tonus teinte l'état émotionnel d'un individu et il est le témoin des affects du sujet.

« La tonicité est directement liée à l'affect par l'intermédiaire de la sensation » (S. Robert-Ouvray, 2004, p.43). On parle du fait de *se sentir* dans tel ou tel état affectif, mais également de *sentir* son corps selon diverses perceptions. Le tonus, par sa modulation, est vecteur de sensations

variées qui nous permettent de « faire corps » avec nos perceptions. A son tour, l'émotion impacte le corps, elle le tend, le détend, le rend lourd ou léger. La sensation nous permet de faire le relai entre état tonique et état affectif, dans un sens comme dans l'autre.

A son tour, Wallon met en lumière ce jeu interne en 1931 en définissant le tonus comme base de l'organisation de la vie psychique. L'équilibre tonique serait fondateur de l'équilibre psychique d'un individu : « la rencontre avec le monde provoque toujours un déséquilibre tonique qui menace le fonctionnement corporel et psychique nécessitant une réorganisation nouvelle » (M. Petit-Garnier, *communication personnelle*, 02 novembre 2020). Là encore, la relation s'effectue en double sens. La tonicité par sa fonction d'équilibration, assure d'une part la réception des stimulations environnementales, et transmet d'autre part l'état de l'individu, par la forme de son corps, l'organisation de son mouvement ou ses intentions émotionnelles.

La modulation du tonus permet donc de percevoir le monde, de le comprendre, l'appréhender, de s'y adapter à travers son corps propre. Pour reprendre le terme de Robert-Ouvray, le « jeu tonique » (2007, p.222) serait donc la capacité du sujet à articuler ces deux interfaces, l'une par rapport à l'autre : entre corps et psyché, et soi et environnement ; il garantirait donc l'unité psychocorporelle du sujet.

## **B. La fonction tonique en détention**

L'état tonique global du sujet est empreint de l'environnement dans lequel il évolue. Comment la vie en détention favorise le défaut de relâchement musculaire présent chez Monsieur N. et Monsieur K. ? Plusieurs hypothèses sont entremêlées.

Entre le bruit, la promiscuité, l'érosion sensorielle et la privation de liberté de mouvement, le climat de vie en détention est anxiogène. Nombreux sont les témoignages de personnes détenues qui

confirment la nécessité d'un état d'hypervigilance pour faire face à la violence du milieu. D'après d'autres patients, être sur ses gardes - « *sur des appuis de sécurité* » dirait Monsieur N. - est primordial en prison. Les conditions de vie carcérales, en mettant le sujet dans un état d'alerte constant, semblent alors favoriser l'hypertonie corporelle de Monsieur N. et de Monsieur K..

Ces derniers pratiquent la musculation en détention et à l'UHSA. Cette pratique physique est omniprésente en milieu carcéral. Elle semble être l'un des rares canaux d'investissement corporel, ce que l'on retrouve souvent dans les discours des patients lorsqu'il est question de leur rapport au corps.

La musculation teinte le rapport à l'Autre à l'intérieur des murs. Être identifié à l'image du sportif permet de dissuader a minima le conflit ou l'attaque de l'Autre. Bâtir son corps en détention en assure l'image sous le regard de l'Autre. Mais également pour soi-même, elle permet de lutter contre la désagrégation corporelle infligée par la privation de libertés, et témoigne de la robustesse du sujet pour celles et ceux qui comptent en dehors, comme les familles respectives de Monsieur N. et Monsieur K.. La musculation conserve une dignité du corps, une certaine appartenance de celui-ci par les modifications physiques singulières qui peuvent en émerger. Il s'agit également de s'appropriier le temps carcéral, de lutter contre l'enfermement par la mise en mouvement au sein des murs quand celui du corps est prohibé. La musculation pourrait pallier partiellement la difficulté que Monsieur K. rencontre dans l'immobilité ou encore répondre à son affaiblissement corporel dont il s'est souvent plaint. Enfin, elle est également décrite par plusieurs patients comme un moyen de transpirer, et donc d'évacuer un peu des traitements dont les effets indésirables contraignent le corps.

Induite par la musculation et/ou par le climat anxiogène de la détention, la forte tonicité permet de maintenir un niveau de sensation constant et par là, de lutter contre l'anéantissement de Soi. Cette sensation interne incessante permet aussi de neutraliser les autres perceptions du corps et d'étouffer toute manifestation trop bruyante de ce dernier. La maîtrise des sensations, du *plein*, dont parle Pous (1995) vient parfaitement illustrer cette idée. C'est également les maux de la psyché que l'hypertonie

viendrait obstruer. Le corps, omniprésent par sa tension, fatigue l'esprit et limite sa souffrance. Il contient, voire anesthésie, les élans pulsionnels et émotionnels qui pourraient mettre en danger l'intégrité du sujet en détention ; à l'image de Monsieur K. lorsqu'il fait état de ses émotions débordantes ou à travers le toucher ou le dialogue tonique en séance.

L'hypertonie en détention est synonyme de lutte : lutter contre l'Autre, lutter contre l'abandon de Soi hors de la société, lutter contre l'anéantissement de l'existence menacée par la perte de perceptions corporelles, lutter contre la souffrance psychique, ou encore de lutter contre l'image désagrégée du détenu et la dépossession de son corps par la Justice. Il s'agit de se faire plus dur que le dur, d'incorporer les murs, de se laisser imprégner par le milieu pour pouvoir s'y adapter.

### **C. La fonction tonique face à la psychose**

Les enveloppes psychocorporelles de Monsieur N. et Monsieur K. sont défailtantes, malmenées dès leur structuration primaire, puis par la détention et l'épisode psychotique récent. Le Moi-peau est attaqué dans ses différentes fonctions et la perception de Soi comme unité différenciée du monde n'est plus si évidente.

L'individu semble alors développer ce que Bick (1960) appelle « la seconde peau » : substitut d'un contenant-peau défailtant « où l'objet est remplacé par une pseudo-indépendance » (cité dans Ciccone, 2001, p.87). Divers comportements « de pseudo-indépendance » sont observés. Par exemple, la seconde peau peut prendre la forme de l'agitation motrice et le mouvement constant où le sujet trouve une contenance dans l'action, à l'image de Monsieur K. ; ou encore, le raidissement du corps et la tension musculaire, évident chez Monsieur N. et présent en fond chez Monsieur K.. A travers son recrutement tonique, le sujet tient ensemble les parties du corps et de sa personnalité, il « s'accroche [...] à des objets-sensations qui maintiendront provisoirement l'illusion d'un rassemblement » (*Ibid*, p.87), assure son intégrité et lutte contre les angoisses agonistiques primitives ; pensons à Monsieur N., sur « *ces appuis de sécurité* ». En parallèle de ce rassemblement, il est question de « maîtriser ses

sensations » (Pous, 1995, p. 51) dans une activité tonique permanente. Cette activité tonique constante crée alors une véritable cuirasse musculaire.

Cette seconde peau est observable de diverses manières chez de nombreux patients rencontrés à l'UHSA, dont les troubles psychiques soulignent bien souvent un défaut de contenance. Certains patients sur-investissent la sphère intellectuelle, du savoir, de la théorie de manière défensive contre les expériences corporelles et/ ou émotionnelles. On parle de « seconde peau intellectuelle » (*Ibid*, p.88). De même, la contenance est parfois retrouvée au sein du soin ; le patient semble déployer ses enveloppes sur l'équipe soignante de l'UHSA. Cela a pu être le cas de Monsieur K. durant son hospitalisation, ce qui pourrait expliquer ce mouvement de repli la veille de son départ. Cette fonction de seconde peau peut également être retrouvée par la consommation de produits toxiques ou l'incurie corporelle et l'odeur associée. Enfin, les murs solides de la détention font pour certains office de seconde peau, le cadre extérieur venant pallier le cadre interne.

La cuirasse musculaire dont nous parlions plus tôt, peut également faire fonction de bouclier tonique, barrière solide, imperméable entre le sujet (son monde interne) et l'environnement. Robert-Ouvray parle de « paroi tonique » (2007, p.178) concernant le tout-petit dont les premiers échanges avec l'environnement sont insatisfaisants. Monsieur N. et Monsieur K. sont peu écoutés en détention et les besoins primaires sont tout juste satisfaits, ils y sont incompris et dans le cadre de la psychose, ne le comprennent plus. Le vécu de celui-ci est circonscrit dans la méfiance, l'agression, le dur. L'enveloppe tonique se rigidifie et devient imperméable aux échanges. Elle défend le sujet des vécus d'intrusion engendrés par la maladie et la détention, et répond aux failles de l'enveloppe pare-excitatrice. D'autre part, elle annule le risque de mouvements pulsionnels venant de l'intérieur qui pourraient s'exprimer au travers de passage à l'acte auto ou hétéro-agressifs ; qui furent présents chez Monsieur N. et Monsieur K..

La tension musculaire permanente, l'hypertonie, répond aux failles des enveloppes psychocorporelles et à la nécessité de contenance des patients par plusieurs moyens. Cette organisation tonique est à visée défensive, et si momentanément elle contient le sujet, elle peut lui être préjudiciable au long court.

#### **D. Effets des traitements**

Les effets indésirables des neuroleptiques<sup>6</sup> sont fréquemment rencontrés au niveau de la sphère motrice du sujet. Ils disparaissent ou s'atténuent après quelque temps. Sont répertoriés des effets extrapyramidaux précoces incluant par exemple une crise dystonique aiguë au niveau de la zone bucco-lingo-faciale. La musculature axiale est également sujette à ces crises toniques. Monsieur N. et Monsieur K. semblent en pâtir au début de notre prise en charge. De même, les neuroleptiques peuvent engendrer un syndrome parkinsonien, comportant l'akinésie qui correspond aussi au comportement moteur de Monsieur N. : lenteur du mouvement, amimie, gestes lents et diminution du ballant. Enfin, l'activité permanente de Monsieur K. peut être mise en lien avec le syndrome hyperkinétique associé aux effets indésirables des traitements.

L'effet médicamenteux est à prendre en compte dans la symptomatologie psychocorporelle de ces deux patients. Cependant, ils n'en sont pas totalement responsables ; l'organisation psychocorporelle de Monsieur N. et Monsieur K. serait à comprendre selon une causalité circulaire, incluant tout le déroulement présenté dans cette partie (dont la pharmacologie fait partie). En parallèle des suivis, les traitements sont continuellement modulés : l'équipe soignante de l'UHSA met un point d'honneur à ce que le patient soit médiqué au minimum, cherchant également le moins d'effets indésirables possibles.

Les neuroleptiques endossent le rôle du coupable parfait pour Monsieur N. et Monsieur K.. Ayant pris possession des perceptions corporelles de manière omnipotente, le médicament pourrait

---

<sup>6</sup> Traitement médicamenteux majoritairement indiqué dans la maladie psychotique.

leur permettre de se focaliser sur un type de sensation et ainsi de restreindre l'investissement global du corps perçu. L'investissement du traitement comme « camisole corporelle » pourrait aussi être face au corps étrange, ce que le délire est face à la réalité selon Green : une « tentative de restitution, de réinvestissement d'une réalité perdue » (cité dans Pous, 1995, p.74).

### **3 - La désintégration de l'unité psychocorporelle**

#### **A. Le trouble tonique comme obstacle entre corps et psyché**

Au début du suivi, le relâchement musculaire est quasi-absent chez Monsieur N., ou très difficile d'accès, restant continuellement dans une tonicité de marbre. Pour Monsieur K., nos observations révèlent une désorganisation tonique globale entre les différents niveaux. La modulation du tonus basal est présente mais en relation hasardeuse avec une tonicité posturale et d'action très forte, dont la tension élevée altère grandement ses facultés de relâchement et d'organisation corporelle. En bref, « le jeu tonique », axé dans le sens du relâchement musculaire pour ces patients, est inexistant chez Monsieur N.. Et s'il l'est pour Monsieur K., il est incontrôlé et désorganisateur donc fortement limité.

Le défaut de relâchement circonscrit le corps vécu dans un mode sensori-affectivo-représentatif du dur, du brut, du tendu, du cassant, du « *crispé* » selon Monsieur N. et de la grande nécessité de « *s'assouplir* » pour Monsieur K.. Le tonus dans sa rigidité, ne peut plus assurer une palette diversifiée de sensations, essentielle à la perception de soi, il amoindrit drastiquement l'accès au corps propre.

Dans cette cristallisation tonique, c'est également toute la sphère affective du sujet qui ne peut plus s'étayer sur le corps et qui se voit progressivement lissée ou fortement restreinte dans le vécu persécuté, comme pour Monsieur N. et Monsieur K. lors de leur arrivée à l'UHSA. De même, les facultés de représentations s'appauvrissent ; ce qui est perceptible au niveau du langage chez Monsieur K., qui « *perd du vocabulaire* » et peine à trouver les mots. Chez les deux patients d'une manière différente, les capacités de verbalisations et de représentations corporelles sont pauvres. Notamment



pour Monsieur K., dont le dessin du bonhomme laisse entrevoir une image du corps géométrique, précaire où le corps est représenté en blocs juxtaposés.

C'est également la représentation de l'environnement, matériel ou relationnel qui se voit impactée ; comme pour les patients à leur arrivée à l'UHSA où la réalité environnante était vécue comme étrange et dangereuse. En bref, « le monde interne se mécanise et se désertifie, le monde externe se brouille et se dilue » (S. Robert-Ouvray, 2007, p.230).

La tonicité circonscrite à l'excès semble pallier les failles des enveloppes psychocorporelles et en même temps mettre à mal l'harmonie psychocorporelle du sujet. Le tonus est alors à la fois le gardien de l'intégrité et l'obstacle entre corps et psyché, puis entre sujet et réalité. Pous théorise *l'organisation-tampon* mise en place par les sujets psychotiques face à la désorganisation psychocorporelle, et dit à ce propos que : « toute protection excessive appauvrit l'ensemble de la personnalité : on ne peut être en même temps gardien aux frontières et travailleur dans les industries de la cité » (Pous, 1995, p.41).

## **B. La Justice entre l'individu et son corps**

### **• Dé-corporéisation du détenu par la Justice**

Si le corps du sujet condamné par la Justice n'est plus directement attaqué dans sa chair, il reste la cible de la peine par sa mise en détention. Le sujet détenu est dépourvu de ce qu'il est dans l'essence même de son existence au monde, dans sa nature : « la condition carcérale [est] la clinique de la désappropriation du corps propre » (J.Chamond et al., 2014, p.674). La corporéité de la personne sous la main de Justice est altérée dans sa familiarité originelle, dans ses capacités perceptives, dans son vécu de pouvoir, ses modalités d'insertion et d'orientation dans le monde. Le corps est identifié grâce aux infimes particularités biologiques qui le distinguent des autres corps, cependant celui « de la subjectivité, de l'historicité, de l'identité disparaît » (J.Chamond et al., 2014, p.675). La détention met

en route le processus de désobjectivation du corps et du sujet tout entier, dont la règle d'or est de *ne plus penser*. Le lissage émotionnel est prépondérant : d'une part, il ne faut pas montrer, mais au-delà, à quoi bon se laisser aller à des vécus subjectifs, stérilisés par la condition carcérale ? La diminution prépondérante de la sensibilité, le vide émotionnel et l'inaptitude à éprouver des affects sont alors prépondérants en détention.

### • **Le corps enfermé**

L'espace vécu d'un individu émane de sa production permanente de spatialisation, où l'espace personnel s'ouvre et se perçoit à partir du corps propre, en mouvement, « co-extensif du *Je peux* qui accompagne toute perception de mon corps vivant » (J.Chamond et al., 2014, p.677). L'investissement de la réalité requiert « la sécurité du *dedans* protecteur, du premier espace clos dans le monde commun » (J.Chamond et al., 2014, p.677) ; autrement dit, du corps. Or, l'habitation harmonieuse de l'abri sécurisant qu'est le corps, nécessite de pouvoir aller et venir dans l'environnement. L'être-au-monde du sujet détenu dont le mouvement est continuellement contrôlé, morcelé et dicté par autrui, se replie dans les frontières de son intériorité et subit une réduction drastique de ses relations nourricières avec le monde externe (matériel ou relationnel).

L'enfermement affecte l'acuité visuelle du détenu, dont l'environnement est monochrome et ne permet plus de voir au loin. Il réduit la perception des distances, des odeurs, des goûts et de soi en mouvement. Enfin, il impose au sujet un vécu du corps paradoxal : il est à la fois englué dans sa chair et dépossédé de son corps par la Justice. Il symbolise « l'ultime réduit [...] de Soi » (J.Chamond et al., 2014, p.674) tout en étant le vecteur même de sa détention. L'articulation entre *corps-sujet* et *corps-objet* est ici conflictuelle. Ce qui est sûr, c'est que le corps *détenu par autrui* est bel et bien omniprésent.

### • **L'unité psychocorporelle en détention**

« Passivé, désœuvré, frustré, englué dans l'ennui, perpétuellement en alerte ou hyper actif, le corps reclus n'est plus l'espace de médiation du rapport vivant à soi et aux autres. » (J.Chamond et al.,

2014, p.679). L'ancrage de la psyché dans le corps, l'interrelation constante entre corps et esprit, la certitude que son être ne fait qu'un avec son corps en s'inscrivant dans la continuité d'existence ; cette « collusion psychosomatique » (Winnicott, 1969) est fondamentalement ébranlée par la situation carcérale, allant « jusqu'à sa destruction, comme parfois [...] [jusqu'à] la psychose, en particulier schizophrénique » (J.Chamond et al., 2014, p.681).

### **C. La rupture psychocorporelle vers la rupture avec la réalité**

Ces deux jeunes patients, à notre première entrevue, m'ont semblé *être logés* dans un corps-obstacle. J'ai alors été traversée par ce sentiment étrange d'être face à un sujet psychique, dans un corps physique ; un être flottant ou lointain, enfermé dans un gîte corporel, où habitant et habitat ne s'entendent plus. Un voile plus ou moins opaque semble s'être installé entre ces deux entités, peut-être précocément déposé par la vie en détention, puis encore plus ancré par le vécu psychotique lui servant sur un plateau un fidèle allié : le trouble tonique.

Le système perceptif de Monsieur N. et Monsieur K. est alors grandement mis à mal, les sensations semblent difficiles d'accès ou très appauvries. Le corps est vécu comme étranger et insaisissable, il est irréprésentable. Ce corps-autre demeure incompris, désorganisant et fuyant, donc étouffé dans la tension. Il en va de même pour les sentiments du sujet : circonscrits dans un vécu affectif anesthésié par l'hypertonie et lissé par la détention, ils ne peuvent véhiculer l'angoisse de l'anéantissement ou du morcellement de leur être. Ce corps, englué dans sa tension et dépourvu de sa psyché, est privé de mouvements volontaires, de fluidité interne et de perception de l'environnement. L'individu se voit privé de son lieu d'ancrage dans la réalité. Ses limites sont floues : le soi se répand à l'extérieur, l'extérieur se dilue dans le soi, n'ayant plus d'enveloppe psychocorporelle à laquelle se heurter.

Monsieur N. et Monsieur K., démunis d'enveloppes, seraient par la même occasion dépourvus de perceptions, de sentiments et de motricité contrôlée. La psychose et la détention semblent avoir induit, toutes deux à leur échelle, une désappropriation du corps chez ces deux jeunes hommes et

rompu peu à peu leur unité psychocorporelle. Et comme le dit justement Pous (1995) : « La dichotomie corps-esprit ne réussit jamais, si elle persiste, à l'être humain » (p.49).

## **PARTIE III : RETISSER L'UNITÉ PSYCHOCORPORELLE EN PSYCHOMOTRICITÉ**

L'objectif principal des suivis en psychomotricité avec Monsieur N. et Monsieur K., est de restaurer l'unité psychocorporelle. Il s'agit alors d'accompagner ces deux jeunes patients dans le réinvestissement de leur corps propre et unifié : d'étayer la structuration des enveloppes psychocorporelles et de favoriser la réappropriation du corps.

### **I - Structuration des enveloppes psychocorporelles**

Sans enveloppe, sans limite, sans prise de conscience du Soi vis-à-vis du non-Soi, le travail de réappropriation du corps ne saurait prendre forme. L'appropriation des sensations, des émotions et du mouvement du corps vient par la suite inscrire les limites entre le sujet et son environnement.

#### **1 - Déployer la carapace**

La forte tonicité de Monsieur N. et Monsieur K. assure une fonction de contenance, tout en menaçant l'unité psychocorporelle. Il n'est pas question d'enlever cette défense contre l'effondrement, mais de soutenir la modulation tonique. Cela n'est qu'uniquement dans un climat de confiance et de contenance thérapeutique implacable que cette hypertonie défensive pourra se moduler, que le ressenti corporel pourra émerger et que la carapace pourra devenir enveloppe. Tel un jeu de poupées gigognes, il s'agit que Monsieur N. et Monsieur K. déploient leur contenance à plusieurs niveaux, pour pouvoir atteindre la plus petite poupée au centre : leur être psychocorporel. Les manifestations corporelles, sensorielles, émotionnelles, vécues comme incontrôlables et incontrôlées jusqu'alors, pourront y être accueillies et élaborées, pour passer *du corps à leur corps*.

## **A. L'enveloppe UHSA**

Il est fréquent à l'UHSA de voir des « retours » de patients. J'ai eu l'occasion de suivre un patient une fois par semaine pendant plusieurs mois. Il était à l'UHSA depuis plus d'une année<sup>7</sup> à l'unité 3 et semblait arriver au bout de son besoin d'hospitalisation à temps plein. Ce patient est retourné trois semaines en détention, puis je l'ai recroisé dans l'unité 2. Trois semaines nous séparent du temps où nous discutons longuement de divers sujets et où nous pouvions effectuer des chorégraphies structurées. Je salue un homme fermé, incuriqué, aux traits tirés voire métamorphosés, au regard vide et lointain, inexpressif, persécuté, hermétique dont le discours (verbal et infra-verbal) est devenu totalement incompréhensible. « *Il était finalement pas mal contenu par l'UHSA...* » sont les mots d'un soignant à propos de ce patient. Sortir de son enceinte, c'était peut-être sortir de son enveloppe ?

L'enveloppe contenante de l'UHSA ne se résume pas à une solide fermeture architecturale, mais se comprend à plusieurs échelles. Le travail pluridisciplinaire tisse une première enveloppe autour du patient. Se tenir informé de l'évolution de son suivi dans les différents espaces, c'est assurer la fiabilité de la farandole humaine qui gravite autour de la personne. Les transmissions assidues de jour et de nuit assurent la communication interprofessionnelle indispensable à la bonne prise en soin du patient. Monsieur N. a beaucoup investi cet aspect en fin de suivi. Il s'assurait, plusieurs fois dans la journée, que je puisse transmettre à l'ergothérapeute son souhait de terminer son travail avec lui avant de retourner en détention.

L'alternance de phases connues, où l'attente permet le fantasme de ce qui n'est plus mais qui reviendra, structure la permanence du sujet dans son environnement. Aussi, ce sont les rythmes quotidiens répétitifs et inchangés qui font enveloppe au quotidien. La temporalité particulièrement

---

<sup>7</sup> La moyenne du temps d'hospitalisation à l'UHSA est à peu près de trois mois.

structurée de l'UHSA participe à poser les jalons d'une existence continue pour beaucoup. Les murs ne bougent pas, les temps non plus.

Signifier notre présence en début de journée, à chacun, est essentiel quotidiennement. Agissant tel un miroir, c'est à travers ce cadre relationnel stable et répétitif que le patient perçoit le reflet de son existence permanente. Monsieur K. le mettait justement en lumière : « *Quand est-ce qu'on se revoit pour faire des mouvements ?* » me demandait-il à plusieurs reprises dans l'unité, soulignant alors la continuité du soin et du lien. Le nombre de personnel de soin présent au quotidien est conséquent par rapport aux autres services hospitaliers et permet au patient de se sentir soutenu humainement en permanence. Chaque relation créée est porteuse de sens et enrichit la perception de Soi du patient. Monsieur K. avait particulièrement investi cette dynamique relationnelle et adressait à chaque soignant une attention personnalisée. Je me souviens avoir croisé avec lui une infirmière de l'unité 1. Il semblait fier de pouvoir lui témoigner son évolution. Je cite cette infirmière : « *Vous vous rappelez votre état quand on s'est connus ? C'est le jour et la nuit ! Je suis fière de vous Monsieur K. !* ». Le torse bombé et le regard assuré, Monsieur K. remontait dans l'unité pour se préparer à son départ vers la détention.

## **B. L'enveloppe méta-psychomotricité**

L'enveloppe du cadre relatif à la psychomotricité débute par le rituel du bonjour matinal, précisant la décision de l'heure de la séance. Nos alternances absence/présence anticipables sont ici des pièces phares. Monsieur N. m'interpelle un jour où ma présence était exceptionnelle : « *Mais vous n'êtes pas là normalement le mardi !* ». Il semblait alors plus fier de l'avoir remarqué que bouleversé par ce changement.

La salle de psychomotricité est en dehors des unités. La plupart des patients provient de l'unité 2 et 3, qui elles, sont au premier étage du bâtiment. Les trajets participent activement à l'édification de

l'enveloppe propre à l'espace-temps en psychomotricité. En restant dans l'enceinte fermée de l'UHSA, nous passons les portes successives de sortie de l'unité pour descendre dans le pôle d'activités thérapeutiques. Si on reprend l'idée des poupées gigognes, à travers ce trajet nous accédons à un autre niveau de l'espace tout en accédant à un autre niveau de la carapace déployée. C'est souvent lors de ces mouvements entre unité et salle de psychomotricité que des conversations informelles se créent : au sujet de l'origine de nos prénoms avec Monsieur N., des tatouages avec d'autres patients ou encore du sport que nous avons respectivement pratiqué avec Monsieur K.. Dans cet espace d'entre-deux, elles pourraient venir sceller l'intimité des vécus psychocorporels partagés, contenus dans le cadre thérapeutique en psychomotricité et par la relation qui y est associée.

### **C. L'enveloppe en séance de psychomotricité**

La salle de psychomotricité de l'UHSA est colorée et « *chaleureuse* », d'après Monsieur N.. Les murs sont jaunes clairs, la lumière du jour filtrée par un store crème. Plusieurs sens sont simulés : diffuseur d'huiles essentielles, guirlande lumineuse, ambiance sonore possible, tapis et poufs confortables, photos et affiches sur les murs, etc. La disposition des éléments crée « *l'ambiance détente* » de la salle de psychomotricité, d'après les patients. La présence d'un grand miroir, large, non-déformant et en pied, donne la possibilité au patient de s'observer dans son entièreté exceptionnellement. Cet espace, décrit comme « *à part* » par les autres soignants, se veut en effet être une parcelle de l'UHSA contenant où pendant quelques temps, le corps est revalorisé. Les différents canaux de perception de l'environnement peuvent être stimulés et investis par les patients selon leur volonté et possibilité.

Le sentiment de sécurité à l'intérieur des séances est également suscité par la ritualisation de leur déroulé. De manière simplifiée, la voici : trajets entre l'unité et la salle, prise de nouvelles au bureau, rétrospective quant à la dernière séance, installation dans la médiation et mobilisations pour Monsieur N., mouvements et étirements pour Monsieur K., puis dernier temps de verbalisation à la table, pour



déterminer du cadre temporel de la prochaine séance puis remonter dans l'unité, en refermant derrière nous l'espace clos de la petite poupée gigogne de psychomotricité. Les espace-temps connus, répétés, anticipables dans la séance, sont alors aptes à être investis car vecteurs de confiance. L'enjeu de cette ritualisation est d'instaurer progressivement des micro-variations face auxquelles la contenance propre du patient peut s'organiser.

C'est aussi la médiation elle-même sur laquelle se déploie la carapace des patients pendant les séances. Elle offre un espace tiers, « un champ de réflexion ouvert aux questions et à l'imprévu » (Pous, 1995, p.92), permettant « de rejouer dans la relation thérapeutique les sensorialités clivées dans le passé » (Constant, *communication personnelle*, 17 novembre 2020). Grâce à la médiation, un espace sécurisant est proposé, où le corps peut ressentir et être écouté. La répétition inchangée et ritualisée des mouvements dans le portage a pu inscrire son caractère connu, et permettre à Monsieur N. d'y déployer sa carapace tonique. Concernant Monsieur K., ce sont les étirements qui ont pris ce rôle. A sa demande, les étirements sont venus médiatiser le corps-à-corps. Nous étirons, alors nous pouvons nous appuyer sur le corps de l'autre ; celui du psychomotricien peut à son tour devenir le média et offrir au patient un contenant à sa modulation tonique.

## **2 - De la carapace à l'enveloppe propre**

Après avoir pu déployer la carapace tonique sur plusieurs couches à l'extérieur de soi, le travail de structuration des enveloppes psychocorporelles a pu être mis en œuvre avec Monsieur N. et Monsieur K..

### **A. La fonction contenante**

Pour qu'un sujet devienne « la bonne mère de soi-même » (Pous, 1995, p.53), garant de son unité psychocorporelle, l'introjection primaire d'une *bonne mère* contenante est nécessaire. Celle-ci tisse un

environnement contenant autour du tout-petit étayant la « collusion psychosomatique » et le sentiment continu d'exister de l'individu. L'environnement contenant primaire de Monsieur N. et Monsieur K. est rejoué à plusieurs échelles. En psychomotricité, il s'agit d'accompagner la « régression psychocorporelle » du patient et de lui permettre en tant que thérapeute, de (ré-)introjecter « l'objet contenant » dont parlait Bion (1962). Celui-ci est amené à devenir propre contenance du sujet et jalonne le processus de (re-)structuration des enveloppes psychocorporelles.

Les patients sont accompagnés dans la perception des sensations stimulées grâce à la modulation tonique. Les vécus corporels et la charge d'affects concernée y sont accueillis. Tels des éléments *Bêta*, ils sont pensés pour et avec lui dans la relation, nous constatons « que ça vient du corps et que ça porte un sens » (Pous, 1995, p.75). Il ne s'agit pas de trouver des réponses aux doutes incessants de Monsieur N. sur ses sensations, mais de l'aider à les écouter. Par des mots, des postures spontanées, des froncements de sourcils lors d'un mouvement précis ou d'un blocage respiratoire dans telle ou telle position, le vécu corporel de Monsieur K. pouvait être entendu et représenté.

« La question se posera de savoir en quoi ils y sont pour quelque chose et comment il peuvent modifier cet état » (Pous, 1995, p.75). Il s'agit de mettre en lumière comment ce vécu émane de leur corps et non de l'étranger. C'est ce dont il est question en fin de suivi avec Monsieur N. lorsqu'il verbalise autour de « *ses appuis de sécurité* » finalement conscientisés et représentés. Aussi, par le ressenti corporel de mon rythme respiratoire, Monsieur K. peut prendre conscience du sien et le moduler.

## **B. La voix**

C'est en m'appuyant sur la qualité d'enveloppe du son, que j'ai beaucoup utilisé la voix en séance. *Ma* voix pour envelopper, pour témoigner ; *les* voix pour distinguer, pour subjectiver ; et le

rythme dans *le jeu des voix* pour structurer.

Je me rappelle avoir rencontré un patient ayant une voix feutrée, lointaine dont le volume diminuait systématiquement entre le début et la fin des phrases, rendant celle-ci presque inaudible. Lors de la première évaluation, je me surpris à tonifier brusquement ma propre voix comme pour lui renvoyer de l'énergie vocale. Je me sentais, en effet, progressivement engluée dans ce dialogue verbal coulant, coûteux en énergie et en concentration. La texture de sa voix qui se répandait dans la pièce, sans limites ni articulations, faisait complètement écho à sa désorganisation psychique et corporelle. La structuration n'était plus, tant dans les mots employés, dans ses pensées que dans son corps. Mais c'est surtout ce toucher vocal épars qui m'a marquée et qui pour moi, représentait le plus le manque de contenance, de consistance et d'articulation chez cet homme.

La voix transporte les mots, la sémantique du dialogue verbal. Mais elle transmet aussi la sensibilité et l'émotion dans l'échange. Issue en partie de la vibration des cordes vocales, elle dépend d'une multitude de muscles du corps humain, donc du tonus. Le tonus étant lui-même lié avec les émotions, assure la transmission entre expression vocale et émotion ressentie, *la voix chevrotante* ou le fait d'*être sans mot* en témoignent. Mais ceci n'est pas sans considérer la respiration, indispensable à la production vocale. La voix donc, à plus grande échelle, fait écho à la posture psychocorporelle toute entière du sujet.

Dans cette dynamique, l'échange vocal est investi comme vecteur d'intersubjectivité dans la relation. Anzieu parle de « miroir sonore » (1976) : la mère, à travers la compréhension des états de son bébé, module sa voix. Tel un *holding vocal*, elle lui assure sa reconnaissance en tant que sujet. Ainsi, lorsque Monsieur N. me disait être content à l'approche de son retour en détention sans grande démonstration vocale, je le lui renvoyais avec, de mon côté, une haute intonation accompagnée d'un grand sourire. De même, je sonorisais ma propre respiration en réponse à la faible amplitude de celle de Monsieur K., pour stimuler son approfondissement et face à sa voix aiguë et inquiète par certains moments, je m'efforçais d'arrondir ma propre texture vocale. Monsieur N. me disait un jour : « *Je vous*

*ai entendu parler dans le couloir, je savais que c'était vous qui arriviez !* ». En effet, si la voix est vectrice d'intersubjectivité et elle aussi « l'instrument où se manifeste le désir de l'Autre » (Lacan, 1966, cité dans Vinciguerra, 2009, p.137), un support à l'inscription relationnelle, un marqueur de l'individu autre que Soi.

Avec Monsieur N., le bain de paroles est initialement conséquent pour combler le silence, source d'angoisse pour lui. Ma voix semblait le sécuriser dans cette posture passive, où son niveau de vigilance était progressivement diminué. Par ces afférences auditives, Monsieur N. pouvait me situer et me sentir continuellement présente et je formulais les inductions dans une tessiture englobante. Il m'a semblé à plusieurs reprises que les mots étaient parfois moins importants que le timbre vocal employé. Avec Monsieur K., les faces postérieures de nos thorax étaient en contact direct. Par une tonalité vibrante, il était question d'investir la transmission osseuse comme contact contenant, permettant alors de stimuler le système solide de son corps au même moment où le relâchement musculaire était recherché. En parallèle, se rejouent ici des perceptions in-utéro contenantantes, où le dos du bébé en contact avec la paroi utérine de sa mère reçoit sa voix par transmission osseuse.

La structuration de leur enveloppe est alors mise en jeu dans l'alternance entre phases de contenance vocale et silence sécurisant. Si la contenance par ma voix est majoritaire en début de suivi, c'est l'installation de phases silencieuses (aux niveaux auditifs et vibratoires) de plus en plus longues et non déstabilisantes, qui signe le tissage progressif des enveloppes psychocorporelles des patients.

### **C. Le toucher**

Le toucher émane de la sensibilité cutanée : une des premières à se mettre en place, dont la peau est l'organe récepteur, parcourue par des millions de récepteurs sensitifs. « Le toucher est le sens qui permet la conscience de l'unité corporelle, de la continuité du corps » (Guiose, *communication personnelle*, 04 janvier 2020) et est en lien direct avec la structuration du Moi-peau. Nos activités

quotidiennes nous permettent d'être en permanence stimulés tactilement, et de réactualiser en continu notre schéma corporel et notre image du corps.

Pous (1995) considère « l'art du toucher nécessaire au traitement des patients psychotiques » à condition que le cadre soit clairement établi au préalable : où et quand utiliser le toucher, comment et pourquoi précisément. Puis, le patient peut vivre pleinement le plaisir de la liaison et celui de la séparation. Car si le toucher est inscrit dans les représentations générales comme source de confusion et de perte de limites, c'est à l'inverse, « autonomie et complétude dans la séparation » (Pous, 1995, p.121) qui sont cherchées dans le travail psychocorporel avec Monsieur N.. Le toucher thérapeutique présent dans les mobilisations permet d'accompagner ses capacités à associer un ensemble harmonieux de sensations au contact tactile puis à la séparation, porteur « d'un sens reconnu et cohérent, et qu'il peut s'approprier » (*Ibid.*, p.121). Ainsi, Monsieur N. ressent « *des papillons* » qui se diffusent dans le membre mobilisé dont il garde « *les traces plus longtemps* ». Il peut ainsi conserver *ses propres papillons* même lorsque ma main ne le contacte plus.

Guiose souligne le caractère indéniablement pulsionnel qui peut émaner du toucher. « Le toucher est source de pulsion de vie » (*communication personnelle*, 04 janvier 2020). D'où le caractère « *puissant* » du contact tactile, selon Monsieur N.. Le toucher contacte le corps par la peau, mais il contacte également l'espace psychique. Il s'agit d'être au clair avec son cadre interne et méticuleux dans l'intention transmise. Une caresse ne contacte pas le même espace psychique qu'un toucher franc. De même, l'effleurement tremblant ne stimule pas la même qualité de pulsion de vie qu'un regard bienveillant accompagné d'un contact tactile se voulant thérapeutique. « L'intention juste » (Prayez, 1994) est alors indispensable à l'utilisation du toucher thérapeutique.

Le toucher thérapeutique a pour fonction chez Monsieur N. de venir renforcer son *Moi corporel* en agissant à la source de la pulsion de vie qui structure le Moi-peau. Il inscrit sensoriellement l'enveloppe de Monsieur N., les limites entre son corps, le mien et l'environnement.

## **II - Réappropriation corporelle**

Il s'agit de redonner au corps ses facultés d'expression à travers les sensations, les entendre sans se désorganiser et s'approprier l'idée que « le corps non figé dans une tension permanente n'explose pas sous la poussée pulsionnelle » (Pous, 1995, p.71).

### **1 - Moduler le tonus**

#### **A. Le dialogue tonique**

A la manière du miroir relationnel et du miroir sonore, le dialogue tonique présent dans la voix, le toucher, le portage et le corps à corps est mis en jeu dans sa fonction de *miroir tonique*. Le dialogue tonique est un concept développé par Wallon en 1930, puis approfondi par Ajuriaguerra en 1960, qui le revisite pour étudier le dialogue tonico-émotionnel. Il est décrit comme le premier dialogue interhumain qui précède le langage verbal, prépondérant dans les premières interactions entre le nourrisson et l'adulte. Le bébé ressent les états toniques de celui avec qui il est en interaction, par le contact physique ou la qualité de la voix par exemple. De même, par les cris, les pleurs ou le rire, le tout petit parle à l'Autre. Cette communication infra-verbale archaïque ne s'arrête pas à la période de la prime enfance. Elle est présente tout au long de la vie, dans chacune de nos interactions. Face à un patient agité, en recrutement tonique constant, tapant du pied, se frottant les cuisses, se triturant les lèvres, je me suis surprise à devoir fermement croiser mes jambes sous la table pour me contenir et ne pas réagir en miroir à son hyperactivité tonique et motrice. De même, dans l'échange avec des patients inexpressifs, au regard vide, apathiques et coulants sur leur chaise, l'automatisme de me tenir très

droite et de tonifier ma propre voix survient rapidement.

Ce canal d'échange princeps est grandement investi pour étayer les patients dans la perception de leurs propres états toniques et leur modulation. Monsieur K. module presque instinctivement ses mouvements et son rythme respiratoires au contact des miens. Je pose ma main sur le plexus de Monsieur N. pour calmer sa respiration haute et crispée, en induisant une légère pression au moment de l'expiration. Après répétition, il se cale sur les poussées et pouvait à son tour approfondir seul sa respiration. J'utilise beaucoup les micros-oscillations pour inciter Monsieur N. à relâcher le membre en question pendant les mobilisations ; il en est également question dans les postures dos-à-dos lorsque Monsieur K. doit me donner son poids. En exerçant ses mouvements de va-et-vient rapide puis plus lents et répétés pendant longtemps, Monsieur N. et Monsieur K. se relâchent progressivement, comme bercés dans une enveloppe tonico-motrice contenant.

Il est important d'avoir en tête que le dialogue tonique est un *dialogue* en deçà des mots, les deux partenaires de la relation ressentent les états de l'autre. La question de la *juste intention* dans ce dialogue inter-corporel est encore une fois primordiale.

## **B. Le portage**

« Le portage est une attitude, une disponibilité psychique et/ou physique qui permet d'étayer suffisamment l'Autre pour qu'il puisse vivre de façon plus positive la relation à son entourage et à lui-même. » (Gaucher-Hamoudi, 2007, p.5)

Lors des mobilisations activo-passives type Wintrebert, il est question de porter en mouvement les parties du corps de Monsieur N. : jambes, bras, tête. L'appui de la partie du tronc est soutenu par les mouvements respiratoires que nous prenons le temps de conscientiser pendant l'installation. Par l'intermédiaire du portage, l'accès au relâchement musculaire est recherché avec Monsieur N.. Cependant, ce relâchement le confronte avec sa lourdeur. Il ne cesse pendant les premières séances de me prévenir qu'il est très lourd. Monsieur N. veut me ménager de son poids physique ou psychique ?

S'agit-il de *me* ou de *se* ménager ? Il craint que je ne « *le laisse tomber* ». Ces mots ne sont pas anodins. Craint-il que je le laisse tomber corporellement et relationnellement ? Que je cède sous sa présence, et ne sois pas assez solide pour le soutenir, mentalement et physiquement ? *Le laisser tomber* dans cette posture supposerait que Monsieur N. se retrouve une nouvelle fois seul face à son Moi désorganisé. En effet, le portage qu'induit cette médiation renvoie directement à la période archaïque du portage maternel, de nouveau.

De fait, mon ancrage corporel et psychique ne peuvent être défaillants dans ce portage. Il assure la continuité et la fiabilité de la confiance relationnelle déployée sur le cadre entier. Cette confiance s'installe progressivement au fil du temps et de la répétition des mobilisations. Monsieur N. apprivoise mon contact et le support psychocorporel que je lui propose de semaines en semaines.

Haag insiste sur le fait que l'appui-dos associé au regard, à l'enveloppe sonore et à l'émotion dans le portage participe activement à la formation du sentiment basal de sécurité et d'intégrité des premières enveloppes. Dans la psychose, la perception de l'arrière-plan fait défaut. La contraction musculaire constante peut notamment être comprise comme une « autotenuë » de soi (Ciccone, 2001, p.90), lorsque l'espace arrière est synonyme de vide. Monsieur N. est habité par une angoisse de chute corporelle sans soutien possible de l'environnement physique. Le simple fait d'intercaler ma main entre son bras et le tapis lui permet de relâcher son poids dans mon autre main. Par le portage et la *bonne intention* présente dans le dialogue tonico-émotionnel, pendant un instant, relâcher la tension et donner son poids ne risquent pas l'anéantissement du Moi. Lors de la dernière séance, ses jambes contenues et progressivement soulevées dans un tissu sont ressenties comme « *sécurisées* ». Il s'excuse alors de « *relâcher son poids* », et peut au retour au sol, me confier ses angoisses corporelles peut-être « remontées à la conscience » à cette occasion.



## **C. Le mouvement**

Le rôle du mouvement coordonné et maîtrisé, issu de la combinaison de schèmes moteurs centripètes menant à l'axialité corporelle, est essentiel dans l'autonomie du sujet unifié. A ce propos, Haag disait : « les avenues de la motilité contrôlées par un moi primitif [...] participent à dégager le moi séparé, autonome de la peau commune » (Haag, p.130, 2018).

Dans les mobilisations, il est question d'effectuer des mouvements articulaires simples, primaires. Par la répétition structurée et rythmée du mouvement, Monsieur N. semble retrouver « *la circulation* » harmonieuse d'une motricité primitive sinon coûteuse. Par les mobilisations et le relâchement tonique, c'est le mouvement intérieur qui reprend : « *les papillons qui se diffusent* » et « *le sang qui circule* ». A travers les mouvements respiratoires, Monsieur N. peut retraverser son rythme interne biologique. Réguler sa respiration, c'est remobiliser le schème de mouvement le plus primitif, le plus archaïque, fondateur de notre présence vivante au monde. Pour reprendre les mots de Monsieur N., le schème de la respiration réveille en partie « *la fraîcheur qui circule dans tout le corps* ».

Par ce biais, sont proposés des outils à Monsieur N. et Monsieur K. pour gérer au mieux les montées d'angoisses, décrites par tous deux comme agissant telle une enclume à l'endroit du plexus.

Avec Monsieur K., la régulation tonico-posturale axiale est au centre du travail entrepris. Nous alternons entre posture de relâchement en extension du tronc (reposé sur l'Autre) et recrutement progressif vers sa flexion, régulé par le dialogue tonique. Ces mouvements lui donnent la possibilité d'osciller entre posture d'enroulement, de retour à Soi et posture d'ouverture, de don à l'Autre dans un mouvement progressif et structuré par la respiration. Dans une dynamique de portage alternant, nous sommes tous deux agents du mouvement commun. Dans ce dispositif, Monsieur K. est également libre de ré-expérimenter le schème de mouvement tête-coccyx qui, selon Auguste (2020) permet de « profiter des possibilités d'une colonne vertébrale flexible et sensuelle et concourt à développer une perception individuelle du monde ». Ainsi, en fin de séance, il verbalise son ressenti de détente, qu'il

perçoit notamment au travers de sa posture assise enroulée, en nous faisant part du rôle de la respiration, dans l'accès à cette détente corporelle.

## **2 - De la sensation à la perception**

### **A. Ressentir**

Au début du suivi, Monsieur N. est anxieux et méfiant vis-à-vis du principe même de porter son attention sur son corps. Il verbalise de manière défensive à l'annonce du travail de mobilisation corporelle que son corps est « *déjà souple* » et apprivoise la médiation dans une grande vigilance. Il ne peut fermer les yeux ni s'installer dans une respiration lente et régulière. Lors des premiers mouvements, Monsieur N. accompagne mes mains voire les dicte, dans un fort recrutement tonique. Se rendant compte de son état de non-relâchement, il me demande beaucoup de lui traduire son corps et s'inquiète de ne pouvoir « *le contrôler* ».

La confiance grandissant, Monsieur N. peut progressivement accéder à un relâchement musculaire notoire, jusqu'à ce qu'il puisse ne plus accompagner le mouvement et me laisser guider pleinement ses membres. Passant d'un ressenti circonscrit à la *lourdeur* ou la *légèreté*, il peut exprimer la *fraîcheur*, les *papillons* ou la *diffusion*, perçus en fonction des mobilisations, de leur mouvement et du placement de mes mains. Le ton interrogatif dans la voix de Monsieur N. s'éteint progressivement pour laisser place à des verbalisations affirmées. Lors des dernières séances, il peut assurément dire ne plus avoir « *pensé à rien* » sauf à ne pas contrôler son corps, à le relâcher pour pouvoir accéder à ses sensations. Il semble alors rechercher progressivement cette « *circulation interne* » et investit petit à petit la perception de son vécu corporel, jusqu'alors farouchement mise à distance. De même, le temps de pré-reprise, où il peut rester seul « dans ses perceptions corporelles » avant de se redresser, passe de quelques secondes à cinq bonnes minutes.

Monsieur K. ferme les yeux, se recentre fortement pour pouvoir maîtriser les afférences extérieures venant brouiller « *sa concentration* » sur son corps, l'accès à son corps perçu. Attentif aux

tensions musculaires, sa demande d'étirements est assez précise et authentique. Les sensations semblent recherchées, mais difficilement atteignables. Monsieur K. se saisit rapidement des stimulations osseuses (percussions, vibrations). A travers la conduction des vibrations, il peut percevoir la continuité et l'articulation interne du dur du corps. Dès la deuxième séance, il montre un accès au relâchement musculaire franc et accède à des ressentis corporels dans des zones plus précises du corps. Apparaissent alors la « *légèreté* » et la « *détente* ». Malgré un bon investissement du travail corporel et une progression prometteuse du rapport au corps perçu, nous ne pouvons poursuivre plus longtemps le travail engagé.

## **B. Affects**

Je me rappelle voir progressivement se dessiner des sourires gênés ou incontrôlés sur le visage de Monsieur N. pendant les mobilisations. D'abord silencieux et incompris, ils accompagnent et étayent rapidement les verbalisations de Monsieur N.. Le sourire de prestance face à un vécu inhabituel cède sa place au plaisir de ressentir la *circulation interne*, les *papillons diffusés* ou la *sécurité* du portage. Les verbalisations sollicitées et incertaines, ayant besoin d'être grandement étayées, se transforment en expression spontanée, expressive et authentique de ses vécus pendant les temps de mobilisations. Enfin, Monsieur N. peut préciser progressivement quelles parties sont plus ou moins présentes dans son ressenti et passe d'un vécu binaire de l'ensemble du corps à des seuils sensoriels plus ou moins appréciés. Il repart alors souriant, « *content* » d'avoir pu reprendre « *le contrôle de [son] corps* » à travers ses perceptions momentanément. Aussi, j'observe progressivement Monsieur N. plus engagé et expressif dans les espaces informels, dans notre relation ou avec les autres soignants et patients de l'unité.

## **C. Représentation**

Monsieur N., très attentif aux mots choisis, est en difficulté en début de suivi pour varier d'un ressenti symbolisé par la lourdeur ou la légèreté. Il se sent alors frustré par cette impossibilité à pouvoir « *trouver les bons mots* », à les diversifier. Lors des premières séances, nous parcourons ensemble différentes façon d'exprimer son vécu, par de multiples propositions d'adjectifs, des couleurs, des images, etc. A l'issue du travail détaillé ci-dessus, il peut accéder à la perception de « *picotements* » que lui-même associe à des papillons. Également, l'image du « *pouls* » ou du « *sang qui circule* » vient inscrire ses perceptions internes. La chair de poule à ce moment-là endosse un rôle précieux de représentation de « *la fraîcheur* » du vécu corporel propre. Enfin, il accède à la nomination de ce ressenti archaïque de chute qu'il peut authentiquement qualifier de mi-fascinant mi-angoissant, en fin de suivi. Il semble alors rassuré de pouvoir déposer son vécu de « *ses appuis de sécurité* » et de ne plus y être soumis momentanément.

Avec Monsieur K., le miroir a pu étayer ses représentations corporelles. Ainsi, il peut s'assurer de se tenir droit, s'observer posturalement et nous faire part de ses inquiétudes quant à la physiologie de son corps. A l'issue de notre dernière séance, il fait le lien entre le relâchement du tonus axial en posture assise et la détente corporelle, et ne l'impute plus seulement à ce qu'il pensait être une malformation physiologique.

## **3 - Séparation**

Avec Monsieur N. en particulier, par le portage, le toucher et le positionnement respectif soignant-soigné qu'implique la médiation choisie, une relation thérapeutique contenant, voire maternante, s'est installée. Lors de son retour en détention, il faut penser la séparation et y donner du sens : se séparer sans arracher son enveloppe, sans rompre sa contenance propre dont il a pu entamer la réédification dans cet environnement. Lors de la dernière séance, le tissu est là pour médiatiser le

toucher, instaurer un tiers matériel entre nos deux corps, tout en restant dans cette dynamique contenante. Monsieur N. peut alors l'investir pour y déposer son vécu archaïque, pour recontacter son propre vécu corporel inscrit profondément.

Monsieur N. voulait fermement depuis plusieurs semaines repartir en détention. Ainsi, de bonne humeur grâce au plein de « *bonnes nouvelles* », nous effectuons le bilan du travail réalisé ensemble, en présence de ma maîtresse de stage. Nous livrer son vécu corporel archaïque à cette occasion, est peut-être d'une certaine manière le signe qu'il a, à un moment, repris « *la responsabilité de son corps* », de la perception de son vécu. Nous ne manquons pas de lui signifier l'importance du travail qu'*il* a accompli et de lui souhaiter une bonne continuation pour la suite.

Le contenu des séances avec Monsieur K. s'axe autour du corps sportif par le biais des étirements. La séparation n'a pu aussi bien être préparée. Néanmoins, une certaine distance peut être conservée dans le temps qui nous est imparti, par ce travail fonctionnel autour de ses tensions tout en plaçant au centre la modulation tonique et le vécu corporel de Monsieur K.. Nous travaillons alors autour de la prise de conscience du système osseux, de la respiration et de sa capacité à identifier précisément ses tensions. En fin de suivi, il s'agit de donner des clés, des outils pour moduler et percevoir ses ressentis corporels.

### **III - Composer avec le cadre**

#### **1 - Modalités complexes de la rencontre corporelle**

##### **A. La thérapie à médiation corporelle dans ce cadre**

A l'UHSA, sont reçus en séance des sujets impactés par la souffrance psychique. Bien souvent, l'intégrité psychocorporelle toute entière des individus s'est vue à de multiples reprises attaquée dès la

prime enfance, requérant alors inconsciemment l'installation de nombreuses défenses pour avancer plus ou moins sereinement dans la vie. De plus, l'incarcération est une donnée principale dans notre rencontre. Ces sujets furent amenés, dans une infinité de circonstances différentes, à sortir du cadre de la Loi pour être enfermés en marge de la société. Allant du grand crime médiatique au petit trafic de rue, les passages à l'acte qui concernent les personnes à l'UHSA sont pluriels et signent bien souvent un défaut de limite, de représentation et/ou d'élaboration du vécu. Les sujets rencontrés dans ce contexte clinique particulier sont d'emblée installés dans un rapport au monde, à l'Autre, à l'environnement et à soi décalé des aptitudes habituelles.

« *La psychomotricité, c'est là où l'on s'occupe du corps* » est la phrase que j'ai souvent répétée aux patients désorganisés s'interrogeant sur notre rôle dans leur parcours de soin. Quand il est question de *passer par le vécu du corps* pour un mieux-être de la personne, les réactions sont multiples dans un contexte où il est à la fois l'ultime propriété du sujet tout en étant le vecteur même de sa détention. Ajouté à cela, dans la psychose, il est à la fois celui dont on se défend et celui dont on veut retrouver l'intégrité. Malgré ce paradoxe corporel, vécu singulièrement par le patient, un principe essentiel ressort du travail corporel à l'UHSA : lorsque le corps est contenu, réorganisé et ressenti comme unité, la désorganisation psychique s'amointrit drastiquement. A ce propos, j'eus l'occasion d'assister à des sessions d'enveloppement sec de ma maîtresse de stage avec des patients en grande désorganisation psychocorporelle. Dans son enveloppement serré et contenant, le patient se montrait alors progressivement accessible à l'échange verbal qui gagnait en clarté et en authenticité. Les prescriptions médicales pour la psychomotricité sont nombreuses à l'UHSA, à juste titre.

## **B. Temporalité psychocorporelle**

La réunification du corps permet une avancée notoire sur le plan de l'organisation de la pensée, et à l'inverse, la stabilisation psychique étaye l'unité corporelle. Néanmoins, la réédification pérenne de l'unité psychocorporelle du sujet nécessite du temps et la répétition des expériences vécues en

psychomotricité est primordiale pour empreindre une représentation de soi globale, unifiée et contenue.

C'est face à l'impasse du contexte que je me suis trouvée en fin de suivi avec Monsieur N. et Monsieur K.. La stabilisation symptomatologique pour ces deux patients a été le point de départ aux démarches de retour en détention, catalysées par leur propre volonté. Or, stabilité psychique ne veut pas dire structuration psychocorporelle. Nous avons accès en psychomotricité à tout ce qui peut être dit autrement que par les mots, au langage du corps. En fin de suivi avec Monsieur N. et après le début seulement avec Monsieur K., ce sont les mots qui ont pris le dessus. Organisés et affirmés, ils mènent ces deux patients à retourner en détention quand le corps, lui, commence tout juste à s'exprimer. Si la psyché est maintenue, le corps a besoin de temps et d'accompagnement pour se réinscrire dans un rapport à l'environnement organisé. Cette angoisse d'effondrement qui habite Monsieur N. dans ses profondeurs archaïques nécessiterait davantage de séances pour être comprise et accompagnée. De même, Monsieur K. a besoin de temps pour réaffirmer son corps propre comme pilier à son existence en tant que sujet, pour l'ancrer dans l'environnement et lui redonner son rôle de référence perceptive d'un espace-temps sensé, unifié et continu. Ces patients nécessiteraient un travail en profondeur de réappropriation de l'unité psychocorporelle et semblent avoir besoin d'être accompagnés sur plusieurs mois pour ne pas basculer dans la chronicité de la schizophrénie.

Même si le temps est pris à l'UHSA, pour une prise en soin optimale du patient, Monsieur N. et Monsieur K. font partie de cette panoplie de patients dans l'entre deux, dont l'hospitalisation nous rappelle que la maladie mentale en détention n'a pas de temps à nous octroyer. L'adhésion aux soins de ces jeunes patients dépend également de la perspective du retour en détention. Ainsi, à propos de Monsieur K., la médecin me disait « *On va le perdre s'il ne s'en va pas bientôt* ». *Le perdre* signifierait perdre son assiduité aux soins et mettre en péril la suite de sa prise en charge médicale intra-carcérale.

Ces patients sont organisés, en surface et fragilement, mais assez pour pouvoir léguer leur place à

une autre personne détenue en souffrance qui attendrait de bénéficier du soin de l'UHSA ; et la liste d'attente est longue. Alors, face à ce cadre psychiatrico-carcéral où la demande est insatiable, nous sommes contraints d'accepter d'être inclus dans un système dont les rouages suscitent l'humilité et l'acceptation devant le retour du patient dans le milieu pathogène dont il est arrivé.

## **2 - Planter des graines**

La psychomotricité c'est *l'art de planter des graines de résilience*. Après quatre ans d'expériences professionnalisantes, cette phrase entendue en première année résonne encore et illustre justement ma psychomotricité en fin d'études. Avec un peu de soi, de notre corps, notre empathie, nous traversons avec le patient des expériences corporelles qui vont mobiliser certaines facultés endormies, éclairer des zones d'ombres, stimuler le flux là où il semble cristallisé, etc. Grâce aux expériences du corps, nous accompagnons le sujet dans un mieux-être global tout en laissant des traces du vécu psychocorporel ; tout en plantant des *graines* singulières à chacun des suivis.

### **A. Cultiver la terre**

Les parcours de Monsieur N. et Monsieur K. ont abîmé et continuent d'impacter leur structuration psychocorporelle. Néanmoins, malgré les intempéries et les mauvais engrais, leur terre reste fertile et la mémoire corporelle ne fléchit pas. A propos de ce patient, reparti en détention pendant trois semaines, puis revenu à l'UHSA, un contact s'est rétabli entre nous, quelques jours après son retour. Dans un discours désorganisé mais compréhensible, il me citait ses souvenirs de nos séances, et pouvait avec précision lister les expériences partagées jusqu'à énoncer le titre de la chanson sur laquelle nous avons travaillé à certains moments. De même, une patiente revenue à l'UHSA sept ans après son premier passage, se souvenait instinctivement de ma maîtresse de stage et de quelques expériences corporelles partagées avec elle.



La mémoire corporelle signe la fertilité du corps qui, malgré tout, peut résister aux aléas environnementaux subis. Pour cultiver cette fertilité, il a fallu soulever avec précaution la bâche qui étouffait la vie intra-corporelle. Ce pare-excitant qu'est la tonicité protectrice a été momentanément levé, pour proposer des expériences, des vécus, des graines. Pour laisser en mémoire quelque part, que le corps source d'angoisse n'est pas qu'un fardeau à gérer, mais qu'il est, au contraire, constitutif de leur être.

## **B. La gaine relationnelle**

« L'identification au thérapeute, qui suit l'identification du thérapeute, donne au corps sa place d'objet à aimer. Devenu un bon objet intérieur, le thérapeute permet, en même temps, la perception et une action maîtrisante du sujet sur lui-même. [...] Ce qu'il emportera des séances, [...] lui servira de garant d'un espace personnel maîtrisable ». (Pous, 1995, p.65)

Le psychomotricien et le patient entretiennent une relation particulière, dans laquelle le toucher, le portage, la voix et la respiration mettent le corps et son langage au cœur de l'intersubjectivité. Si Monsieur N. et Monsieur K. repartent en détention avec des souvenirs dans la mémoire du corps, c'est probablement teintés par la relation qu'ils se sont inscrits. La relation thérapeutique qui accompagne les expériences psychocorporelles traversées serait alors une gaine protectrice des obstacles à l'implantation des graines de résilience.

C'est ici tout l'air de la séparation qui consiste à faire comprendre au patient que cette gaine est essentielle à la semence de la graine, néanmoins lui seul reste le maître de sa vie psychocorporelle, de son enracinement puis de sa métabolisation. Je mets sur ce compte les derniers mots échangés en psychomotricité avec Monsieur N., lui soulignant que c'est le travail entrepris ensemble, dont il fut le principal acteur, qui lui a permis de prendre conscience de « *ses appuis de sécurité* » ; remarque à laquelle il souriait avant de se lever et quitter la salle.

### **3 - Ici et maintenant**

#### **A. Le tournis de l'étiologie**

Développer ce mémoire sur l'unité psychocorporelle de patients psychotiques rencontrés à l'UHSA ne pouvait selon moi se faire sans ce parallèle incessant entre psychose et détention. Elles sont toutes deux intriquées dans un rapport complexe et indissoluble dans la désorganisation mentale et corporelle de Monsieur N. et Monsieur K. lors de nos rencontres.

Foucault disait : « [...] plus on envisage comme un tout l'unité de l'être humain, plus se dissipe la réalité d'une maladie qui serait unité spécifique ; et plus aussi s'impose, pour remplacer l'analyse des formes naturelles de la maladie, la description de l'individu réagissant à sa situation sur le mode pathologique » (1995, p.11). Envisager comme un tout l'unité de l'être humain, c'est accepter humblement de ne pas avoir la réponse à la question : *qui de la poule ou de l'œuf?*

La psychose impacte bruyamment l'organisation psychocorporelle de Monsieur N. et Monsieur K.. La détention l'altère fondamentalement également. Enfin, c'est leur identité subjective et leur personnalité qui reçoivent et gèrent ces deux éléments pathogènes de manière singulière. Comment s'imbriquent les répercussions psychocorporelles de la vie carcérale avec celles de la psychose ? Qu'est-ce qui était là avant, qu'est-ce qui ressurgit le plus, qui a touché quoi, où et comment ? Les réponses me sont inaccessibles. L'unique réponse que je peux apporter à cette énigme étiologique est de ne pas en avoir. Il s'agit simplement d'être consciente de ce qu'impliquent indépendamment psychose et détention. D'avoir en main les outils pour pouvoir au mieux accueillir le patient dans son vécu psychocorporel subjectif face à la complexité de leur situation.

#### **B. Recentrage et confiance**

La clinique de l'UHSA vient mobiliser mon positionnement à plusieurs niveaux. Les patients que j'ai rencontrés ont tous, à différentes échelles, bousculé mes représentations, et sollicité mon vécu personnel face à la maladie mentale et face à ce monde opaque de la prison. Ils m'ont appris tout au

long de cette année à équilibrer ma posture entre distance personnelle et relation thérapeutique, entre protection de mon for intérieur et perméabilité de mes propres enveloppes psychiques et corporelles. Aller contacter, de l'intérieur, le vécu corporel psychotique et détenu, fait réagir quant aux conditions carcérales, au poids de la stigmatisation sociale, à l'opacité clinique de la psychose, à l'enfermement de personnes malades.

L'humilité face au cadre et le recentrage au contact des patients, pour se focaliser sur leur besoin et leur vécu psychocorporel propre et singulier, a été nécessaire. J'ai alors tenté de pratiquer la clinique de *l'ici et maintenant*, la clinique du *planter des graines*. Ces deux pratiques impliquent un point fondamental de ma posture de future psychomotricienne : faire confiance. Faire confiance au patient, confiance dans sa fertilité psychocorporelle, accepter de ne pas être tout-puissant, proposer des clefs et de laisser le sujet s'en servir à sa guise. Placer le « patient-détenu » aux rênes de son histoire psychocorporelle, au commandement de sa présence au monde, au centre de « *ses responsabilités* ».

## CONCLUSION

*« On perd la conscience, on n'a plus de repères, plus de sens, l'impression de plus être à l'écoute de soi-même... Et puis, on perd la dignité, c'est un désaveu complet de Soi. »* (Hauter, 2007-présent). Ces quelques mots émanent du témoignage d'un homme, questionné à propos de son « vécu psychotique ».

A travers ces histoires, et les différentes rencontres avec les patients et leur vécu psychocorporel, j'ai pu constater de près ou de loin l'anéantissement massif de l'unité du sujet que provoque le trouble psychotique. Chez Monsieur N., les liens entre les parties du corps ne sont plus, cette déliaison impacte fondamentalement sa structuration spatio-temporelle. Monsieur K. se vit dans un corps sans ancrage, qui chute continuellement dans le vide. Le corps et les pensées se diluent, se morcellent, s'éparpillent dans l'environnement, et le sujet se voit dépourvu d'enveloppes psychocorporelles stables. Enfin, la maladie psychotique vient faire barrage entre l'individu et ses perceptions corporelles, elle lisse par la même occasion ses affects et appauvrit ses représentations.

En parallèle, la détention impose à l'individu sa désubjectivation par l'isolement, Monsieur K. perd ses mots et Monsieur N. se présente froid, hostile, sans émotion. L'enfermement impacte drastiquement les capacités motrices et perceptives des personnes incarcérées. La prison prive le sujet du corps mouvant, du corps en relation, du corps inscrit et inclus dans une réalité commune à l'Humain. Elle abrase le monde du sensible et du perceptif, de la représentation, et ancre l'identité d'un corps-détenu par Autrui.

Les patients que je rencontre à l'UHSA semblent pâtir d'une double dépossession de leur corps propre. Il cesse alors d'être « au cœur du monde ce petit noyau utopique » (Foucault, 1966) à partir duquel l'être humain vit et perçoit sa réalité. Soumise à la peine carcérale et à la peine psychotique, l'unité psychocorporelle de l'individu est fondamentalement atteinte.

Monsieur K. et Monsieur N. m'ont tous deux donné à voir et à sentir, une camisole psychocorporelle fermement installée face à ce vécu angoissant du corps-étranger. Nous avons œuvré, en psychomotricité, à étayer ces deux jeunes hommes dans la re-structuration d'enveloppes stables au sein desquelles, le corps a pu retrouver la faculté de s'exprimer de manière organisée et non traumatisante. L'objectif fut alors d'accompagner ces derniers à l'écouter, à trouver du sens dans le vécu corporel pour le faire sien ; et ce, dans un environnement thérapeutique contenant favorisé par un cadre stable et sécurisant, la présence bienveillante de l'Autre et les médiations utilisées. Ce faisant, Monsieur N. et Monsieur K. ont engagé progressivement un travail de restauration du dialogue entre corps et psyché étayant une présence ancrée dans le monde. L'inscription singulière de celui-ci dans leur vécu, signe l'amorce d'un long processus de restructuration de l'unité psychocorporelle, dont l'aboutissement est le fruit d'un travail sur le long terme.

Le psychomotricien à l'UHSA s'attache à réduire ce vécu du corps-Autre, du corps dénaturé, du corps dissocié. Il ne s'agit pas d'adapter les sujets à la prison, ni d'engendrer une mise à mal trop importante des défenses psychocorporelles qui occasionnerait une souffrance lors du retour en détention. Dans ce jeu d'équilibre subtil, la psychomotricité s'inscrit dans l'ici et maintenant d'une complexité entre temporalités psychiatriques, psychocorporelles et carcérales. En prenant en soin l'individu dans son environnement complexe, nous œuvrons à ré-impulser le vécu d'un corps anesthésié, re-mobiliser les liens psychocorporels en proposant du mouvement interne, retrouver une « *circulation à l'intérieur* » quand les murs barrent solidement le mouvement externe.

« Dans les murs ou hors les murs, c'est en soi que se trouve cet espace de liberté. L'expérience corporelle par le ressenti ouvre cet espace intérieur et fait habiter le présent pour construire le devenir. » (Oulanier-Zanette, 2002, p.98) Par les graines déposées, les traces sensori-motrices inscrites dans la mémoire corporelle, l'individu peut contacter une présence au monde unifiée psycho-corporellement, contenue dans l'environnement et continu dans le temps. Ces outils intégrés

en lui font corps avec son existence, pour pouvoir évoluer au mieux dans ses conditions de vie. Ils peuvent aussi permettre au sujet de s'engager, une fois hors des murs, dans un travail de « libération du carcéral en soi » (Le Corre, 2018, p.285), face à la liberté qui peut à son tour être vertigineuse et déstabilisante.

## BIBLIOGRAPHIE

- Allard, E. (2018, 29 avril). *LE CORPS UTOPIQUE de Michel FOUCAULT*. Les belles phrases. <https://lesbellesphrases264473161.wordpress.com/2014/12/29/le-corps-utopique-de-michel-foucault/>
- André, P., Benavidès, T., & Chanchy-Giromini, F. (1996). *Corps et psychiatrie*. Heures de France.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Anzieu, D., Doron, J., Houzel, D., Missenard, A., Enriquez, M., Anzieu, A., Guillaumin, J., Lecourt, E., & Nathan, T. (2003). *Les enveloppes psychiques*. Dunod.
- Berbudeau, B. (2015, 14 septembre). *Art Cru - Winnicott : La crainte de l'effondrement*. Ateliers Art-Cru. <https://www.art-cru.com/textes-theoriques/des-theoriciens-pour-travailler/winnicott-la-crainte-de-l-effondrement>
- Chamond, J., Moreira, V., Decocq, F., & Leroy-Vémon, B. (2014). La dénaturation carcérale : pour une psychologie et une phénoménologie du corps en prison. *L'information psychiatrique*, 90(8), 673-682. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1252>
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Collège national des universitaires en psychiatrie & Association pour l'enseignement de la sémiologie psychomotrice. (2014). *Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie*. Rabelais.
- Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Grego.
- Di Rocco, V. (2006, octobre). « *Qui est là ?* » *Échecs de la symbolisation et symbolisation des échecs de la symbolisation dans les problématiques psychotiques*. (Thèse). [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2006/dirocco\\_v#p=0&a=top](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2006/dirocco_v#p=0&a=top)

Englebert, J. (2013). *Psychopathologie de l'homme en situation*. Hermann.

Fontaine, P. (2014). La psychose et les frontières de la folie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 117(2), 8-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0008>

Foucault, M. (1995). *Maladie mentale et psychologie* (Quadrige Grands textes éd.). PUF.

Gaucher-Hamoudi, O. (2007) Le portage au travers d'une pérégrination d'une psychomotricienne. *Thérapie psychomotrices et recherches*, 151, 2-12.

Haag, G. (2018). *Le Moi corporel*. PUF.

Hauter, C. (2007, 23 mai). *Psychoses : Bertrand* [Enregistrement radiophonique]. Arte Radio. [https://www.arteradio.com/son/24112/psychoses\\_bertrand](https://www.arteradio.com/son/24112/psychoses_bertrand)

Herszberg, C. (2006). *Fresnes, histoires de fous*. Seuil.

Houzel, D. (2018, 31 août). *Le concept d'enveloppe au regard des apports de Geneviève Haag*. [Conférence] Geneviève Haag, le moi corporel... enfin !, Cippa. [https://www.psynem.org/Hebergement/Cippa/Activites/Espace\\_professionnel/Videos/Haag\\_moi\\_corporel](https://www.psynem.org/Hebergement/Cippa/Activites/Espace_professionnel/Videos/Haag_moi_corporel)

Jacob, C. (2001). Les transferts archaïques. *Imaginaire & Inconscient*, 2(2), 47. <https://doi.org/10.3917/imin.002.0047>

Le Corre, M. (2018). Évaluation des patients privés de libertés. Dans Albaret, J., Giromini, F., & Scialom, P. (dirs). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Vol. 5, p. 277-285). De Boeck.

Lecu, A. (2012). *La Prison, Un Lieu de Soins ?* Les Belles Lettres.

Loureiro, A., & Lesage, B. (2017). *Schémas Systèmes 2020*. IRPECOR. <https://www.irpecor.com/formations-2020/134-schemes-systemes-2020.html>



Oulanier-Zanette, C., & Robineau, J. F. (2002). L'espace de l'enfermement - La psychomotricité en milieu carcéral. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 129, 90-99.

Pankow, G. (1993). *L'Homme et sa psychose*. FLAMMARION.

Pous, G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses*. L'HARMATTAN.

Robert-Ouvray, S. (1997). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.

Saraga, M., & Gasser, J. (2005). Épreuve de réalité et psychose chez Freud. *Psychothérapies*, 25(2), 109-115. <https://doi.org/10.3917/psys.052.0109>

*Statistiques de la population détenue et écrouée*. (2020, 29 décembre). justice.gouv.fr.

<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detenu-et-ecrouee-32891.html>

Szczepaniak, M. (2016). Le vécu du corps à travers la pratique de la musculation. *Le Journal des psychologues*, 334(2), 49-54. <https://doi.org/10.3917/jdp.334.0049>

Vinciguerra, R. P. (2009). L'objet voix. *La Cause freudienne*, 71(1), 134-140.

## RÉSUMÉ

La psychiatrie carcérale tente de répondre à la nécessité grandissante de soins, face à la maladie mentale rencontrée en détention. L'UHSA propose d'extraire momentanément de la prison ces sujets incarcérés en souffrance psychique, pour leur permettre d'être hospitalisés à temps plein. C'est dans ce cadre que je rencontre une multitude de personnes qui portent en elles les répercussions psycho-corporelles de l'enfermement mélangées à celles de la maladie psychotique. Au fil des rencontres, riches en ressentis, je fais face à la double mise en péril de l'unité psychocorporelle que vivent ces individus. Détenu par la Justice et démantelé par le trouble psychotique, le corps semble alors être dépossédé du sujet qui l'habite.

Cet écrit tente de mettre en lumière cette problématique à travers mes rencontres avec ces patients, particulièrement avec Monsieur N. et Monsieur K. La thérapie psychomotrice se propose d'apporter quelques réponses par l'accompagnement du sujet vers la réappropriation de son corps, dans ce contexte psychiatrico-carcéral singulier.

**Mots-clés :** *trouble psychotique - prison - unité psychocorporelle - perception - enveloppes.*

## ABSTRACT

Prison psychiatry is trying to respond to the growing need for care in mental illness encountered in detention. UHSA proposes to extract temporarily from prison these incarcerated subjects in psychological suffering, to allow them to be interned full-time. It is within this framework that I meet a multitude of people who carry within them the psycho-corporal repercussions of confinement mixed with those of psychotic illness. In the course of these encounters, rich in feelings, I am confronted with the double jeopardy of the psycho-corporal unity that these people experience. Detained by Justice and dismantled by the psychotic disorder, the body seems to be dispossessed of the subject that inhabits it.

This paper attempts to shed light on this question through my encounters with these patients, particularly with Mr N. and Mr K. Psychomotor therapy proposes to provide some answers by accompanying the subject towards the reappropriation of his body, in this singular psychiatric-prison context.

**Keywords :** *psychotic disorder - prison - psycho-corporal unity - perception - envelopes.*