



HAL
open science

**La schizophrénie, une histoire de contenance : apport
d'un cadre contenant dans la prise en charge
psychomotrice de patients schizophrènes en Unité pour
Malades Difficiles**

Manon Péturaud-Pouchet

► **To cite this version:**

Manon Péturaud-Pouchet. La schizophrénie, une histoire de contenance : apport d'un cadre contenant dans la prise en charge psychomotrice de patients schizophrènes en Unité pour Malades Difficiles. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03328433

HAL Id: dumas-03328433

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03328433v1>

Submitted on 30 Aug 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

La schizophrénie, une histoire de contenance

Apport d'un cadre contenant dans la prise en charge psychomotrice de patients
schizophrènes en Unité pour Malades Difficiles

PETURAUD-POUCHET Manon

Née le 7 mars 1998 à La Réole (33)

Directeur de Mémoire : Éric ROUVEYROL

Juin 2021

Remerciements

Je remercie en premier lieu Éric Rouveyrol, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je remercie Sarah Pignol, ma maîtresse de stage durant cette dernière année, pour ses relectures, ses conseils et son investissement. Ainsi que l'ensemble de l'équipe d'Ergothérapie pour leur accueil et nos échanges.

Je remercie également mes maîtres de stage de deuxième année, Stéphanie Garcia et Françoise Mounier, pour le partage enrichissant de leurs pratiques.

Je remercie tous les patients que j'ai pu rencontrer durant ces trois années de formation, de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis d'apprendre à leurs côtés.

Je remercie l'Institut de Formation en Psychomotricité, ainsi que l'ensemble des professionnels, pour leur adaptation et leurs enseignements.

Un immense merci à mes parents, sans qui tout cela n'aurait pas été possible. À ma maman pour ses relectures, son œil nouveau et son soutien sans faille. À Jérémy pour ses encouragements et sa confiance. Merci à vous de croire en moi.

Merci à l'homme qui partage ma vie, merci de m'avoir porté et supporté tout au long de ce cheminement.

Merci à Agathe, pour ta présence, ta lucidité, nos fou-rires, merci pour cette belle amitié.

Merci à Pauline et Marie, pour ces trois belles années, beaucoup plus colorées à vos côtés.

Enfin, merci au G3, mon groupe de pratique, pour cette bienveillance en toutes circonstances, merci pour ce cadre d'expériences contenant.

« Il nous apparaît que le soin bien conçu coïncide avec son cadre. La réalité psychique du patient vient s'engager, puis se lover dans ce cadre, qui l'enveloppe. Et c'est en entrant dans le cadre que le patient entre dans sa tête. »

Paul-Claude Racamier

L'esprit des soins : Le Cadre

Sommaire

INTRODUCTION	6
CHAPITRE 1. GENÈSE DES ENVELOPPES ET DE LA FONCTION CONTENANTE	8
A. Définitions des concepts	8
B. La contenance au fil de la vie	9
C. Schéma corporel et image du corps	19
CHAPITRE 2. LA SCHIZOPHRÉNIE.....	25
A. La schizo quoi ?	25
B. Le schizophrène et ses enveloppes	39
CHAPITRE 3. LA PSYCHOMOTRICITÉ AU SERVICE DE LA CONTENANCE	45
A. Présentation de l'Unité pour Malades Difficiles	45
B. La contenance dans la pratique psychomotrice	50
CHAPITRE 4 : CAS CLINIQUES	61
A. Prise en charge individuelle : M. S.	61
B. Prise en charge groupale : M. P.	71
CONCLUSION GÉNÉRALE	82
ANNEXES	83
BIBLIOGRAPHIE.....	87
TABLE DES MATIÈRES	93

Introduction

Depuis toujours, l'univers psychiatrique m'attire énormément. C'est pour cela que j'ai toujours orienté mes choix de stage vers ce milieu.

Après avoir effectué un stage en Foyer d'Accueil Médicalisé auprès de personnes psychotiques stabilisées et un stage en Service Médico-Psychologique Régional auprès de détenus, je m'intéresse pour ma troisième année à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD). Quand je parle de mon envie à mon entourage, la plupart des retours sont réticents « *Mais que vas-tu faire là-bas ? Tu es folle !* », « *Tu vas chez les fous dangereux ?!* », « *Mais tu n'as pas peur ?* », « *En es-tu réellement capable ?* ». Je me rends alors compte de la représentation négative et apeurée du grand public, véhiculée par les médias, sur ces institutions et notamment sur la population accueillie.

Personnellement, ma représentation en était tout autre, je ne ressentais pas de peur et n'étais pas négative quant à la population présentée, j'étais plutôt curieuse de savoir ce qu'on pouvait y faire et plus particulièrement le travail d'un ou d'une psychomotricienne. De nature plutôt discrète, mon entourage était surpris de ce choix de stage. Pour moi, ce choix est plutôt une vocation, ce milieu psychiatrique m'anime. Les maladies présentes étant pour la plupart des maladies de la relation, les personnes ont des difficultés d'être au monde et d'entrer en contact. J'ai eu envie d'aller à la découverte de leur monde, de dépasser cette représentation qui gravite autour du milieu psychiatrique. La dimension relationnelle est, je pense, au cœur du travail avec ces patients, j'ai envie de creuser cette voie et d'aller à leur rencontre, qui plus est, singulière à chaque patient, avec un éventail de possibilités de travail, selon les personnes, les personnalités et les pathologies.

Ayant grandi proche d'une UMD, je décide de faire ma demande de stage. Une fois de l'autre côté des murs, je me rends compte que les représentations du grand public, d'agressivité perpétuelle, de peur constante, ne sont pas si exactes. Je n'assiste à aucun passage à l'acte, je ne ressens pas cette peur que l'on a voulu me transmettre, alors que je suis quand même entourée de patients présentant un « *état dangereux majeur, certain et imminent* » ! Mais alors ? Qu'est ce qui fait que la violence et l'agressivité ne sont pas aussi présentes qu'on peut le prétendre ?

Je suis présente à l'UMD deux jours par semaine, ce qui me permet de bien observer et d'approfondir mes connaissances sur le fonctionnement de cette institution et la prise en soin des patients psychotiques.

Je me rends très vite compte que ces hauts murs, derrière lesquels je me trouve auprès de patients en soins sans consentement, qui, au premier abord paraissent enfermants et froids peuvent en réalité être vécus d'une toute autre manière : contenant. Une contenance et une obligation de soin qui permettent aux patients de ne pas s'éparpiller, de limiter leurs angoisses et donc d'éviter les passages à l'acte.

Ces hauts murs contiennent l'institution, qui elle-même dispose d'un cadre et de règles ; les différentes unités et services ont aussi un cadre s'appuyant sur celui de l'institution et le cadre de la prise en charge psychomotrice s'appuie sur le cadre institutionnel. Cette intrication me fait penser aux poupées russes, comme s'il y avait une grande enveloppe qui en enveloppait une autre, puis une autre, puis une autre... Tout cela pour envelopper et contenir les patients.

La plupart des patients présents en l'UMD souffrent d'une schizophrénie, et nous savons, que souffrant de cette pathologie, ils peuvent être sujets à de nombreuses angoisses corporelles.

Je me suis alors intéressée à de nombreux thèmes : les enveloppes corporelles et psychiques, la fonction contenantée impactée par la schizophrénie, le cadre comme substitut d'enveloppe ; des questions en ont émané : *L'enfermement peut-il être au service de la contenance ? Qu'en est-il du rôle du psychomotricien dans ce besoin de contenance ?*

De ma réflexion est ressortie la problématique suivante : **En quoi le cadre, et plus spécifiquement la contenance, est-elle importante dans la prise en charge psychomotrice de patients souffrant de schizophrénie en Unité pour Malades Difficiles ?**

Mon mémoire se présente en quatre chapitres. Dans le premier chapitre, je vais développer la genèse des enveloppes et donc de la fonction contenantée chez le sujet, dès la vie embryonnaire. Dans le deuxième chapitre, je vais présenter la pathologie de la schizophrénie ainsi que la question des enveloppes et du vécu corporel chez le sujet schizophrène. Dans le troisième chapitre, après avoir brièvement présenté les modalités de fonctionnement de l'UMD, j'évoquerai la notion d'enveloppe institutionnelle, première poupée russe du système. Puis, place à la psychomotricité, son cadre thérapeutique et la notion de contenance, à la fois du cadre et du psychomotricien. Enfin, le quatrième et dernier chapitre sera dédié à deux cas cliniques : M. S. et M. P., dont j'ai pu observer, animer et analyser les prises en charge ainsi que le rôle du cadre et de la contenance pour chacun d'entre eux.

∞ Chapitre 1. Genèse des enveloppes et de la fonction contenante

A. Définitions des concepts

La notion d'enveloppe est indissociable de sa fonction : la contenance (Ciccone, 2001).

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), « enveloppe » est synonyme d'étui, de gaine ou de fourreau et sa caractéristique est d'être statique. En revanche, le verbe « envelopper » a un aspect plus dynamique, synonyme de couvrir, d'entourer, de recouvrir, d'emballoter (CNRTL).

Le verbe « contenir » quant à lui signifie « *tenir dans certaines limites* » (CNRTL). Cette définition évoque une capacité de contenance, de maintien, avec une caractéristique dynamique, que l'on retrouve dans la fonction de contenance. Cette définition introduit également la notion de limite.

La limite est « *ce qui ne peut ou ne doit être dépassé* » (CNRTL), c'est une séparation entre deux milieux. Les limites constituent un contenant, une enveloppe.

L'enveloppe donne une forme, contient, et ce qui n'est pas contenu déborde. Le « trop plein » risque de déborder : trop d'excitations, trop de peurs, trop d'angoisses, trop de ressentis...

La caractéristique statique de l'enveloppe tient, entoure une ou des pièces, des parties d'un tout, et la caractéristique dynamique de la fonction contenante va animer ces pièces, ces parties, et va les faire fonctionner ensemble de la manière la plus harmonieuse possible.

Cette enveloppe se construit peu à peu chez l'enfant et lui permet de se construire en tant que sujet différencié et autonome. C'est à partir d'un Moi corporel unifié que va se constituer son Moi. Je vais développer cette évolution dans la seconde partie de ce chapitre.

Ces notions de contenance, de limite et d'enveloppe sont issues de la psychanalyse et permettent aux psychomotriciens, dont le champ d'activité est en plein cœur de la relation corps-esprit, d'étayer théoriquement leur travail.

Pour l'enfant, l'identification à un objet contenant est un prérequis au développement et aux premiers processus psychiques. Cet objet contenant est représenté par la mère et lui permet de se sentir contenu à l'intérieur de sa peau et donc de son psychisme. Ce sentiment de sécurité va permettre à l'enfant d'ordonner ses contenus de pensée et d'accéder à la symbolisation.

B. La contenance au fil de la vie

1. La vie intra-utérine

Dès ses premiers moments de vie, le fœtus se trouve dans la cavité utérine de sa mère, un espace clos, chaud, qui le protège et dans lequel il est totalement contenu. C'est une première sensation d'enveloppe, l'enveloppe utérine. Le fœtus baigne dans le liquide amniotique ce qui contribue au sentiment d'être contenu. Cet espace liquidien est à la fois le contenant du fœtus et le contenu de la cavité utérine.

Au fur et à mesure de son développement le fœtus prend de la place, les parois utérines s'ajustent et moulent la forme de son corps, ce qui permet un premier contact, notamment du dos, qui procure un sentiment de sécurité.

Les sens du bébé vont se développer au cours de la grossesse et soutenir la mise en place d'un lien affectif entre la mère et son enfant. Le premier sens à apparaître chez l'être humain est le toucher qui émerge à partir de la 7^{ème} semaine in-utéro, ensuite se révéleront l'olfaction et la gustation. À la naissance, ces sens vont étayer le processus d'attachement, le bébé va distinguer l'odeur du sein et le goût du lait maternel.

L'audition se développe au cours du 7^{ème} mois de grossesse, le bébé reçoit des bruits de l'environnement extérieur mais aussi des bruits de l'organisme de sa mère ; ils vont constituer une enveloppe sonore.

Le dernier sens, la vision, se met peu à peu en place, à la naissance. Le nouveau-né a la possibilité de voir à environ 30 centimètres, ce qui correspond à la distance entre son visage et celui de sa mère lors de la tétée.

In-utéro, le fœtus n'a rien à manifester du point de vue de la survie, en principe, le corps de sa mère lui apporte tout ce dont il a besoin. Ses sens se développent au cours de sa vie intra-utérine, ce qui soutient le sentiment d'enveloppe contenant et sécurisante. Cette enveloppe est multiple, à la fois corporelle, sonore, elle résulte de l'enchevêtrement des sens.

Cette enveloppe sensorielle est accompagnée d'un autre type d'enveloppe, tonique, qui évolue avec le développement du tonus. Le tonus se met en place et évolue pendant la vie intra-utérine. Au départ, le fœtus est en hypotonie globale, dans une position d'enroulement, il est enveloppé par la paroi utérine, son corps est relâché. À partir du 7^{ème} mois de grossesse, le tonus évolue dans un sens caudo-céphalique et une hypertonie distale apparaît. L'axe du corps quant à lui, reste hypotonique.

Juste avant la naissance, les contractions utérines vont serrer le bébé et lui apporter un sentiment de « tout-autour », d'enveloppe par la peau.

Le temps de l'accouchement est un véritable massage du corps entier du nouveau-né, la moindre cellule de sa peau est stimulée. Ces contractions font l'impression d'un démoulage, il y a une mise en forme du corps du bébé.

2. La naissance

À la naissance, le nouveau-né passe brutalement du cocon utérin au milieu aérien, il vit un choc assez violent. On parle de « *traumatisme de la naissance* ».

Le corps, qui auparavant ne connaissait pas les forces de la pesanteur, se retrouve écrasé par celle-ci, avec en plus la douleur des poumons qui se remplissent d'air. En arrivant au monde, le bébé sort d'un état de complétude et de continuité homogène en se confrontant aux premiers rythmes qui organisent sa vie aérienne. Il éprouve des sensations qu'il ne connaissait pas, comme la faim, le froid, le chaud, la sensation du poids de son corps et la difficulté à se mobiliser car son tonus n'est pas encore assez mature. Il vit un changement sensoriel alarmant.

Il passe d'un univers très enveloppant et contenant dans le ventre de sa mère, à un univers où sa mère est extérieure à lui. Il est important pour l'enfant de retrouver un contact avec sa mère, nécessaire à sa remise en forme et son rassemblement.

E. Bick parle du nouveau-né comme « *un cosmonaute lâché dans l'espace* », il se sent tomber, éclater. Comme dans la vie intra-utérine, autant au niveau physique que psychique, le nourrisson a besoin d'être porté et soutenu par son entourage pour survivre.

3. La dépendance à l'environnement

Le bébé naît néoténique, son système neurologique n'est pas encore mature, il ne peut donc pas se débrouiller seul. Il est absolument dépendant de son environnement pour assurer ses besoins vitaux et également être nourri d'une vie affective qui favorisera la constitution de son psychisme. Le rôle de l'entourage, et notamment des parents, va donc être de donner à l'enfant un sentiment de continuité en prolongement de l'enveloppe utérine, par le portage ainsi que par le contact peau à peau. Pendant la grossesse, le contact entre le dos du bébé et la paroi utérine de la mère était permanent, la disparition de cette enveloppe utérine doit être compensée par les soins des parents. La fonction de contenir le bébé va lui permettre d'apparenter la surface de contact, sa peau, à la sensation de sécurité. F. Perls dit : « *La sécurité, c'est la confiance en un soutien ferme, confiance qui proviendrait de l'expérience précédente qui a été assimilée et du développement qui a été accompli sans situation inachevée [...] l'individu en sécurité ne le sait jamais, mais sent toujours qu'il peut la risquer et qu'il saura répondre* » (Decoopman, 2010).

La fonction contenante est donc une fonction précoce indispensable au bon développement de l'enfant. Elle suscite l'idée de support, de soutien et est essentielle au bébé pour qu'il puisse faire « *l'expérience de lui-même comme d'un tout unifié et cohérent* » (Decoopman, 2010).

a) *D.W. Winnicott et la « mère suffisamment bonne »*

D.W. Winnicott parle d'environnement/mère « *suffisamment bon(ne)* » et de « *préoccupation maternelle primaire* » avec l'idée que c'est une disponibilité de la mère qui permet l'étayage du Moi de l'enfant en lui offrant un sentiment de continuité d'existence et la possibilité d'évoluer dans un milieu sécurisant.

D.W. Winnicott conçoit la notion de « *handling* » pour désigner les soins parentaux prodigués à l'enfant. Cette notion renvoie à la manière dont la mère entre en contact avec son enfant et à tout ce qu'elle met en œuvre au niveau des soins, dans la manipulation et le touché, pour son bien-être (notamment pendant les temps de change, de bains, de repas, de bercements).

Ces échanges corporels sont accompagnés d'interactions, la figure d'attachement raconte son corps à l'enfant, elle rattache les sensations tactiles à la nomination des parties du corps. B. Golse décrit cette relation en termes de « *double ancrage corporel et interactif* ».

D.W. Winnicott conçoit également la fonction de « *holding* » pour désigner le portage de l'enfant par la mère. C'est la capacité à contenir les angoisses physiques en le portant dans les bras, en

le berçant. Le fait de maintenir, de porter physiquement l'enfant permet l'intégration du Moi. Ce portage permet au Moi de trouver des points de repères simples et stables. Le « *holding* » comprend également le portage psychique avec la capacité de la mère à penser les émotions de son enfant.

Une mère suffisamment bonne garantit la solidité du Moi de l'enfant, étayage nécessaire à la construction psychique (Decoopman, 2010 ; PrévotEAU, 2017).

b) *La relation « contenant-contenu » de W. Bion*

L'idée que la mère a une capacité à penser les émotions de son enfant peut être reliée à la relation « *contenant-contenu* » présentée par W. Bion.

L'enfant, du fait de son immaturité psychique, ne peut contenir toutes ses sensations. Il va alors projeter ces impressions sensorielles dans le psychisme de sa mère. Ces éléments d'origine sensorielle que W. Bion nomme les « *éléments β* » (béta) sont bruts, non pensables, non assimilés et incapables de se lier entre eux. L'enfant est débordé par toutes ses sensations. Ces éléments sont accueillis, traités, détoxifiés et transformés dans le psychisme de la mère, par « *sa capacité de rêverie* », afin qu'ils deviennent pensables, qu'ils prennent sens et se lient entre eux, qu'ils deviennent des « *éléments α* » (alpha), assimilables, organisés et réutilisables par l'enfant (Decoopman, 2010).

Cette fonction de la mère est la « *fonction α* », elle pense les sensations pour lui, afin qu'il se les réapproprie secondairement, elle joue un rôle de filtre. Cette fonction α « *constitue le premier pas dans l'activité de pensée* » (Ciccone, 2001). La transformation des éléments β par ce contenant externe est nécessaire pour que « *l'enfant puisse introjecter dans son espace psychique des éléments pensables* » (Decoopman, 2010). S'il n'y a aucune figure maternante pour le bébé capable de réaliser ce travail, alors il « *réintrojecte l'expérience d'un objet qui refuse les identifications projectives* », il incorpore sa détresse, et intériorise ce que W. Bion appelle une « *terreur sans nom* » (Ciccone, 2001). W. Bion montre le rôle dynamique d'une « *peau mentale* », c'est-à-dire la fonction d'organisation des éléments du psychisme par ce contenant. Ici la fonction contenante a un rôle de représentation et de symbolisation (Decoopman, 2010).

c) *D. Houzel, un contenant « attracteur »*

D. Houzel considère le contenant comme « *attracteur* » : il attire la vie pulsionnelle et émotionnelle du bébé. Il définit la fonction contenante comme « *un processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle* » (Ciccone, 2001).

Cela veut dire que l'objet contenant donne une forme aux éprouvés de l'enfant ; il n'est pas un récipient dans lequel l'enfant rejette des parties de sa psyché, mais un objet qui *focalise et stabilise les forces psychiques* qui agitent son psychisme (Ciccone, 2001).

d) *Les rythmes au service d'un sentiment continu d'existence*

La question de la temporalité au cours de la période fœtale est spécifique en ce sens que le temps est linéaire, le bébé ayant des apports continus qui ne lui font ressentir aucun besoin. Dès la naissance, le nouveau-né est confronté aux rythmes de son propre corps avec sa respiration, mais aussi aux rythmes physiologiques comme la faim et la satiété. Les besoins alimentaires de l'enfant nécessitent une adaptation importante de la mère aux rythmes du corps de son enfant. En effet, dans un premier temps la mère y répond dès qu'il a faim, puis progressivement les temps de repas se calent sur un rythme sociétal (matin, midi, soir). On retrouve la même évolution pour le sommeil, dans un premier temps la mère s'adapte aux besoins de sommeil du bébé, puis ils finissent par se caler sur des rythmes sociaux (sieste, nuit, etc.).

Pour que cette évolution soit la plus harmonieuse possible, il faut que la mère, avec un fort lien d'attachement, soit en mesure de prendre en charge le bébé, de s'y ajuster de la même façon que le bébé doit s'ajuster à sa mère. D. Stern parle d'*interactions précoces*, d'un « *accordage* » entre le bébé et sa mère, H. Wallon en parle sous la forme de « *dialogue tonique* » et J. De Ajuriaguerra parle de « *dialogue tonico-émotionnel* ».

Le bébé très prématuré a des compétences. En effet, il a le pouvoir de faire intervenir l'autre par ses cris, ses pleurs, qui libèrent ses tensions et sont compris par la mère sur un mode émotionnel qui la met en alerte. Cet accordage se construit entre eux au fur et à mesure de leurs interactions. La mère discrimine les pleurs de son enfant, elle intervient en le prenant dans ses bras, en le câlinant, le consolant, le nourrissant, et elle met des mots sur le malaise qu'il exprime. Le bébé vit ainsi un moment de rassemblement, après des pleurs désorganisateur qui le débordent. Ce qui, au départ, est un besoin physiologique s'exprimant dans le corps, est reçu dans l'affectivité et le psychisme maternel, et donne petit à petit quelque chose qui va aider le bébé à assimiler ses états.

La disponibilité de la mère à la naissance et tout au long du développement de son enfant est primordiale. La mère vit encore dans le prolongement de la grossesse, elle est dévouée à son bébé, et éprouve une relation très fusionnelle. C'est avec le temps que cette fusion va se désunir. Cette histoire

à deux est éminemment à l'origine d'une histoire à trois, car si le père n'est pas dans la tête du bébé, il l'est dans celle de la mère. La place du père est très importante pour ne pas rester sur ce mode fusionnel qui empêche la séparation des corps de la mère et du bébé. Le père va avoir un rôle de tiers spécifique qui engendre une triangulation et des limites afin de séparer et différencier les corps.

Du fait de leur accordage et ajustement, des structures rythmiques vont s'établir dans la relation entre la mère et son bébé. Elles ont été décrites par D. Marcelli dans « La Surprise, chatouille de l'âme » en 2006. Elles organisent la vie de la maman et du bébé grâce à des répétitions dont le bébé se rend compte : ses pleurs ont pour conséquence l'intervention de sa mère. Ces *macrorhythmes* ponctuent la vie de relation du bébé et de la maman ; ils correspondent aux « *interactions de soins* » (Marcelli, 2006).

En grandissant, ses compétences se développent et le bébé s'attend à ce que ses cris déterminent une réponse de la mère. C'est une première forme psychique d'anticipation et la répétition de cette réponse permet au bébé de construire la base d'un sentiment de continuité. Cette relation est fondamentale car un bébé, désorganisé par ses éprouvés corporels, ne sera pas apte à s'ouvrir aux relations extérieures et à son environnement. Sa mère est donc présente pour le restructurer.

Afin que le bébé reste ouvert à son environnement, des conditions internes et relationnelles suffisamment sécurisantes sont requises. Ce sentiment de sécurité doit être suffisamment important pour être la base du noyau de la subjectivité.

Sur ce fond naissent les origines sensorielles de ce que sera la pensée. Cette vie sensorielle, si elle est sécurisée, permet au bébé, avec ses moyens à lui, de pouvoir convoquer des éprouvés corporels qui vont lui permettre de commencer à attendre quand sa mère n'est pas disponible et ainsi commencer à développer un imaginaire. En attendant sa mère il est capable de s'occuper, d'affronter ce moment seul, ayant mémorisé le plaisir de l'éprouvé qui relie la bouche et la tétée, il peut notamment imaginer le sein et faire semblant de téter.

Ces macrorhythmes peuvent être défailants, engendrant des conséquences sur l'envie de l'enfant à investir les objets et les relations extérieures :

. Une mère qui ne répond pas aux besoins du bébé pendant un laps de temps conséquent et de manière fréquente, va engendrer un bébé dans l'attente, qui crie de nouveau car ses éprouvés sont

de plus en plus désagréables voire angoissants. Le bébé perd cet espoir et peut commencer à déprimer car il n'y croit plus. L'enfant est alors bloqué dans ses investissements des objets.

Cette notion rappelle le *syndrome d'hospitalisme* décrit par R. Spitz pendant la guerre : les enfants qui n'ont pas de soins adaptés vont déprimer jusqu'à dépérir.

. Si une mère donne trop de réponses, donne trop le sein, ou est dans l'anticipation du besoin, le bébé n'aura pas le temps d'éprouver une expérience nécessaire à sa construction. Cette expérience est essentielle à l'envie de s'investir dans des relations extérieures : le désir naît du besoin et sans désir le bébé ne peut pas se construire et reste aliéné à l'autre.

. Si la mère est inconstante dans ses réponses, certaines réponses étant adaptées et d'autres inadaptées, cela induit une incertitude quant à l'étayage de la mère. Dans ce cas, le bébé ne ressent pas un sentiment de sécurité perpétuel ce qui crée une grande anxiété chez lui ; il est alors incapable de stabiliser un modèle relationnel.

Cela montre l'importance de la mise en place et de la régularité des macrorhythmes pour permettre à l'enfant d'acquérir une sécurité de base, embryon d'un « *sentiment continu d'exister* ». Cette intégration, primordiale, est un prérequis à la survenue des microrhythmes. Ces derniers correspondent aux *interactions ludiques* (Marcelli, 2006). Ces microrhythmes, apparentés à la surprise, permettent de briser cette monotonie. Ils amènent du plaisir, un événement source de bonheur, faisant patienter le bébé, introduisant l'imaginaire et la créativité.

e) *La peau, premier sentiment d'unité corporelle et de contenance*

« *La peau, c'est l'emballage du corps !* » (Potel, 2019)

La peau est le « *premier-né* » de nos organes et le plus sensible. C'est le premier mode de communication. Elle nous enveloppe complètement (Montagu & Leboyer, 1979).

La peau est un *sac* qui contient l'intérieur du corps et qui le sépare de l'extérieur, tout en permettant des échanges vitaux entre dedans et dehors (Potel, 2019).

La peau nous enveloppe en totalité, elle permet à l'individu de développer la conscience de son individualité et de sa continuité.

Pour le développement corporel harmonieux du nouveau-né, toutes les formes de stimulations cutanées sont importantes. Ces stimulations tactiles sont également essentielles au développement des relations affectives et émotionnelles (Montagu & Leboyer, 1979). C'est au travers de ces premières relations, où le corps joue un rôle premier, que se constitue une enveloppe qui contient : la peau est alors « *ressentie, éprouvée, sécurisante* » (Potel, 2019). Elle va être le *premier maillon* et la *première surface d'inscription* d'un sentiment d'unité corporelle, d'un corps unifié et rassemblé.

D. Anzieu décrit trois fonctions garanties par la peau (Anzieu, 1995) :

- Une fonction de *sac* : ce sac contient et maintient à l'intérieur le bon à garder en soi.
- Une fonction d'*interface* : cette interface marque la limite entre dedans et dehors, c'est une barrière de protection face à l'extérieur.
- Une fonction de *communication* : la peau est un lieu et un moyen primaire de communication, elle permet l'ouverture à des relations.

La peau constitue une enveloppe corporelle contenant. Au même titre, le psychisme de l'enfant doit être unifié et contenu. Le nouveau-né dépendant de son environnement va avoir besoin de l'adulte pour assurer cette fonction de contenance.

(1) E. Bick et la fonction psychique de la peau

E. Bick décrit la fonction de « *peau psychique* » dans le développement du bébé. Au début de la vie, les parties de la personnalité ne sont pas liées et doivent par conséquent être maintenues ensemble. Cette fonction de maintien montre encore une fois la nécessité d'un objet externe pouvant remplir cette fonction. C'est à cet objet contenant que le bébé va s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau (Ciccone, 2001; Lalo, 2011).

« *Le besoin d'un objet contenant apparaît, dans l'état infantile non intégré, comme la recherche effrénée d'un objet – une lumière, une voix, une odeur ou un autre objet sensuel – qui peut tenir l'attention, et, de ce fait, être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité. L'objet optimal est le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère.* » (Ciccone, 2001). E. Bick démontre que le *nourrissage* représente l'expérience prototypique du rassemblement, elle établit que c'est lors de la tétée que se fait cette expérience de contenance. La coordination entre les différentes modalités sensorielles, le portage, l'enveloppement, les paroles, donne au bébé le sentiment d'être contenu.

(2) D. Anzieu et le Moi-peau

Dans l'article « Le dehors et le dedans » publié en 1974 dans la Nouvelle Revue de Psychanalyse, D. Anzieu définit pour la première fois le *Moi-peau* 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; Ciccone, 2001). Ce *Moi-peau* se présente comme une représentation primaire du Moi, étayée sur la sensorialité tactile. Ses fonctions sont donc pensées à l'image de celles de la peau : la fonction de contenance, la fonction de limite entre le dedans et le dehors et la fonction de communication et d'échange avec l'environnement.

De fait, lors des expériences de contact de son corps avec le corps de sa mère dans une relation sécurisante, le bébé assimile la perception de la peau comme une *surface*, ce qui provoque la distinction d'une limite entre le dedans et le dehors, mais aussi un sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle, « *une enveloppe narcissique et un bien-être de base* » (Ciccone, 2001.).

Les différentes fonctions du *Moi-peau* ont évolué au fur et à mesure des années et des travaux de D. Anzieu, à l'heure actuelle, nous pouvons en compter huit :

- Une fonction de maintenance : « *De même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, de même le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme* » (Anzieu, 1995). Cette fonction est remplie par le « *holding* », par le soutien du corps du bébé par la mère. Ici, le *Moi-peau* correspond aux mains de la mère, qui maintient le psychisme en même temps que le corps du bébé dans un état de solidité et d'unité.
- Une fonction de contenance : « *De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique* » (Anzieu, 1995). Cette fonction de contenance renvoie à la notion de « *handling* » : « *la sensation-image de la peau comme sac est éveillée, chez le tout-petit, par les soins du corps, appropriés à ses besoins, que lui procure la mère* » (Anzieu, 1995).
- Une fonction de pare-excitation (ou constance) : dans l'« Esquisse », S. Freud laisse entendre que « *la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé [...] jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction* » (Anzieu, 1995). Cette fonction de pare-excitation de la mère permet de protéger son enfant des excès de stimulations, jusqu'à ce qu'il soit capable d'assurer cette fonction seul.

- Une fonction d'individuation : « *Par son grain, sa couleur, sa texture, son odeur, la peau humaine présente des différences individuelles considérables [...] À son tour, le Moi-peau assure une fonction d'individuation du soi, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique* » (Anzieu, 1995). Le Moi-peau permet à l'enfant d'avoir le sentiment d'être différent de l'autre, d'être un sujet à part entière et unique, il permet la subjectivation.
- Une fonction d'intersensorialité : « *Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures [...] qui aboutit à la constitution d'un « sens commun », dont la référence de base se fait toujours au toucher* » (Anzieu, 1995).
- Une fonction de soutien de l'excitation sexuelle : La peau du bébé est « *investie libidinalement par la mère. La nourriture et les soins s'accompagnent de contacts peau à peau, généralement agréables, qui préparent l'auto-érotisme et situent les plaisirs de la peau comme toile de fond habituelle des plaisirs sexuels* ». Le Moi-peau remplit « *la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle, surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnue et leur complémentarité désirée* » (Anzieu, 1995).
- Une fonction de recharge libidinale : « *A la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur [...] répond la fonction du Moi-peau [...] de maintien de la tension énergétique interne* » (Anzieu, 1995).
- Une fonction d'inscription des traces : « *Le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons, raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées* » (Anzieu, 1995).

Le Moi-peau renvoie à une expérience corporelle et tactile fondamentale : il limite, protège et contient ce qui va être le Moi par la suite, c'est un espace fermé distinguant deux espaces séparés, l'intérieur et l'extérieur de l'espace psychique. C'est une enveloppe psychique qui à la fois dissocie le dedans du dehors tout en permettant les échanges entre ces espaces. Elle est « *un support, un lieu de passage* » qui filtre et différencie (Decoopman, 2010).

La limite entre les deux espaces n'est pas concrète comme la peau, elle se manifeste au travers de l'utilisation d'objets supports de projection, tel que l'« *objet transitionnel* » présenté par D. W. Winnicott qui sert d'interface, d'organisateur psychique lors des moments de séparation/d'absence de la mère.

C. Schéma corporel et image du corps

La construction du psychisme de l'enfant s'appuie sur des expériences physiques, corporelles contenant. Une fois intégrées, ces expériences permettent un sentiment de contenance corporelle et psychique à la fois. L'enfant va alors se construire dans une unité psychocorporelle. Cette contenance va étayer l'élaboration et la mise en place du schéma corporel et de l'image du corps.

1. Le schéma corporel

Le terme de schéma corporel est proposé pour la première fois par P. Bonnier en 1902, à cette époque, cette notion est considérée comme une « *représentation permanente, une figuration spatiale du corps* » (Boutinaud, 2017).

Selon H. Head et G. Holmes, le schéma corporel est fondé sur « *une représentation interne de la géométrie du corps, de sa dynamique et de son orientation par rapport à la verticale, aux segments entre eux ou à l'environnement* » (Assaiante, 2015). Nous pouvons nous accorder sur le postulat suivant : le cerveau dispose d'une représentation non consciente du corps, le schéma corporel, qui permet un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement spatial (Morin, 2013). Le schéma corporel correspond à la carte mentale de notre corps.

F. Dolto définit le schéma corporel comme étant le médiateur entre le sujet et son monde : « *il est une réalité de fait, en quelque sorte notre « vivre charnel » au contact du monde physique. Nos expériences de notre réalité dépendent de l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques viscérales, circulatoires, coenesthésiques* » (Scialom et al., 2011). Au même titre, J. Lhermitte dit que le schéma corporel résiste aux modifications traumatiques ainsi qu'aux manipulations du corps physique. Par exemple, lors d'une amputation, la représentation du corps entier persiste et c'est à cette représentation topographique que sont rapportées les sensations perçues, d'où la notion de « *membre fantôme* » (Morin, 2013).

Selon C. Potel, le schéma corporel est « *la connaissance objective du corps dans sa réalité et il se construit dans l'expérience motrice* ». C'est une connaissance *unanime et universelle* (Potel, 2019). Les psychanalystes vont insister sur le *caractère anonyme* et commun du schéma corporel, contrairement à l'image du corps qui est personnelle et *subjectivement investie* (Morin, 2013).

En 1943, H. Wallon démontre que le développement du schéma corporel est essentiel à la constitution de la conscience de soi chez l'enfant. Le psychologue évoque le rôle fondamental de l'environnement et de sa relation avec l'enfant, dans la construction de ce schéma corporel. Par la suite, J. De Ajuriaguerra définit en 1970 le schéma corporel comme « *une construction active, basée sur des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, réalisant une synthèse dynamique qui fournit aux actes et aux perceptions un cadre spatial de référence* » (Boutinaud, 2017). Cette définition fait référence à des fonctions physiologiques différentes, à des systèmes sensoriels différents, ce qui me conduit à évoquer la notion de sensibilité somato-viscérale.

En 2001, les neurophysiologistes D. Richard et D. Orsal ont proposé d'abandonner le terme de schéma corporel pour préférer celui de sensibilité somato-viscérale (Pireyre, 2011). Cette sensibilité somato-viscérale est constituée par des récepteurs, des voies de transmissions et des centres de traitements des informations sensorielles. Il existe différentes sensibilités façonnant la sensibilité somatique : la sensibilité superficielle, la sensibilité profonde et la sensibilité viscérale. La sensibilité superficielle, aussi appelée extéroception, traite les informations des cinq sens, ainsi que de la douleur, de la température et des vibrations. La sensibilité profonde correspond à la proprioception, parfois appelée le sixième sens. La proprioception est la « *sensibilité propre aux organes profonds de la vie en relation, os, articulations, muscles, ligaments* » (CNRLT). La sensibilité viscérale, ou intéroception traite les informations en provenance des viscères, comme l'estomac, les poumons ou le cœur (Pireyre, 2011).

Ces différentes informations sensorielles vont ensuite être conduites jusqu'au système nerveux central par deux types de voies ayant un fonctionnement parallèle : la voie extra-lemniscale et la voie lemniscale. Une fois au niveau cortical, c'est la région pariétale, constituée des cortex somatosensoriels primaires et secondaires ainsi que du cortex pariétal sensoriel associatif, qui reçoit l'essentiel des informations. Le cortex somatosensoriel primaire traite les sensibilités tactiles et proprioceptives. Le cortex somatosensoriel secondaire s'occupe lui de la représentation somatotopique et multimodale de l'ensemble du corps. Enfin, le cortex pariétal postérieur associatif va associer les afférences tactiles et proprioceptives.

Bien que l'on pourrait penser que tout ceci est un phénomène passif, il n'en est rien. Un rétrocontrôle est admis par le cortex aux entrées sensorielles, le plus souvent cette influence du cortex est inhibitrice. Par exemple, en 2002, F. Porreca, M. H. Ossipov et G. F. Gebhart indiquent que « *dans des conditions physiologiques, un stimulus de haute intensité, activant les nocicepteurs, peut ainsi ne pas produire de douleur* » (Pireyre, 2011), ce qui rend compte de la non-passivité du système. Ainsi,

du fait de cette affirmation, nous pouvons distinguer sensation et perception du corps. La sensation est le « *processus résultant du fonctionnement du récepteur sensoriel* », tandis que la perception est le « *traitement cognitivo-affectif de la sensation* » (E. Pireyre, 2011). La perception est selon N. Boisacq-Schepens et M. Crommelinck un « *acte de décision au niveau cérébral [...] conditionné par l'expérience innée ou acquise* » (Pireyre, 2011).

Du fait de cette notion de sensibilité somato-viscérale, le terme de schéma corporel est davantage précisé. Il est désormais défini comme sensitif et inconscient.

2. L'image du corps

En 1935, P. Schilder introduit la notion d'image du corps, en la distinguant de celle du schéma corporel. Il théorise cette notion en lien avec l'existence de voies nerveuses spécifiques à la douleur. Il n'a pas réellement donné de définition de l'image du corps à cette époque, faute de clarté et de confusion avec le schéma corporel. On peut malgré tout retrouver que « *le corps en action est toujours en train, soit d'exprimer quelque chose, soit de faire quelque chose. Un corps est toujours le corps d'une personne et la personnalité a des émotions, des sentiments, des tendances, des mobiles et des pensées* » (Pireyre, 2011).

D'après C. Potel, l'image du corps se construit à travers les expériences psychocorporelles mettant en relation le bébé et son environnement. Le premier miroir de l'enfant est le regard de sa mère, s'il n'est jamais regardé, s'il est carencé, alors il pourra probablement *se construire un schéma corporel cohérent et organisé mais son image du corps traduira un manque*, comme un manque de respect pour lui-même, une dévalorisation ou encore une fragilité narcissique (Potel, 2019).

F. Dolto distingue trois modalités de l'image du corps : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. Ces modalités assurent ensemble *l'image du corps vivant* et le narcissisme de la personne (Dolto, 1984). L'image de base assure inconsciemment à l'enfant la *certitude de son corps vivant et lesté* reposant dans les bras de ses parents ou sur le sol qui le supporte (Nasio, 2013). L'image fonctionnelle quant à elle suscite un *corps à l'affut d'objets concrets pour assouvir ses besoins et d'objets imaginaires et symboliques pour satisfaire ses désirs* (Nasio, 2013). Enfin, l'image érogène correspond à un corps tout entier ressenti comme un *orifice se contractant et se dilatant de plaisir* (Nasio, 2013). À noter que l'image de base est la plus importante, elle est vitale, essentielle et procure le « *triple sentiment de rester stable, le même et consistant* ».

L'image du corps « *se développe par étapes chronologiques, elle se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés, elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses* », elle implique des concepts différents, elle est influencée par « *la libido qui laisse des traces, elle est inscrite dans des manifestations trop variées, d'origines trop diverses* » : elle ne peut donc pas se réduire à une représentation que l'on se fait de notre propre corps, elle ne peut être monolithique et est inévitablement composée de plusieurs éléments différents (Pireyre, 2011).

E. Pireyre fait l'hypothèse d'une image composite du corps dont les neuf sous-composantes seraient :

- La sensation et la continuité d'existence : C'est une forme de sécurité interne. D.W. Winnicott a été le premier à la décrire, pour lui cette sensation est à la base de la structuration du Moi. C'est une étape cruciale que doit traverser le bébé durant son développement (Pireyre, 2011).
- L'identité : Il est important que le bébé ait bénéficié d'un *holding* suffisamment bon, préalable à cette étape du développement. « *L'identité se construit à partir de la sensorialité, du dialogue tonico-émotionnel* » mais aussi du regard (Pireyre, 2011).
- L'identité sexuée : Les embryons sont différenciés sexuellement à la fin du quatrième mois de grossesse, « *le sexe est au commencement issu de la biologie, il possède une réalité génétique* » (Pireyre, 2011). Mais la biologie ne suffit pas, l'environnement a un rôle essentiel à jouer en assignant consciemment ou non un sexe. *Les parents se comportent différemment avec un bébé fille ou garçon*. L'identité sexuée se construit sur la base de données biologiques, affectives et sociales, et cela jusqu'à la fin de la deuxième année.
- La peau physique et psychique : La peau, immature à la naissance, est investie par la relation à l'autre mais aussi par la libido (Pireyre, 2011). D. Anzieu a fait l'hypothèse du Moi-peau, authentique peau psychique. Les orifices du corps vont assurer une base de l'investissement relationnel très marqué durant le développement psychoaffectif du bébé avec les différents stades présentés par S. Freud (stade oral, stade anal, stade phallique...).
- La représentation de l'intérieur du corps : La maturation physiologique, les représentations des os, des articulations et des viscères sont essentielles au développement psychoaffectif de l'enfant (Pireyre, 2011). À juste titre, l'intérieur du corps est un élément majeur constituant l'image du corps.

- Le tonus : En 2001, D. Richard et D. Orsal définissent le tonus comme « *une activité contractile plus ou moins continue des muscles striés* » (Pireyre, 2011). Sont à distinguer trois formes du tonus : tonus de fond (passif, de repos) qui correspond à la contraction minimale d'un muscle au repos ; le tonus d'action (actif), impliqué dans la contraction volontaire, et enfin le tonus d'attitude (de posture) qui permet de tenir en équilibre et de maintenir une attitude. H. Wallon est le premier à faire un lien entre le tonus et les émotions ; J. De Ajuriaguerra ajoute en 1974 que « *les modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature* » (Pireyre, 2011). Le tonus est une composante majeure de la communication non-verbale, notamment en ce qui concerne le dialogue tonico-émotionnel. Il est influencé par la maturation neurologique ainsi que par les expériences relationnelles.
- La sensibilité somato-viscérale : Cette notion, remplaçant le terme de schéma corporel comme explicité précédemment (C. 1. Le schéma corporel), est un élément majeur de l'image du corps.
- Les compétences communicationnelles du corps : Le corps possède un système de communication très précieux : attitudes, modifications toniques, mimiques, gestes, déplacements, émotions, regard et écoute. Ces différents moyens de communication vont être utilisés « *subjectivement [par chacun] en fonction de sa propre histoire et son contexte socio-culturel* » (Pireyre, 2011).
- Les angoisses corporelles archaïques : Ces angoisses sont visibles chez le nouveau-né ; nous pouvons observer des angoisses de morcellement, de chute, de dévoration ou de liquéfaction. Définies comme des « *réactions du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation plus ou moins traumatique [...] soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes [...] non maîtrisables et non compréhensibles* » (Pireyre, 2011), elles disparaissent au cours du développement. Néanmoins, quelques traces de ces angoisses restent inconscientes et ancrées dans l'image du corps.

Cette hypothèse d'image composite du corps de E. Pireyre met en commun diverses théories et savoirs de plusieurs domaines (neurophysiologie, psychanalyse, psychologie développementale), ce qui donne lieu à une définition plus distincte de la notion d'image du corps ainsi que des domaines impactés par celle-ci.

Pour conclure, on remarque que ces deux notions de schéma corporel et d'image du corps sont très proches, et qu'elles s'influencent l'une et l'autre. Ces concepts participent à la continuité du vécu corporel contenant du sujet, et donc au sentiment d'enveloppe psychocorporelle. Le schéma corporel, ou sensibilité somato-viscéral, constitué par les afférences sensorielles va permettre à l'enfant de créer ses propres repères corporels, de situer son corps dans l'espace, afin de permettre un vécu corporel unifié. L'image du corps contenante, sécurisante, se construit à travers les soins et le maternage, en lien avec le développement psycho-affectif.

∞ Chapitre 2. La schizophrénie

A. La schizo quoi ?

1. Définition et épidémiologie

La schizophrénie est un trouble psychique sévère et chronique appartenant à la classe des troubles psychotiques (Albaret et al., 2018).

Le terme « schizophrénie » provient du grec « *schizein* », signifiant fendre, et « *phrèn* », signifiant l'esprit. Littéralement, la schizophrénie signifie esprit fendu. Selon le CNRTL, la schizophrénie est une « *psychose chronique caractérisée par une dissociation de la personnalité [...]* ».

a) *Épidémiologie*

C'est une pathologie psychiatrique universelle. Elle touche environ 1% de la population, soit plus de 21 millions de personnes dans le monde, bien que les chiffres puissent varier en fonction des critères diagnostiques utilisés (Haouzir et al., 2020). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime la prévalence vie entière entre 0,3 et 0,7% selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM).

Cette pathologie se déclare en général précocement entre 15 et 35 ans (André, 1995). Le sex-ratio est réparti entre les deux sexes bien qu'il arrive plus précocement chez l'homme (Albaret et al., 2018; André, 1995).

Le risque de décès est multiplié de 2 à 3 fois plus que dans la population générale en lien à plusieurs facteurs. Il y a une certaine mise en danger causée par le caractère délirant de la pathologie, de plus le caractère dépressif met en avant un risque suicidaire et environ 10% des sujets souffrant de schizophrénie se suicident (André, 1995). Le traitement par les neuroleptiques entraîne également des effets secondaires métaboliques et les patients sont plus sujets aux maladies cardiovasculaires.

b) *L'origine historique*

La première description clinique remonte à 1806 par J. Haslam qui décrit un individu au comportement aberrant et désorganisé.

En 1893, E. Kraepelin parle de « *démence précoce* » avec une origine physique unique qui évolue systématiquement vers une aggravation progressive (Schwan et al., 2019), en lien avec une atteinte neuro-dégénérative : le cerveau se détériore, il y a des remodelages neurologiques qui ont pour conséquence la mise à mal des performances au cours de la maladie.

E. Bleuler contrairement à E. Kraepelin ne parle pas seulement d'un déficit et introduit le terme de schizophrénie en 1911. Pour lui, le symptôme principal de la schizophrénie est la dissociation qui se traduit par un « *défait de cohésion et d'unité de la vie mentale* » (André et al., 1996), par séparation des différents niveaux du fonctionnement psychique. D'après lui, tous les symptômes découlent de cette scission de l'esprit. Concernant les différents symptômes il va nommer le délire comme une tentative de réunification du corps et du psychisme quand le patient est menacé de désintégration ainsi que l'autisme schizophrénique caractérisé par un repli sur soi considéré comme « *une défense contre toute menace d'intrusion* » (André et al., 1996). E. Bleuler distingue quatre « sous-types » de schizophrénies : paranoïde, catatonique, hébéphrénique et simple (Haouzir et al., 2020).

2. Les symptômes

L'approche clinique contemporaine repose toujours sur une triade diagnostique et symptomatique mais ces trois dimensions ont évolué. On distingue aujourd'hui :

- Les symptômes positifs,
- Les symptômes négatifs,
- La désorganisation.

a) *Les symptômes positifs*

Ces symptômes sont ceux que l'on va retrouver en plus par rapport à un individu ne souffrant pas de cette pathologie, ils accentuent ou modifient les perceptions habituelles de l'environnement. Cette dimension clinique positive comprend *les manifestations « bruyantes » de la maladie* (Haouzir et al., 2020). On retrouve deux grands symptômes positifs : les idées délirantes et les hallucinations.

(1) Les idées délirantes ou délires

Le délire peut se définir comme « *un désordre des facultés mentales caractérisé par une suite de convictions fausses, d'erreurs de perception ou de jugement, en totale opposition avec la réalité ou*

l'évidence ; affirmé avec une croyance absolue, il n'est pas spontanément accessible à la critique » (Haouzir et al., 2020).

Les idées délirantes sont synonymes d'une altération du contact avec la réalité. Elles sont présentes chez 90% des personnes souffrant de schizophrénie. Elles sont caractérisées par des thèmes, des mécanismes, une systématisation, une adhésion ainsi que par une participation affective.

Les thèmes correspondent au fond de l'idée délirante. Le thème le plus fréquent est celui de persécution. Il y a également des délires mystiques, mégalomaniques et des idées de références.

Le mécanisme correspond à la manière dont s'est développée l'idée délirante. On peut trouver un mécanisme interprétatif où le sujet va interpréter des éléments du réel pour nourrir son idée délirante. Il y a le mécanisme intuitif qui ne repose sur rien, c'est une sorte d'intuition qui ne se base pas sur des éléments du réel mais qui s'impose comme une évidence. On retrouve aussi le mécanisme imaginatif qui consiste à identifier comme réels des faits purement imaginaires.

La systématisation correspond au degré de cohérence du délire, à son organisation. Très souvent, dans la schizophrénie, le délire est mal systématisé, mal organisé.

L'adhésion au délire est la croyance du sujet en son délire. En général un patient souffrant de schizophrénie est en adhésion totale avec son délire.

La participation affective, ou thymie, peut être congruente au délire si les expressions émotionnelles et les mimiques sont en adéquation avec les propos délirants de la personne. Inversement, elle est non-congruente au délire lorsque les affects et les mimiques sont en inadéquation avec le discours du sujet, c'est le cas dans la schizophrénie. On observe un réel détachement et une indifférence affective quant aux idées délirantes exprimées (Haouzir et al., 2020).

(2) Les Hallucinations

Une hallucination est un « *phénomène psychique par lequel un sujet en état de veille éprouve des perceptions ou des sensations sans qu'aucun objet extérieur les fasse naître et qui apparaît au cours de certaines maladies ou sous l'effet de la drogue* » (CNRTL). Ce sont des productions supplémentaires de l'individu. Elles peuvent être sensorielles ou intrapsychiques.

Les hallucinations sensorielles sont principalement auditives par le biais d'hallucinations acoustico-verbales (HAV), présentent dans 70% des cas, le sujet entend dans son oreille. On remarque que beaucoup de personnes souffrant de schizophrénie soliloquent, en réalité, elles répondent à leur HAV. Les hallucinations sensorielles peuvent aussi être visuelles (dans 30% des cas), cénesthésiques, tactiles, gustatives et olfactives.

Les hallucinations intrapsychiques sont les « voies intérieures », dans la tête du patient. Ces hallucinations donnent au patient des impressions de vol de pensée, de diffusion de la pensée ou encore d'écho de la pensée.

b) Les symptômes négatifs

Ces symptômes sont des déficits par rapport à quelqu'un ne présentant pas de schizophrénie. On retrouve cette dimension négative au niveau des affects, des comportements et du discours. « Elle pourrait se résumer par : le patient « ne pense pas », « ne fait pas », ou « ne dit pas », alors que les structures prévues à ces égards semblent fonctionner normalement » (Haouzir et al., 2020).

Sur le plan émotionnel, on retrouve chez les personnes souffrant de schizophrénie un émoussement des affects, ce qui peut expliquer la froideur du contact de ces personnes, une froideur affective. Le sujet a peu d'expression faciale, ce que l'on nomme l'amimie, une intonation de la voix monocorde et une anhédonie, qui correspond à la perte de la capacité à ressentir le plaisir.

Sur le plan cognitif, la personne présente une alogie : elle présente des difficultés à communiquer, elle répond brièvement, avec un discours pauvre.

Sur le plan comportemental, on retrouve un apragmatisme et une aboulie : la personne présente des difficultés à planifier et à entreprendre les actions ainsi qu'à les mettre en œuvre par manque de motivation.

Ces symptômes entraînent un repli sur soi ce qui met à mal l'établissement du lien avec autrui, ce qui induit un isolement social très présent chez ces personnes.

c) *La désorganisation ou dissociation*

E. Bleuler parlait de *dissociation*, ce terme traduisant un défaut d'unité a reçu différentes dénominations comme dislocation ou discordance, nous retenons à l'heure actuelle la notion de désorganisation qui exprime le manque d'accord et de cohésion (André et al., 1996). Cette désorganisation peut s'observer au niveau de la pensée, du comportement, des affects et du discours.

Sur le plan cognitif on observe un trouble du cours de la pensée avec un illogisme dans le raisonnement, il y a une perte de cohésion et d'harmonie, la pensée apparaît embrouillée et désorganisée (André, 1995), le discours est alors diffluent et complexe. On retrouve une incohérence dans les associations des idées, ce qui rend compte de coq-à-l'âne, de rapprochements inappropriés, les idées s'enchaînent sans logique. Le sujet peut montrer des phénomènes de barrages qui sont des interruptions brutales dans le discours, des phénomènes de « fading » où le rythme et l'intensité verbale du discours diminuent peu à peu jusqu'à ne plus rien entendre. Ces troubles atteignent la sémantique, on peut observer des néologismes, la personne atteinte de schizophrénie va créer des mots nouveaux et bizarres en déformant, en donnant un autre sens ou en associant différents phonèmes de mots déjà existants ; mais également des paralogismes où le sujet utilise des mots détournés de leur sens au profit d'une signification personnelle différente de celle communément admise. Une caractéristique importante de la pensée de la personne schizophrène est *l'ambivalence* : « la personne a tendance à doter tout élément psychique de valeurs positives et négatives simultanément » (Haouzir et al., 2020).

Concernant le comportement, on peut retrouver un corps engagé de manière *discordante* (André et al., 1996) avec un maniérisme, des mimiques et une surcharge gestuelle avec un mouvement qui manque d'harmonie. Cette gestuelle contraste avec le peu d'affects qu'elle exprime. Cette désorganisation comportementale est à son paroxysme quand le patient présente un syndrome catatonique, avec des stéréotypies qui sont le principal symptôme ; signifiant « caractère figé », elles se caractérisent par des gestes, attitudes, sans signification apparente et inlassablement reproduites.

Au niveau affectif, les personnes présentent une indifférence idéo-affective : il y a une absence de participation affective ou une discordance entre l'expression de l'individu et le contexte émotionnel dans lequel il se trouve. On retrouve notamment l'apparition de rires immotivés, rires sans objet, sortis de nulle part. Cette « absence de profondeur dans les mouvements affectifs » et « ce déficit dans la capacité de modulation affective » [...], peuvent se traduire par une expression exagérée, pathétique et d'apparence théâtrale, ce que l'on appelle le « maniérisme schizophrénique » (Haouzir et al., 2020).

À cette triade symptomatique s'ajoute des troubles associés, notamment cognitifs avec des altérations des fonctions exécutives, de la mémoire épisodique, des troubles de l'attention, un ralentissement de la vitesse de traitement. Ces déficits sont invalidants, ils diminuent les capacités de la personne à interagir de manière appropriée avec son milieu et contribuent donc à l'isoler davantage.

3. Critères diagnostiques

Selon la cinquième version du DSM qui est le manuel de classification, publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), servant de référence pour les psychiatres du monde entier (Schwan et al., 2019), les critères diagnostiques de la schizophrénie sont :

- A.** Symptômes caractéristiques : deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant au moins une période d'un mois et au moins un des symptômes observés est 1, 2, ou 3 :
 - 1. *Idées délirantes*
 - 2. *Hallucinations*
 - 3. *Discours désorganisé*
 - 4. *Comportement désorganisé ou catatonique*
 - 5. *Symptômes négatifs (comme la réduction de l'expression émotionnelle ou l'aboulie)*
- B.** Il faut que le trouble ait, dans un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement, un impact significatif (domaines scolaire, professionnel, relationnel, personnel).
- C.** Les signes de la perturbation doivent être permanents pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins un mois de symptômes qui répondent au critère A.
- D.** Les autres maladies psychiatriques (dépression, trouble bipolaire...) et les effets physiologiques d'une maladie somatique ou d'une substance ont été exclus.
- E.** En cas d'antécédents du trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic de schizophrénie ne peut être porté que si les idées délirantes ou les hallucinations sont présentes et prégnantes pendant au moins un mois, avec les autres symptômes requis pour le diagnostic.

(Haouzir et al., 2020).

4. Étiologies

Morel (1857) : « *Parfois la pathologie apparaît à la naissance. Plus souvent, elle dort chez l'individu comme un mal caché qui se révèle au cours d'une vie, spontanément ou sous l'influence d'une nouvelle intoxication... L'aliénation mentale est toujours le résultat d'une prédisposition organique antérieure* » (Pollet-Villard, 2012).

Les facteurs étiologiques semblent multiples, c'est une maladie à caractère héréditaire complexe, plurifactorielle et interagissant avec des facteurs environnementaux (Albaret et al., 2018). La connaissance scientifique actuelle permet d'affirmer que les personnes touchées par la schizophrénie sont plus sensibles aux stimuli internes et externes, avec une vulnérabilité génétique, des perturbations dans le développement de l'enfance, des facteurs environnementaux. C'est la rencontre de ces différents facteurs qui faciliterait le déclenchement de la maladie (Schwan et al., 2019).

a) Des facteurs génétiques

On admet que cette pathologie peut être le résultat d'une certaine vulnérabilité génétique. En effet, le risque de souffrir de schizophrénie est plus élevé dans le cas où un membre de la famille est déjà atteint (Albaret et al., 2018).

Il est vrai que j'ai pu remarquer, à la lecture des dossiers, dans les divers éléments anamnestiques, que les parents et/ou la fratrie des patients ont également très souvent des problématiques psychiatriques.

b) Des facteurs neurobiologiques

De nombreuses hypothèses ont été faites, mais celle de l'altération du système dopaminergique, proposée par A. Carlsson et S.H. Snyder, est à l'heure actuelle, la mieux étayée (Albaret et al., 2018; Schwan et al., 2019).

Les symptômes positifs seraient successifs à l'hyperactivation du système dopaminergique, donc à l'hyperfonctionnement de la dopamine, tandis que les symptômes négatifs eux, seraient la conséquence d'un hypofonctionnement, une insuffisance du neurotransmetteur. Notons que le traitement médicamenteux par antipsychotiques agit en libérant des antagonistes de la dopamine qui se fixent sur les récepteurs dopaminergiques, ils ont donc des effets sur les symptômes positifs.

c) Des facteurs neurodéveloppementaux

Le modèle neurodéveloppemental, développé dans les années 60, défend l'idée d'une altération précoce du développement du système nerveux central, causé par des lésions in-utéro ou post-natal (naissance prématurée, hypoxie pendant la naissance), ce qui augmenterait le risque de développer une schizophrénie de 1% (Schwan et al., 2019). Aujourd'hui, les chercheurs sont très engagés dans l'hypothèse des infections pré et postnatales, notamment en ce qui concerne le lien entre natalité et saison. En effet, il a été considéré que d'être né en hiver sur l'hémisphère nord ou en été sur l'hémisphère sud augmente le risque de contamination virale pendant la grossesse et donc la survenue d'une schizophrénie chez l'enfant (Albaret et al., 2018; Schwan et al., 2019).

Ont également été mises en évidence, par le modèle neurodéveloppemental, des anomalies dans le cerveau des personnes souffrant de schizophrénie, bien que ce ne soit pas systématique à tous les patients. On retrouve, grâce à l'imagerie cérébrale, des anomalies de volume régionaux, de densité des neurones, mais également des différences d'épaisseur du cortex, moins de substance grise à certains endroits. Malgré ces observations, il est plutôt important de dire que c'est l'activité du cerveau dans sa totalité qui dysfonctionne dans la schizophrénie, et non sa structure anatomique (Albaret et al., 2018).

d) Des facteurs psychosociaux

Les événements de vie stressants, les difficultés psychosociales et le développement psychoaffectif du sujet constituent des facteurs déclenchants, au même titre que la consommation précoce toxiques, comme le cannabis.

On note une notion de vulnérabilité au stress. L'environnement social du sujet, associé à ses ressources familiales ou sociales, doit contribuer à l'équilibre psychologique en cas d'événements stressants. Si lors d'événements négatifs, cet équilibre psychique n'est pas maintenu, cela peut entraîner une détérioration de l'individu et donc un envahissement de la maladie (Albaret et al., 2018).

Pour conclure, nous pouvons retenir que la schizophrénie fait intervenir des facteurs génétiques qui fragilisent le sujet en son système biologique, combinés avec des facteurs environnementaux et neurodéveloppementaux (Albaret et al., 2018). Ce qui rend cette pathologie multifactorielle.

5. Des schizophrénies ?

Il existe différentes formes cliniques décrites dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies). Cette classification, complémentaire au DSM, est publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle classe les patients en fonction de symptômes :

- (F20.0) La schizophrénie paranoïde : c'est le sous-type clinique le plus fréquent où l'on retrouve la prédominance d'idées délirantes ou d'hallucinations. Cette forme clinique survient plus tardivement que les autres, mais elle est celle qui répond le mieux aux traitements neuroleptiques (Haouzir et al., 2020).
- (F20.1) La schizophrénie hébéphrénique : elle représente 20% des formes de schizophrénie. On y observe une prédominance des symptômes négatifs, les délires ne sont pas au premier plan (Haouzir et al., 2020).
- (F20.2) La schizophrénie catatonique : elle se caractérise par une prédominance de la dimension comportementale avec un négativisme, un maniérisme et des troubles du tonus très marqués. Cette forme est la plus péjorative en ce qui concerne le pronostic du patient.
- (F20.3) La schizophrénie indifférenciée : les patients présentent les critères diagnostiques de la schizophrénie mais ne répondent pas aux critères de la schizophrénie paranoïde, hébéphrénique ou catatonique.
- (F20.4) La dépression post-schizophrénique : c'est un épisode dépressif au décours d'une schizophrénie.
- (F20.5) La schizophrénie résiduelle : il y a une persistance des symptômes négatifs.
- (F20.6) La schizophrénie simple : on y retrouve des bizarreries du comportement, des diminutions des performances et une impossibilité à répondre aux exigences sociales.
- Autres formes de schizophrénies.
- Schizophrénie, sans précision.

Cependant, la validité de ces groupes a fait controverse. En effet, les sous-types ne se transmettent pas et une personne schizophrène peut varier entre ces différentes formes. Ces groupes ne sont pas inclus dans le DSM V.

6. Les traitements

Le traitement médicamenteux est indispensable dans la prise en charge globale, notamment pour assurer la stabilité, en diminuant la symptomatologie positive. Il permet dans un second temps au patient d'accéder à des traitements non médicamenteux.

a) Les traitements médicamenteux

Dans les années 50, M. Delay et P. Deniker utilisent le premier neuroleptique en monothérapie à l'hôpital Sainte Anne : la Chlorpromazine (Largactil). C'est un neuroleptique de première génération. Aujourd'hui il n'est plus utilisé en première intention car il a des effets secondaires trop importants tels que la sédation et le syndrome extrapyramidal.

À l'heure actuelle sont utilisés des antipsychotiques de deuxième génération qui ciblent et précisent leur action sur les systèmes biologiques impliqués dans la pathologie. Ils ont pour effets de réduire voire d'éliminer les symptômes positifs, de diminuer l'agitation et l'angoisse. Ils présenteraient également des effets bénéfiques sur la symptomatologie négative.

b) Les traitements non-médicamenteux

(1) L'électro-convulsivo-thérapie (ECT)

L'électro-convulsivo-thérapie, aussi appelée sismothérapie, est une technique consistant à provoquer une crise convulsive brève, via un courant électrique trans-cérébral de faible intensité, sous anesthésie générale. En ce qui concerne le déroulement et l'accompagnement de ce traitement, le patient est maintenu à jeun six heures avant la séance. Pendant la séance, l'anesthésie se fait sans intubation, elle est associée à une curarisation et le courant est délivré pendant quelques secondes par application unilatérale ou bilatérale selon la tolérance du patient. Une ventilation au masque est assurée jusqu'à la reprise d'une ventilation naturelle. Le réveil du patient se fait sous surveillance infirmière du fait de la présence d'un syndrome confusionnel ainsi que de céphalées, nausées ou courbatures pouvant survenir quelques heures suivant le traitement. En général, six à dix séances sont nécessaires pour induire une rémission symptomatique, à raison de deux à trois séances par semaine, bien que cela puisse être très variable (Duriez, 2018). Le consentement du patient et/ou de son

entourage est obligatoire et consigné dans le dossier médical. L'ECT est généralement utilisée dans les formes de schizophrénies résistantes associées à des troubles de l'humeur (Le Bihan, 2010).

Mon expérience dans le service d'ECT :

Pendant mon stage au sein de l'UMD, j'ai eu l'occasion d'assister à des séances d'ECT auprès de l'équipe soignante. Dans ce service, sont accueillis des patients de l'UMD mais également ceux d'autres structures voisines qui ne bénéficient pas de ce traitement dans leur service. J'ai pu remarquer que le nombre de séances était très variable ; en effet un des patients présents en était à sa quinzième séance, tandis qu'un second avait dépassé la cinquantaine.

Ayant pu assister à la préparation, à la séance en elle-même, au réveil et au début de surveillance, je me suis rendu compte de la variabilité des effets sur les différentes personnes. Le courant électrique délivré au niveau de la boîte crânienne peut engendrer des réactions très importantes, je pense notamment à une dame, dont le corps convulsait très fortement à tous niveaux. Ou au contraire, des réactions à minima, un des patients avait seulement les petits orteils ainsi que les sourcils qui réagissaient. Paradoxalement, au réveil, les réactions importantes étaient inversées : la dame s'est réveillée avec une humeur enjouée, et a chantonné jusqu'à son départ. Le second patient quant à lui s'est réveillé de moins bonne disposition, visage fermé et voulant à tout prix quitter la pièce alors qu'il n'était pas encore en état de se redresser.

(2) La réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale est une notion centrale dans la prise en charge non médicamenteuse en psychiatrie. Intégrée dans le parcours de soins du patient, elle est décrite comme étant un « *processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté* » (Deleu, 2004). En 1988, le Docteur R. Cnaan définit 13 principes de la réhabilitation psychosociale : *l'utilisation maximale des capacités humaines*, doter les personnes *d'habiletés*, *l'autodétermination*, la *normalisation*, *l'individuation* des besoins et des services, *l'engagement* des intervenants, la *déprofessionnalisation* de la relation d'aide, *l'intervention précoce*, la *structuration de l'environnement immédiat* et son *changement plus large*, *l'absence de limite à la participation*, la *valeur du travail* et la *priorité au social* par rapport au médical.

Au travers de ces principes, l'idée est d'intégrer réellement le patient, de lui laisser une place importante, une place d'acteur dans les différentes étapes vers son rétablissement.

Pour cela, la réhabilitation psychosociale possède divers outils ; la psycho-éducation (à travers les thérapies cognitivo-comportementales par exemple), l'éducation thérapeutique du patient, la remédiation cognitive, ainsi que l'entraînement aux habiletés sociales.

(a) Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les TCC aident à réduire les symptômes, en particulier délirants. Elles ont pour objectif de modifier les attitudes, les comportements et les pensées dysfonctionnelles du patient. Ces thérapies s'appuient sur un schéma directeur s'articulant sur quatre temps successifs :

- Recensement des différents troubles, affectifs, comportementaux, cognitifs, selon leur degré et leur intensité.
- Mise en place d'un contrat thérapeutique avec les objectifs à atteindre.
- Mise en œuvre du programme préétabli.
- Évaluation finale en comparaison à l'état initial.

Dans ces thérapies, le patient a un rôle essentiel quant à sa motivation et son implication, il devient « *co-thérapeute* » avec une auto-évaluation quotidienne des troubles et un auto-contrôle (Haouzir et al., 2020).

(b) L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Selon le rapport OMS-Europe publié en 1996, l'éducation thérapeutique du patient « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. [...] Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* » (HAS).

Ce sont des programmes préalablement établis par les professionnels des institutions qui le proposent et validés par l'Agence Régionale de la Santé (ARS), dont les intervenants doivent impérativement être formés. À ce propos, les personnes formées ont une posture éducative lors de cet accompagnement auprès des patients.

L'ETP se compose de quatre étapes, la première est l'élaboration du diagnostic éducatif, qui se fait en individuel. À ce moment, le soignant, à travers les éléments anamnestiques et l'entretien avec le patient, accompagne le patient dans le vécu de sa maladie, dans sa compréhension, son ressenti et ses émotions. Le professionnel repère les attentes et les représentations du patient vis-à-vis de sa maladie et ses projets. Il est très important d'évaluer les besoins et les attentes du patient, de le

recentrer au milieu du système de soin et du projet éducatif. Il faut fixer les priorités, déceler les ressources mais aussi les limites du patient.

La deuxième étape est celle de la définition du programme personnalisé. La démarche d'ETP est une approche sur mesure en fonction des attentes, des possibilités et des motivations du patient. Les objectifs sont alors libellés sous formes de résultats visés.

La troisième étape est la planification et la mise en œuvre des séances d'ETP, où une coordination entre les différents acteurs formés à l'ETP est de rigueur.

Enfin, la quatrième et dernière étape est celle de l'évaluation, qui permet de mesurer la progression du patient et de ses compétences acquises ou encore d'évaluer ses ressentis. Il y a également une évaluation de la qualité du programme afin de réajuster la démarche pour les prochaines sessions.

L'éducation thérapeutique aide les patients schizophrènes à comprendre les causes, les symptômes et les traitements, c'est une véritable transmission d'informations permettant aux patients de favoriser ses compétences et son autonomie dans la gestion de leur maladie. Le programme se fait souvent en groupe, ce qui permet un réel partage du vécu émotionnel et une entraide, mais peut également se proposer sous un schéma individualisé. Ce principe de transmission est très important pour le patient, qui prend conscience de son trouble et de tout ce qui l'entoure. L'éducation thérapeutique encourage le patient à assumer un rôle actif au sein de l'équipe de soin qui l'entoure, ce qui aide à la construction de l'alliance thérapeutique.

Le programme d'ETP proposé à l'UMD :

L'UMD dans laquelle j'effectue mon stage propose un programme d'ETP pour les patients souffrant de schizophrénie sur deux mois. Il est composé d'un bilan éducatif préalable et de 11 séances de 2 heures chacune. Ces séances se font en co-animation avec deux voire trois intervenants en fonction du thème abordé (par exemple, un médecin, un pharmacien et un infirmier pour le sujet du traitement médicamenteux). Au fil de ce programme, les patients s'expriment sur leur maladie, reçoivent des informations sur celle-ci. Les intervenants leur apportent des conseils sur la gestion de leur quotidien, de l'hygiène de vie, de leur agressivité, des relations avec autrui. Ce programme a pour objectif d'aider le patient à mieux maîtriser sa maladie, à mieux vivre avec.

(c) La remédiation cognitive

La remédiation cognitive fait partie des thérapies psychosociales et est proposée après une évaluation neuropsychologique. La neuropsychologie s'intéresse à l'évaluation et à la prise en charge des problèmes cognitifs des patients, en lien avec les structures et les fonctions cérébrales. Elle vise à optimiser les aptitudes cognitives des patients qui présentent pour la plupart des troubles dans les « *domaines attentionnels, mnésiques ou exécutifs* » (Académie nationale de médecine), aussi appelée la cognition froide. Au terme de cette évaluation, un diagnostic peut se préciser, et la prise en charge être orientée. C'est à ce moment qu'intervient la remédiation cognitive, cette thérapie va consister en des entraînements cognitifs et des apprentissages de stratégies cognitives. Cela permet au patient de résoudre les problèmes auxquels il doit faire face dans les exercices formels comme dans sa vie quotidienne. La cognition sociale (cognition chaude) est également mise à l'œuvre au travers de divers outils favorisant la reconnaissance et l'expression des émotions, la théorie de l'esprit, la perception sociale ou encore la métacognition.

(d) Entraînement aux habiletés sociales

La réhabilitation psycho-sociale comporte un axe visant à entraîner le patient aux habiletés sociales. Par le biais de jeux en groupe ou en individuel, ces entraînements proposent des mises en situations sociales. Les patients doivent alors percevoir les indices environnementaux leur permettant de comprendre la situation, de savoir identifier les personnes, de reconnaître les émotions d'autrui, puis de réfléchir à quel comportement avoir ou quel type de réponse donner. Ceci a pour objectif d'aider les patients à percevoir les situations sociales de manière adéquate afin d'entretenir des relations interpersonnelles et de créer des liens.

La prise en charge non-médicamenteuse comprend également des soins thérapeutiques spécifiques, dont bénéficient les patients selon les structures et les moyens dont disposent ces dernières. Je développerai ces soins dans mon troisième chapitre, en évoquant l'unité d'Ergothérapie présente au sein de l'UMD et les diverses activités thérapeutiques qu'elle propose.

B. Le schizophrène et ses enveloppes

Comme nous l'avons vu lors du chapitre précédent, l'enfant construit ses enveloppes corporelles et psychiques, avec le soutien de son entourage. Ces dernières servent son individuation et son autonomie. La pathologie schizophrénique a une influence sur les parties psychiques et corporelles du sujet ; donc, sur ses enveloppes.

« *Le corps pour le psychotique est un problème : lieu de souffrance, outil de violence, instrument grotesquement inadapté à ses besoins régressifs* » (Pous, 1995) ; ce qui a des conséquences sur son vécu corporel.

1. Des fonctions du Moi-peau entravées

En ce qui concerne les fonctions du Moi-peau chez la personne souffrant de schizophrénie, elles sont entravées. De fait, le sentiment de continuité d'existence est altéré ; à ce propos, P.C. Racamier parle du délire comme une tentative « *d'accomplir, de la façon la plus manifeste et la plus éperdue, l'incarnation [...] [d'] un sentiment vivant et continu d'existence* » (Racamier, 2000).

La fonction contenante du Moi-peau, qui se développe par l'intériorisation du *handling*, constitue un sac avec des limites. Chez le schizophrène, « *tout se passe comme si cette enveloppe perméable n'assurait plus sa fonction de limite et de protection (ni d'accueil)* » (Pous, 1995) : l'enveloppe demeure, « *mais sa continuité est interrompue par des trous* » (Anzieu, 1995). D. Anzieu nomme alors un « *Moi-peau passoire* » (Haouzir et al., 2020).

Le sujet souffrant de schizophrénie n'est pas unifié, les limites de son corps sont floues ; il ne peut alors se vivre comme une entité physique et psychique, mais plutôt comme « *un corps qui se vide de sa substance, des morceaux de corps désarticulés et désunis ne pouvant trouver place dans un décor environnant* » (Haouzir et al., 2020). Cela entraîne des angoisses d'intrusion, de viol psychique et de manipulation.

La fonction de pare-excitation a un rôle de barrière protectrice face aux éventuelles agressions du monde extérieur, mais également de prévention des stimulations internes. Cette enveloppe est endommagée chez le schizophrène, « *les excitations excessives d'origine externe ne sont plus stoppées aux frontières [...], et celles d'origine interne ne sont plus contenues. Tout entre et tout sort, [...] contre*

son gré [...] Il se vide de sa substance et ne peut rien opposer aux invasions du dehors » (Pous, 1995). De cette faille, ressort l'angoisse paranoïde d'intrusion psychique avec la persécution, mais également le principe de « *machine à influencer* » (Anzieu, 1995). Cet « *appareil à influencer* » a été décrit par V. Tausk. Selon lui, c'est le corps propre du sujet schizophrène qui serait le persécuteur, mais le sujet tente de projeter cet objet dans le monde extérieur, sous l'aspect d'une machine. Cette machine, par laquelle les patients se sentent persécutés produit plusieurs effets : elle présente des images, dérobe les pensées et les sentiments, produit des sensations cénesthésiques (la plupart indescriptibles) mais aussi des phénomènes somatiques tels que des éruptions cutanées. Cet appareil est « *manipulé par les ennemis, [...] et l'on retrouve très fréquemment parmi les persécuteurs les médecins qui ont prodigués [des] soins aux malades* » (Tausk et al., 2000).

Ce défaut d'enveloppe pare-excitative permet d'expliquer le discours du schizophrène « *quand il se dit télécommandé par l'extérieur, soit par des personnes ou des forces de l'au-delà, [...] ou qu'il subit malgré lui le pillage de ses idées, souvenirs et sentiments par des forces surpuissantes symbolisant le mal* » (Haouzir et al., 2020).

La fonction d'individuation apporte au sujet le sentiment d'être unique et la possibilité de se reconnaître et de s'affirmer comme individu différencié et différent. Dans la schizophrénie, la réalité extérieure étant mal distinguée de la réalité intérieure, elle va être « *considérée comme dangereuse à assimiler, et la perte du sens de la réalité permet le maintien à tout prix du sentiment d'unicité de Soi* » (Anzieu, 1995).

La fonction d'intersensorialité du Moi-peau permet de relier entre-elles les sensations de diverses natures afin d'aboutir à la constitution d'un sens commun. Avec la carence de cette fonction, les personnes atteintes de schizophrénie présentent un fonctionnement indépendant et anarchique des divers organes des sens, ainsi que des angoisses de morcellement du corps, et plus précisément de *démantèlement*, telle que proposée par D. Meltzer. Pour lui, le phénomène de *démantèlement* est « *désastreux pour le développement psychique [...]. La pensée s'en verrait abolie* » (Pireyre, 2011).

La fonction de soutien de l'excitation sexuelle, enveloppe d'excitation érogène, peut se transformer, dans le cas de schizophrénie, en enveloppe d'angoisse. « *Si le soutien de l'excitation sexuelle n'est pas assuré, l'individu [...] ne se sent pas en sécurité suffisante pour s'engager dans une relation sexuelle complète aboutissant à une satisfaction génitale mutuelle* » (Anzieu, 1995). Ainsi, les orifices sexuels deviennent des lieux d'expériences *algogènes* plutôt qu'*érogènes*, l'angoisse persécutive est majorée, ce qui engendre une « *prédisposition accrue aux perversions sexuelles visant à inverser la douleur en plaisir* » (Anzieu, 1995).

2. Une seconde peau

Face à ses enveloppes défailantes et à ses angoisses prégnantes, le sujet schizophrène, pour rassembler le sentiment de soi, va mettre en place une « *seconde peau* » avec pour effet une « *pseudo-contenance* ». C'est E. Bick qui évoque cette hypothèse de « *seconde peau musculaire* » qui permet au sujet, par le biais de modalités toniques, d'éprouver un sentiment d'identité et de continuité d'être. Cette idée rappelle les travaux de W. Reich sur la cuirasse musculaire, qu'il désignait comme « *représentant l'effet somatique de l'inhibition psychique* », évitant l'angoisse (Ciccone & Lhopital, 2019).

Le tonus, dans la maturation de l'enfant, va permettre un véritable dialogue entre la mère et son bébé, et notamment établir ce que S. Freud appelle « *le premier couple antithétique* » : où le bébé va être en hypertonie d'appel lorsqu'il est en demande de satisfaction, et en hypotonie d'apaisement lorsqu'il est satisfait par sa figure maternelle (André et al., 1996). Ces modalités toniques vont, au fur et à mesure du développement de l'enfant, se nuancer.

La personne souffrant de schizophrénie détient des capacités de modulations toniques très limitées. Le tonus musculaire modifié est « *révélateur de l'intensité de la souffrance psychique* » chez le schizophrène (Defiollles-Peltier, 2010). En particulier, on peut observer une hypertonicité, qui vient lutter contre l'angoisse de morcellement corporel et la dépersonnalisation, afin de retrouver un sentiment d'unité du corps par le biais de contractions musculaires. Cette hypertonicité fait également support au sentiment d'unité psychique, dont la fragilité menace l'intégrité de l'image du corps, support du narcissisme et de l'identité. Cette hypertonie joue un rôle de bouclier narcissique et protecteur des angoisses ; elle paraît être la seule solution pour le sujet de sentir son corps, le contenir et se défendre de l'environnement : « *l'hypertonie musculaire permet au corps de s'anesthésier et de procurer une contenance face aux angoisses de déhiscence* » (Giromini et al., 2015).

La schizophrénie « *s'accompagne toujours de fortes perturbations [du] tonus, en terme d'hypertonie ou bien au contraire d'hypotonie, qui viennent exprimer cette rupture, ce chaos que constitue la déstructuration psychocorporelle* » (Defiollles-Peltier, 2010). De part cette citation, il est important de spécifier que la pathologie schizophrénique est caractérisée par une dysharmonie du tonus se décrivant par « *une expression de mollesse voire de nonchalance dans le mouvement s'inscrivant sur un axe rigide et pouvant basculer brutalement dans un état d'hypertonicité générale* » (Debray, Granger, Azaïs, 2005). Un même sujet peut se présenter d'un jour à l'autre en hypertonie ou

en hypotonie, en lien avec un apragmatisme. Cette dysharmonie est à mettre en lien avec les symptômes de discordance et d'ambivalence, au centre de cette pathologie.

3. Une désorientation spatio-temporelle

« *Comment se situer dans l'espace et dans le temps pour [le sujet schizophrène] en l'absence d'un moi corporel permettant de distinguer l'espace Moi et non-Moi ?* » (Poncelet, 2011).

B. Lesage mentionne le mouvement comme étant le « *générateur du temps et de l'espace* » ; c'est-à-dire que c'est par le corps investi par l'autre, que l'histoire – le temps – du sujet s'imprègne dans son vécu corporel – l'espace (Defiolles-Peltier, 2010).

E. Minkowski parle de la schizophrénie comme d'une véritable « *perte de contact vital avec la réalité* » (Minkowski, 2013) ; du fait de limites corporelles défaillantes, la pathologie témoigne d'une rupture des liens entre temps et espace : « *Le temps présent n'a plus de sens, dans un moment précis le futur et le passé peuvent être confondus* » (Defiolles-Peltier, 2010). L'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu, c'est ce qui sépare le soi et le non-soi. Il est un support de la relation et de la communication. Le temps est considéré comme un organisateur fondamental qui permet au sujet d'organiser sa perception du monde et de son corps.

La personne atteinte de schizophrénie est perdue dans un espace-temps bien à elle, ce qui a des conséquences sur ses comportements, sur ses interactions ainsi que sur sa motricité. Cette désorientation entraîne fréquemment une rupture des rythmes biologiques, notamment au niveau du sommeil.

M. Franz Fischer, dit du schizophrène, au fil de la progression de la maladie, que sa pensée temporelle « *se montr[e] de plus en plus saturée de spatialité interne* » (Minkowski, 2013), c'est-à-dire que « *le temps n'ayant plus de limite, l'histoire du sujet s'émiette ou bien explose. La dissociation envahit le psychisme, et simultanément le corps lui aussi se disloque, perd ses limites et son enveloppe* » (Defiolles-Peltier, 2010). Il y a une régression du sujet au stade d'indifférenciation du nourrisson, où il ne fait pas la différence entre soi et l'environnement extérieur : « *L'image dissociée que le patient a de lui-même peut être limitée, ou au contraire envahir son monde vécu en totalité. Le monde et son corps n'ont alors plus de limites entre eux* » (Defiolles-Peltier, 2010).

4. Schéma corporel transformé, image du corps fragmentée

Le schéma corporel du schizophrène, subissant les attaques des hallucinations cénesthésiques, *s'en trouve modifié, transformé, amputé* (Defiolles-Peltier, 2010).

D'après F. De Sainte Maréville, le sujet schizophrène « *vit son corps de manière parcellaire, morcelée, inhabitée. C'est sur ce vécu qu'il va organiser son schéma corporel, ses mouvements* » (Costes, 2001).

Les mouvements de la personne souffrant de schizophrénie se passent « *comme s'il manquait un repère corporel, pour ancrer, [pour] situer les sensations* » (Morin, 2013).

La schizophrénie engendre une fragmentation de l'image du corps. De par la « *porosité ambiante et quasi permanente entre le dehors et l'intérieur* » (Haouzir et al., 2020), il est difficile pour le sujet de définir une quelconque délimitation de son image corporelle. Dans ses travaux, D. Anzieu évoque clairement que l'image du corps se construit à travers l'accès à l'intersensorialité ; comme énoncé précédemment, la personne souffrant de schizophrénie, en carence de cette fonction, se trouve en difficulté pour l'édifier (Poncelet, 2011).

Les auteurs s'accordent à dire que la dissociation, notion centrale de la schizophrénie, se définit par « *la destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur* » (Pankow & Laplanche, 2009). Le patient schizophrène ne se vit plus comme unifié mais plutôt comme un ensemble de morceaux, qui ne sont pas reliés entre eux (Haouzir et al., 2020).

« *L'univers de la psychose apparaît-il comme un univers morcelé : chaque fragment est souvent ressenti comme étant un monde séparé et ayant perdu toute connexion interne avec les autres fragments. Entre ces parties il n'y a qu'un vide abyssal, un néant* » (Pankow & Laplanche, 2009). Le sujet n'est plus capable de reconnaître les parties de son corps comme siennes. La vision de soi est non accessible psychiquement. La représentation du corps, l'incarnation de soi, sont vouées à l'échec dans la schizophrénie. La pathologie impacte diverses composantes de l'image du corps (sensation et continuité d'existence, identité, peau psychique et physique, tonus, schéma corporel, angoisses corporelles...). « *La confiance dans le fonctionnement naturel de l'organisme est détruite ou n'est pas acquise. Ce qui est naturel est vécu comme artificiel ; le vivant est assimilé à du mécanique ; ce qui est bon pour la vie et dans la vie est ressenti comme un danger mortel* » (Anzieu, 1995).

Pour conclure, nous pouvons observer des enveloppes déficientes voire absentes, une désorientation spatio-temporelle prégnante, un substitut d'enveloppe inconmode, des angoisses handicapantes ; il est donc évident que le sujet schizophrène ait besoin de contenance, de repères, de limites pour pallier ces défauts qui affectent sa motricité, son adaptation au monde et sa vie de relation. Dans le prochain chapitre, nous allons voir comment le psychomotricien va offrir un cadre thérapeutique, métaphore d'une enveloppe corporelle et vecteur de contenance au patient. Par son attention et son implication, il pourra lui offrir un espace, un temps, des repères. Ainsi, par l'expérience corporelle, le psychomotricien pourra contenir, transformer et donner forme aux éprouvés du patient.

☞ Chapitre 3. La psychomotricité au service de la contenance

A. Présentation de l'Unité pour Malades Difficiles

1. Modalités de fonctionnement

Il existe à l'heure actuelle dix UMD en France. Celle dans laquelle j'ai effectué mon stage fait partie des quatre UMD dites « historiques », elle a été ouverte en 1963 (Floris, 2019; Le Bihan, 2010). Elle dispose de 86 lits et accueille exclusivement des hommes sur un recrutement nationale.

Sa mission est définie par le décret du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation psychiatrique, et a été reprise dans l'article R. 3222-1 du code de la santé publique, issu du décret du 1^{er} février 2016. On y retrouve que l'hospitalisation dans ces structures est réservée à « *des patients nécessitant des protocoles thérapeutiques intensifs et des mesures de sureté particulières et dont l'état dangereux est majeur, certain et imminent* », ce qui rend impossible leur hospitalisation en hôpital psychiatrique classique (Le Bihan, 2010).

a) *La population accueillie*

Les patients présents à l'UMD sont en soins sans consentement en hospitalisation complète, c'est-à-dire en soins sous-contrainte. C'est ce qu'on appelle les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (SPDRE). Ce sont des patients présentant des comportements violents répétés, chimio-résistants, parfois auteurs d'actes médico-légaux graves, accueillis pour des durées plus ou moins prolongées.

Bien que la provenance des patients puisse être nationale, 48% des patients de la file active viennent de Nouvelle-Aquitaine et 11% d'Ile de France. Les patients ayant entre 25 et 34 ans représentent 38% de la population de l'UMD et 23% ont entre 35 et 44 ans. L'étendue est de 15 à 84 ans (Floris, 2019; Le Bihan, 2010).

b) Les pathologies présentes

La pathologie dominante au sein de l'UMD est la schizophrénie, elle représente 60% des patients de la population dont 52% souffrent de la forme paranoïde.

Les troubles envahissants du développement sont en seconde position avec un pourcentage de 13%.

Les autres patients souffrent de pathologies telles que des troubles psychotiques, un retard mental, des troubles de la personnalité, un trouble délirant persistant ou encore un trouble bipolaire (Floris, 2019).

c) La prise en charge des patients

L'équipe pluridisciplinaire est composée de médecins psychiatres, d'internes en médecine, de médecins somaticiens, d'infirmiers diplômés d'État (IDE), d'aides-soignants, d'agents des services hospitaliers (ASH), de psychologues, d'assistantes sociales, de secrétaires médicales, de cadres supérieurs de santé, de cadres de santé et d'agents administratifs.

Les objectifs généraux de la prise en charge en UMD sont :

- La recherche éventuelle de diagnostic,
- L'adaptation du traitement médicamenteux,
- L'amélioration de l'insight, qui est la conscience du trouble du patient,
- La diminution du craving (symptôme de l'addiction),
- L'amélioration clinique,
- La prévention et prise en charge des situations de violence.

Le patient a le droit à des correspondances avec son entourage (courriers, téléphone, visites). Bien évidemment, ces droits sont réglementés et autorisés par le médecin psychiatre, en fonction de chaque patient et de sa prise en charge, et peuvent être médiatisés, selon le contrat, par l'équipe soignante ; il en est de même pour le droit aux cigarettes par exemple. Le patient, citoyen, a un droit qui me semble très important, celui de pouvoir à n'importe quel moment avoir des informations sur son état de santé : sur son traitement et son dossier médical.

d) *L'unité d'Ergothérapie*

Dans le cadre de leur hospitalisation, les patients ont la possibilité de bénéficier, sur prescription médicale (cf Annexes 2a et 2b), de prises en charge spécifiques au sein de l'Unité d'Ergothérapie auprès de professionnels spécialisés. L'équipe est composée d'un éducateur spécialisé, de trois ergothérapeutes, d'une psychomotricienne, d'un art-thérapeute, d'un animateur sportif et de deux infirmiers.

L'Unité d'Ergothérapie est une unité fonctionnelle à part entière, elle possède une infrastructure propre ainsi que des espaces dédiés en dehors des unités de vie des patients.

L'unité d'Ergothérapie est systématiquement présentée aux patients à la suite d'une prescription médicale, lorsque leur état clinique est suffisamment stable. Durant cette visite, l'un des membres de l'équipe d'Ergothérapie présente au patient toutes les activités proposées au sein de cette unité. Le patient est à ce moment-là accompagné d'un membre de l'équipe soignante de son unité. À la suite de cette visite, le patient peut alors s'exprimer sur les activités qui l'intéressent. Ses choix seront ensuite discutés en réunions cliniques afin répondre aux objectifs thérapeutiques.

Cet espace de soins, lieu d'échanges et de création, propose plusieurs activités, individuelles et/ou collectives :

- Les activités manuelles : bois, cuir, rotin, poterie, mosaïque.
- Les activités expressives et créatives : mime, art-thérapie, musicothérapie, groupe « émotions ».
- Les activités éducatives, cognitives, et de réhabilitation psychosociale : éveil, éveil+, stimulation cognitive, groupe « gestion de la colère », groupe « adaptation ».
- Les activités corporelles : psychomotricité, sport, tennis de table, jardin.

Ces diverses activités permettent une inscription du patient dans l'instant présent, en mettant la maladie de côté, autour d'une activité qui mobilise des capacités d'attention, de concentration et/ou motrices. Elles favorisent les interactions, des relations adaptées en considérant à la fois l'environnement matériel et humain. L'autonomie, l'estime de soi, l'acceptation de la maladie et la relation aux soignants sont également au travail.

Cette unité de soin est en lien permanent avec les unités de vie, par divers moyens. En effet, des réunions cliniques sont organisées tous les mois dans chaque unité de vie. De plus, avant et après chaque activité, des transmissions orales ont lieu, afin de connaître l'état du patient qui est pris en

charge pour une certaine durée mais aussi pour relater, en fin de séance, comment la séance s'est déroulée pour lui. Un dossier informatisé est également en place afin d'écrire et de lire des observations diverses en fonction de la prise en charge du patient.

2. Enveloppe institutionnelle

Enfermement ou enveloppe ? Voici l'une des premières questions que je me suis posée en entrant dans cette structure.

L'UMD dans laquelle j'effectue mon stage est agencée symétriquement (cf Annexe 1), encerclée de hauts murs. Pour y entrer, il faut franchir un double sas contrôlé. L'UMD dispose de cinq unités de vie pour les patients. Le bâtiment de l'unité d'Ergothérapie se trouve à l'arrière de l'une des unités de vie (cf Annexe 1).

D'extérieur, les différents pavillons se présentent de la même manière : une cour grillagée, des fenêtres à barreaux et une entrée sécurisée par des serrures. Par ailleurs, les serrures sont les mêmes dans toute l'UMD.

Concernant l'intérieur, on retrouve deux types d'agencement : les anciennes et les nouvelles unités. Les unités fonctionnelles datant de la construction de l'UMD sont à étage, le rez-de-chaussée est composé de la salle de vie des patients, des bureaux des différents soignants (infirmiers, médecins, psychologues, cadre de santé) et de la cuisine. L'étage quant à lui est composé de douches et de dortoirs. Dans ces unités, les espaces sont très cloisonnés. Les unités de vie plus récentes, réagencées en 2004, sont de plain-pied, le bureau des infirmiers est entièrement vitré ce qui donne un visuel sur l'ensemble de l'espace de vie des patients. Les patients disposent de chambres individuelles dans ces unités.

La sécurité est au centre de cette architecture : murs, serrures, barreaux, mobilier fixé au sol. La nécessité de contrôler l'activité et les déplacements des patients exige une structure fixe et sécurisée.

« Ces hauts murs, c'est pas si mal, on s'y sent bien à l'intérieur, tu ne trouves pas ? Moi je suis rassuré ici. » dit un patient à un autre, lors d'un temps de promenade autour des pavillons. Cette phrase m'a alors conforté dans ce sentiment d'enveloppe, ces murs, cette architecture fermée, peuvent paraître contenant pour certains. Face aux différentes pathologies que présentent les

patients en UMD, un travail sur le contenant est nécessaire, et cela à plusieurs niveaux. Le premier contenant est l'institution (Defiolles-Peltier, 2010).

En plus de l'architecture, l'UMD a un fonctionnement bien précis. Les journées des patients sont rythmées et ritualisées : lever 8h, douche 8h-8h30, petit déjeuner 9h-9h30, déjeuner 12h, dîner 18h45, coucher 21h. Ensuite, chaque patient a son propre emploi du temps en fonction des activités auxquelles ils participent à l'unité d'Ergothérapie, ou si du temps en chambre d'apaisement est inscrit dans son dossier médical. La prise de traitement est également ritualisée, en fonction de chaque patient. Cette organisation, très respectée, donne des repères aux patients, des limites.

P.C Racamier disait « *Le cadre institutionnel n'est pas seulement fait d'espaces, il est avant tout constitué par des personnes* » (Racamier, 2003). En effet, à l'UMD, l'équipe soignante présente au sein de l'unité de vie est toujours au minimum composée de quatre infirmiers et d'un aide-soignant. Grâce à des réunions de transmission, cliniques, de synthèse ou encore à des échanges informels, la communication entre les différents soignants, est constante. « *Ainsi, le contenant constitué par les soignants [peut] progressivement devenir une réelle enveloppe, à l'intérieur de laquelle le patient aura la possibilité d'y retrouver la sienne* » (Defiolles-Peltier, 2010).

À leur arrivée en UMD, les patients ont tendance à vivre mal l'enfermement, comme « *une réelle contention* », oppressante et douloureuse. Mais ce contenant, matériel, fonctionnel, humain, institutionnel, va, au fil des échanges entre les soignants, favoriser « *la création de liens, et c'est la qualité de ces liens qui va transformer le contenant institutionnel en véritable enveloppe institutionnelle* » (Defiolles-Peltier, 2010). « *Cette enveloppe [institutionnelle permet alors] un espace d'expression plus large, [avec toujours des limites] mais dont les contours sont plus modulables* » (Defiolles-Peltier, 2010). Les soignants ont le rôle de créer les conditions nécessaires à ce sentiment d'enveloppe et de les recréer en fonction des expériences et des évolutions. Pour cela, la *coordination* est de rigueur, « *la valeur de l'ensemble est supérieure à la somme des valeurs de ses constituants* » (Racamier, 2003).

Le tissage de cette enveloppe est la condition sine qua non pour que l'alliance et les processus thérapeutiques puissent se mettre en place. D. Houzel utilise ce terme d'enveloppe institutionnelle à laquelle il donne certaines propriétés :

- L'étanchéité : « *Ce qui se passe, ce qui se dit, ce qui se vit dans l'institution doit être gardé à l'intérieur de l'institution et ne jamais diffuser au dehors* » (Houzel, 2010).
- La perméabilité : Cette propriété dirige les échanges entre l'institution et l'extérieur (famille, hôpital d'origine).

- La consistance : « *Capacité à résister aux pressions extérieures et intérieures de sorte que l'institution ne soit ni désintégrée sous leurs effets, ni malléable à l'envi* » (Houzel, 2010).
- L'élasticité : « *Capacité à se déformer, sans se rompre* » (Houzel, 2010) : c'est cette propriété qui permet à l'institution de contenir la souffrance psychique des patients.

Cette enveloppe institutionnelle constitue le cadre institutionnel dont chaque soignant est le garant.

Mais ce « *cadre institutionnel [est] subdivisé en sous-cadres : à [chaque soignant, chaque activité] son propre temps, son espace propre, à chacun sa position, à chacun sa fonction, à chacun son style. Ces sous-cadres constituent autant de modalités intermédiaires et différenciées où les patients ont la possibilité de s'exprimer et de faire mûrir leur vie psychique* » (Racamier, 2003). L'idée exposée en introduction d'intrication d'enveloppes, d'intrication de cadres est mise en avant ici.

On peut se poser la question de pourquoi pas un cadre unique à chacun des ateliers ? P. C. Racamier répond bien à cette question : « *aux patients, qui ont tant de maux avec leurs excitations, tant de peine à les lier, si peu de paliers intérieurs pour les tenir en attentes, [...], il est nécessaire de fournir des moyens différenciés et successifs de maîtrise et d'élaboration, de mise en forme [...]. Articulés entre eux, ces lieux et ces temps différents travaillent comme des bassins de décantation par lesquels s'opèrent la circulation et la concoction des données psychiques et des dérivés pulsionnels* ».

Cette diversité est à soigner avec prudence, c'est aux différents soignants « *de pratiquer l'art de la différenciation tout en évitant l'empilement, la confusion ou les déchirements* » (Racamier, 2003).

Voyons dès à présent, le cadre en psychomotricité, et plus précisément ses aspects contenant.

B. La contenance dans la pratique psychomotrice

1. Un cadre thérapeutique contenant

L'idée dominante du mot « cadre » est celle de la délimitation. Le cadre entoure, protège, forme une ossature, un châssis, une armature (CNRTL).

Pour C. Potel, le cadre thérapeutique est ce qui « *contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2019).

C. Ballouard dit « *un cadre contenant, c'est un cadre ajusté, un cadre relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître* » (Ballouard, 2003).

a) *Le cadre thérapeutique dans la pratique psychomotrice*

Le cadre, c'est « *un lien, des temps, des règles et des seuils. Des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception. La conception c'est l'esprit du soin. Il est essentiel, il réside dans la tête des personnes opérantes. Le cadre du soin s'en nourrit* » (Racamier, 2003).

Le cadre thérapeutique est le premier élément à mettre en place avant toute séance de psychomotricité. La qualité du cadre et la manière dont il est respecté influenceront de manière déterminante l'intervention du psychomotricien. Le cadre est propre à chaque patient et peut être ajusté selon son évolution ou changer en fonction de la médiation choisie.

Le cadre doit être contenant, structurant et sécurisant. Il est une *interface vivante*, c'est parce qu'il est vivant qu'il doit être souple, mais c'est aussi parce qu'il est vivant qu'il doit être ferme (Racamier, 2003).

b) *Le cadre selon J.P. Mendiburu*

Pour J. P. Mendiburu, le cadre thérapeutique regroupe 4 composantes en permanente interaction : le cadre professionnel, le cadre conceptuel, le cadre pratique et le cadre interne du thérapeute (Mendiburu, 2003).

Le cadre professionnel, donne une certaine légitimité au thérapeute pour l'exercice de sa fonction face à son patient. Ce cadre est constitué par l'appartenance à un courant de pensée, à une « *communauté culturelle* », due aux formations, mais également par une « *base déontologique* » rattachée à la profession qui en *codifie l'éthique*. Il comporte aussi, les formations en continu, le travail sur soi que réalisera le professionnel ainsi que les supervisions.

Le cadre conceptuel correspond à toutes les références théoriques dont le professionnel s'est imprégné et qu'il a intégré pour faire naître sa pratique.

Le cadre pratique est ce qui délimite et donne forme à la thérapie, il « *définit les frontières du possible et celles de l'interdit* » (Mendiburu, 2003). D'ailleurs, la solidité de ces frontières est essentielle à la sécurité et à la création de la relation thérapeutique.

Ce cadre implique :

- L'espace de rencontre, qui va être déterminant pour la participation du sujet, suivant comment il se sent accueilli. Cet espace fait lieu de *tapis symbolique* sur lequel la relation va se jouer.
- Le rythme des interventions, généralement hebdomadaire.
- La sécurité, qui est strictement non-négociable (Mendiburu, 2003). En psychomotricité trois règles sont importantes : l'interdiction de se faire mal, l'interdiction de faire mal à autrui et l'interdiction d'abîmer le matériel.
- La rémunération, J. P. Mendiburu parle de « *piment thérapeutique* ». Nous pouvons comprendre cette expression sous deux aspects : le piment « pique », un versant négatif dans la thérapie mais aussi il « pimente », amène du changement, recolore la relation. L'auteur qualifie la rémunération comme « *obstacle social entre le désir et le pouvoir* », cette définition peut être comprise comme un obstacle entre le vouloir et la possibilité financière.
- Les incartades sont « *ce qui permet de se cogner au réel du cadre* » (Mendiburu, 2003). L'incartade la plus courante est la séance manquée (*plus ou moins, ou pas du tout annoncée*), mais la règle étant posée, la séance est due.

Il me paraît important de préciser que les deux derniers éléments constituant ce cadre pratique n'ont pas leur place en institution, et notamment en UMD. Les soins des patients ne sont pas payés à l'acte, il y a la mise en place d'un forfait journalier à leur hospitalisation. Aussi, étant en soins sans consentement, il ne peut y avoir de manquement, à moins de sorties thérapeutiques, de soins particuliers (ECT) et/ou de mise en chambre d'isolement, tout ceci en accord avec le médecin psychiatre, le patient ne peut en aucun cas décider seul de ne pas assister à une séance.

Le cadre interne du thérapeute c'est sa sécurité interne, en lien avec sa propre organisation psychique, son histoire, ses expériences de vie, mais aussi sa *formation métabolisée en profondeur* (Mendiburu, 2003). L. Huxley dit que le soin « *ça fonctionne si vous fonctionnez* ». C. Naranjo précise que le professionnel expérimenté est celui qui est capable de « *repérer la vraie attitude, la renforcer, la réclamer, l'enseigner, parce qu'il la connaît en lui-même* », « *sa connaissance du quoi faire ou comment agir provient d'une compréhension globale de là où il en est* » (Mendiburu, 2003).

c) *Le cadre selon C. Potel*

Apparenté au cadre pratique de J. P. Mendiburu, C. Potel, psychomotricienne, décrit plus précisément et détaille des éléments concrets constituant le cadre thérapeutique.

(1) Le cadre physique

- Les conditions d'espace

« *Il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensori-motrices* » (Potel, 2019).

La salle de psychomotricité est un lieu privilégié, de rencontre, qu'il est nécessaire de préserver. Elle doit être suffisamment contenante et sécurisante pour que le patient puisse l'investir. C'est à la fois *enveloppe et noyau* (Racamier, 2003). Cette enveloppe doit être chaleureuse et accueillante, le cadre dans lequel on accueille le patient est déjà un premier miroir narcissique. Ce lieu est empreint de l'ambiance relationnelle et du corps à corps que nous instituons, c'est une première façon de concevoir des enjeux relationnels. Cet espace doit montrer aux patients qu'ils sont respectables, autant qu'ils le respectent.

- Les conditions de matériel

Le psychomotricien décide du matériel qu'il met à disposition, du matériel qu'il utilise en séance et des règles établies. Les objets sont support d'imaginaire et de créativité.

Le cadre matériel que l'on propose et la façon dont on le propose font partie de notre style clinique. Si les divers matériels sont accessibles, ou s'ils sont à portée de vue mais non accessibles, ou s'ils sont fermés dans des placards, ce n'est pas la même chose. À portée de mains, les excitations sont disponibles en permanence et les processus primaires vont être en jeu. Si le matériel est visible mais non accessible, la tentation et l'excitation sont permanentes mais seulement visuelles et le patient doit passer par le thérapeute pour y avoir accès. C'est encore différent si l'accès est complètement supprimé y compris au niveau visuel ; le patient est d'emblée dépendant d'une relation avec le psychomotricien qui l'accueille pour l'utilisation de cet objet.

- Les conditions de temps

Ces conditions sont les horaires, la fréquence, la durée. Ces règles de temps, peuvent parfois constituer des contraintes, mais au-delà de cela, elles font parties intégrantes du cadre, « *elles sont inhérentes à l'enveloppe [...], non seulement elles organisent [et] balisent, mais encore elles entourent* » (Racamier, 2003). Ces conditions doivent être discutées au préalable pour que s'installe

l'idée de permanence, essentielle à la construction de repères. Bien évidemment, il convient que ces règles *s'appliquent à toutes les parties en présence*, c'est-à-dire aux patients comme aux soignants (Racamier, 2003). Au-delà des horaires, les rythmes sont importants. Les rythmes sont constitués de rituels.

Le rituel est un « *ensemble d'habitudes, de règles implicites ou explicites qui régissent certaines cérémonies ou certains comportements sociaux* ». C'est une séquence d'actions stéréotypées, chargées de signification et organisée dans le temps et qui s'inscrit dans un rythme. C'est la répétition qui instaure une rythmicité et va structurer la temporalité. Le rituel n'est pas spontané, au contraire il est réglé, fixe, codifié. « *Sans être rigide, [il ne doit pas pour autant être] follement variable* » (Racamier, 2003) et le respect de ses séquences garantit son efficacité.

Les rituels sont fabriqués pour ce qu'ils représentent et non pour l'action elle-même. Ils sont utilisés pour donner du sens ou pour diminuer une angoisse. Ils peuvent aussi créer du lien dans un groupe, ils assurent une certaine cohésion. Le rituel a une fonction organisatrice et structurante.

En psychomotricité, les rituels sont mis en place pour sécuriser le patient et diminuer son angoisse. Ils offrent une certaine maîtrise et un ancrage dans « l'ici et le maintenant ». Ils permettent d'ouvrir la séance et de la clore. Ils ont également un rôle de réassurance et de réappropriation de la salle et de la relation au thérapeute. C'est par la répétition que se crée l'habitude et c'est par l'habitude que se structure la pensée. Les rituels permettent également d'instaurer une forme de permanence, servant d'appui à la construction de l'alliance thérapeutique.

- Les conditions d'encadrement

Après un lieu, des temps, des règles, il faut des personnes. Les conditions d'encadrement comprennent la configuration de la séance, c'est-à-dire le nombre de professionnel (co-animation, thérapeute seul), le nombre de patients, ainsi que les règles établies au préalable. Le secret professionnel fait partie des règles, il peut être dynamique avec un partage restreint de ce qu'il se passe en séance avec la famille ou l'institution.

- Les conditions du fonctionnement institutionnel

Il s'agit du cadre posé par l'institution en lien avec le fonctionnement de la structure. Le cadre thérapeutique de la séance s'intègre au projet institutionnel, ce qui, réciproquement, porte le projet et l'alliance thérapeutique entre le patient et le professionnel. Il y a existence d'une triangulation : institution-patient-thérapeute, qui accompagne et soutient le projet thérapeutique.

Le temps du coronavirus :

Lors de la crise sanitaire et du confinement en mars 2020, s'est produit un changement du fonctionnement institutionnel. L'unité d'Ergothérapie s'est vue fermée et les membres de l'équipe pluridisciplinaire répartis dans les unités de vie.

Les prises en charge ont été complètement chamboulées, elles avaient lieu dans les lieux de vie des patients, aux côtés de l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants) ainsi que des patients n'ayant pas de prise en charge. En juin 2020, l'unité d'Ergothérapie a pu réouvrir ses portes mais le brassage des unités a été interrompu. Les prises en charge groupales ont dû être remaniées afin que les groupes soient composés de patients d'une même unité. En janvier 2021, à la suite d'apparition de cas Covid dans l'une des unités de vie de l'UMD, l'organisation des prises en charge a encore une fois dû changer : cette fois-ci, en conséquence des mesures sanitaires, il fallait préserver un espace par unité afin d'éviter toute propagation du virus.

À chaque nouveau fonctionnement, les lieux, les horaires, les fréquences, les rituels, l'encadrement : tout change ! Les patients n'ont plus aucun repère, se posent beaucoup de questions, se sentent perdus voire abandonnés lorsque des prises en charge ont dû être mises en attente (bien que ce soit une minorité) du fait de problématiques organisationnelles et sécuritaires.

(2) Le cadre psychique

Comme explicité auparavant, la théorie est très importante pour le psychomotricien afin de mettre en pensée ce qu'il se passe en séance. Par sa formation initiale et d'autres complémentaires, le psychomotricien apprend et investit son propre corps ; ces expériences vont constituer son premier outil de réflexion.

Le psychomotricien a pour objectif d' « *aider le patient à se construire, dans des limites plus tranquilles et plus sécurisantes, afin d'accéder à des voies de symbolisation plus secondarisées* », il a donc une capacité de contenance à avoir (Potel, 2019).

Il est important que le psychomotricien soit à l'aise avec lui-même, avec ses parties sombres, pour pouvoir s'étayer lui-même. Il va devoir lui-même être contenu par ses connaissances, des supervisions, son institution, afin d'assurer au mieux sa fonction de contenance, laquelle je vais décrire un peu plus tard (Kacha, 2011).

d) *Les fonctions du cadre*

(1) Fonction limitante

Par ses conditions de temps, d'espace et ses règles, le cadre instaure des limites ; il concrétise un avant et un après, un dedans et un dehors. À ce propos, la stabilité du cadre spatial et temporel est essentielle pour travailler efficacement les niveaux archaïques, en lien avec les angoisses (Chapellière, 2011).

Il permet véritablement une frontière entre le lieu de vie de la personne et le lieu de thérapie. Ainsi, il protège du milieu extérieur, « *comme une invisible peau, [le cadre...] n'isole pas : il amortit. Il ne défigure pas non plus : il filtre. Le fracas du monde ne transperce pas cette enveloppe à la fois vivante et virtuelle* » (Racamier, 2003).

Aussi, il protège, le sujet de ce qui peut être débordant pour lui intérieurement, comme ses angoisses, elles sont régulées ; « *le cadre permet de maintenir un niveau d'excitation suffisant et suffisamment stable* » (Racamier, 2003). Le cadre a une fonction stabilisatrice, il modère les excitations.

J. Laplanche voit le cadre comme « *une membrane à double paroi, ou double limite, l'une à l'intention protectrice, représentant les conditions de la réalité extérieurs, l'autre à valeur d'écran où se projettent les représentations du sujet, tournées vers le monde psychique interne, avec ses exigences pulsionnelles* » (Cluzeau, 2014).

(2) Fonction de continuité

Il est très important que le cadre soit permanent, autant dans ses conditions de temps et d'espace, que de matériel et d'encadrement. Cela créer un climat de confiance et de sécurité pour le patient. Le fait, par exemple, de trouver toujours les mêmes objets, à la même place, créer une continuité chez le sujet et l'inscrit dans une temporalité avec des repères précis.

Ainsi, le patient schizophrène chez qui le sentiment d'existence est altéré va pouvoir réacquérir ce sentiment grâce à cette continuité installée.

(3) Fonction contenantante

D. Anzieu compare le cadre à « *un contenant maternel* », une enveloppe protectrice qui joue le rôle de « *seconde peau psychique* » (Frémond, 2016). Le cadre va agir comme une seconde peau, il contient le patient qui peut y déposer ses angoisses, sa problématique mais aussi de bons éléments. Ce cadre n'est pas perméable, chacun repart avec des éléments internes au cadre et peut amener des choses à l'intérieur, c'est un échange. Pour que cet échange fonctionne et soit sécuritaire, le psychomotricien se doit de se montrer suffisamment contenant et rassurant, afin que le patient ait confiance.

La contenance du cadre permet l'expression, l'expérimentation et l'appropriation des médiations et des prises en charge : elle permet un ancrage. Le cadre est ce qui demeure permanent pour que le changement se produise (Ballouard, 2003).

Le cadre doit être précis et sécurisant, afin de contenir l'action thérapeutique où le psychomotricien s'engage pleinement (Giromini et al., 2015). A. Lauras parle du cadre comme d'une « *enveloppe contenantante au service de la relation* » (Ballouard, 2003), il fait tiers dans la relation duelle. De fait, il se crée une distance entre le patient et le psychomotricien, nécessaire à un travail thérapeutique opérant. Le cadre concourt à créer une alliance thérapeutique, un partenariat entre le thérapeute et le patient.

Le psychomotricien est le garant du cadre, de sa continuité et de sa solidité. Sa disponibilité psychocorporelle est primordiale pour assurer un cadre sécurisant pour le patient. Le psychomotricien s'inscrit, s'engage, dans la relation, il est ancré dans « l'ici et le maintenant ». Une de ses spécificités est son implication corporelle, décrite par O. Moyano en 1994, elle est la « *relation partagée entre [le patient] et le psychomotricien dans le cadre des séances* » (Scialom et al., 2011).

2. Les qualités contenantantes du psychomotricien

a) *Fonction de maintenance*

La première qualité sollicitée chez le psychomotricien est sa dimension de support, de maintenance. Le patient a besoin de s'assurer de la force du « *point d'appui* » afin de s'y accrocher et de se sentir en sécurité (Kacha, 2011). Comme la mère pour le bébé, le psychomotricien doit d'abord

être un repère pour le patient, « *il est la balise, la bouée* » à laquelle il va s'accrocher, il est le support sur lequel il va s'adosser.

Le psychomotricien, par ses fonctions de *holding* et de *handling*, porte le patient tant qu'il n'est pas capable de s'auto-porter. Il instaure un climat de confiance et de sécurité afin que le patient puisse faire ses propres expériences.

b) *Capacités attentionnelles et d'accueil*

Une des qualités essentielles pour assurer une fonction contenant est l'attention. D. Meltzer évoque la capacité psychique « *d'être présent, de ne pas avoir la tête ailleurs* » (Kacha, 2011). Cette notion de présence psychique est fondamentale, le psychomotricien doit être suffisamment attentif et avoir la capacité psychique d'accueillir les projections du patient.

Cette capacité psychique met en avant la faculté du psychomotricien d'être à la fois présent dans la séance, physiquement, tout en constatant les faits, et en les analysant. Il est dans cette posture dedans/dehors qui lui permet d'être psycho corporellement impliqué tout en faisant des allers-retours entre cette posture d'engagement avec le patient et ce regard, ce témoin extérieur qui fait qu'il analyse la situation ; de manière à pouvoir s'ajuster et renvoyer des choses adaptées au patient à cet instant.

Nous pouvons ici évoquer la notion de dialogue tonico-émotionnel décrit par J. De Ajuriaguerra, approfondissement de la notion de dialogue tonique, mis en évidence par H. Wallon. Ce dialogue, observé lors des interactions mère-enfant met en lien le tonus et les émotions. Le tonus constitue dès la naissance le premier canal de communication de la vie affective. Le tonus, toile de fond des émotions, fait « parler » par le corps. Le psychomotricien va développer des manières de se positionner, de regarder, de toucher le patient pour favoriser ce dialogue tonico-émotionnel, faire émerger et extérioriser les émotions du patient. Lui permettant alors de les reconnaître, les accepter et non de les subir.

Par son regard contenant, servant de base aux assises narcissiques, son écoute, mais également le dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien accueille, contient et transforme afin de tendre vers un investissement unifié du corps du schizophrène.

c) *Fonctions de pare-excitation et de symbolisation*

Comme la mère, le psychomotricien met son appareil à penser les pensées à la disposition du patient. Le patient s'autorise à déposer en lui ses angoisses, ses affects dysphoriques. On retrouve ici la fonction α décrite par W. Bion : le psychomotricien accueille et détoxifie les éléments β .

Le psychomotricien a également un rôle de pare-excitation et de protection. En jouant son rôle de filtre, il dose les excès de stimulations, les contient, et par sa capacité de symbolisation, sera capable de les renvoyer sous forme élaborée et assimilable au patient.

Il serait « *ce penseur* » qui aurait la capacité de recevoir, « *sans pour autant se sentir démoli* » et de transformer et restituer les pensées pour les rendre représentables (Kacha, 2011).

Dans le cadre des psychoses, M. Sapiro évoque une défaillance de la capacité de symbolisation. Le patient ne peut donner de sens à ses sensations. Le psychomotricien aide à cette symbolisation, en mettant en mots, en accompagnant le vécu de sa parole. « *C'est à la parole de combler le morcellement en unifiant* » (Boisseau, 2018).

Le corps pour le schizophrène est « *lieu de souffrance, outil de violence, instrument grotesquement inadapté à ses besoins régressifs* » (Pous, 1995). Il y a donc là la nécessité de proposer un soin physique, qui renvoie à une attention au corps. L'abord corporel en psychomotricité doit permettre l'instauration d'une base de sensations-perceptions afin d'étayer le Moi du patient. Selon S. Freud, « *le Moi dérive en fin de compte de sensations corporelles* ». Le soin proposé au patient schizophrène doit également être médiatisé, il y a un intérêt à créer un espace tiers entre le soignant et le soigné, garant des limites de chacun. Enfin, le soin se doit d'être global, c'est-à-dire s'adresser à l'ensemble du corps. Finalement, ces soins ont pour objectif de tendre vers un investissement du corps comme limite, sensible aux excitations internes et externes.

Pour résumer, la fonction contenante du psychomotricien s'appuie sur (cf Annexe 3) :

- Son histoire, ses compétences, ses connaissances, ses limites,
- Le cadre et le dispositif qu'il met en place, garantie de la solidité de l'enveloppe qu'il propose,
- La façon dont il accueille le patient, lui sert d'appui, de soutien,
- La notion de présence psychique,
- La notion de capacité d'accueil, de protection, de contenance et son aptitude à métaboliser et donner sens aux éprouvés du patient.

Cette fonction contenante est constamment remise à l'épreuve « *dans sa capacité à capter, à tenir, à retenir, et à limiter en évitant les débordements* » (Kacha, 2011). Le psychomotricien doit donc être suffisamment « solide » pour accueillir les projections négatives, être en mesure de mettre en place un contenant susceptible de recevoir cette détresse et de la transformer. La qualité des soins et des résultats sont dépendants de la qualité de cette capacité de contenance. Le psychomotricien est « *celui qui conjugue le verbe tenir dans toutes les acceptations du terme, puisqu'il tient, maintient, retient, détient, soutient, contient et entretient* » (Kacha, 2011).

☞ Chapitre 4 : Cas cliniques

A. Prise en charge individuelle : M. S.

1. Anamnèse

M. S. est né en décembre 1986. Il est l'ainé de sa fratrie, son frère est aujourd'hui âgé de 22ans. Ses parents ont divorcé quand il avait 16 ans, il est régulièrement en contact avec sa mère, quant aux relations avec son père, elles sont inexistantes. Concernant sa scolarité, M. S. est allé jusqu'en classe de 3^{ème} sans redoubler et a ensuite entrepris des études de cuisine qu'il a arrêtées sans en obtenir le diplôme. M. S. a pu évoquer son enfance lors des séances de psychomotricité et la qualifie de « *vraiment extraordinaire et géniale jusqu'à [ses] 11ans et demi* » et qu'après cela a « *dégringolé et fait haut/bas* » (dixit).

La puberté chez le garçon se produit en général aux alentours de 12ans, ce que M. S. caractérise de dégringolade peut faire penser à cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. La puberté bouscule le rapport aux représentations du corps et aux relations avec le corps des autres.

Au sujet de l'histoire de sa maladie, M. S. est hospitalisé pour la première fois en 2003 pour des troubles du comportement, des idées de persécution et des automutilations. Il a ensuite été hospitalisé plusieurs fois en 2004, 2005 et 2006 à la suite de décompensations psychotiques aiguës. De 2007 à 2012, il est hospitalisé pour des troubles du comportement, déviance sexuelle sur son jeune frère et décompensation délirante. Entre 2012 et 2015 il a vécu seul dans un appartement tout en ayant un traitement médicamenteux. En avril 2015, n'ayant pas respecté son interdiction judiciaire de fréquenter des mineurs et de voir son frère, M. S. est incarcéré. À sa sortie de prison en août de la même année, sont apparues une majoration des troubles dissociatifs, une désorganisation et des difficultés à gérer son quotidien. Il est alors réhospitalisé en septembre 2015. Après une fugue de cet établissement, M. S. est placé dans une autre unité de soin où il va passer à l'acte sur lui-même (par strangulation), mais aussi sur autrui en agressant physiquement des soignants et en abusant sexuellement d'un patient vulnérable.

M. S. est atteint d'une schizophrénie et présente une personnalité dyssociale ainsi qu'un trouble de la sexualité à type de pédophilie. On observe également chez M. S. des signes d'automutilation, avec notamment plusieurs cicatrices sur le poignet gauche, il signifie à ce propos qu'il les a faites « *pour se faire plaisir* » (dixit). Il présente aussi des traces évocatrices de brûlures de cigarettes sur son bras gauche.

M. S. est adressé à l'UMD en janvier 2016 au motif d'une agitation et d'une agressivité physique et verbale. À ce moment, le médecin de son hôpital d'origine fait état d'une pensée désorganisée, d'une tension psychique, d'une discordance idéo-affective avec des rires immotivés, d'un rationalisme morbide et d'un sentiment de toute puissance.

2. La prise en charge au sein de l'UMD

Ayant pu échanger avec l'équipe soignante de l'unité de vie de M. S., j'ai pu retracer son cheminement depuis son arrivée.

Au départ, M. S. se montrait provoquant envers les soignants, voulant les intimider. Il présentait énormément d'attitudes de prestance et était certain d'un complot contre lui. Cette certitude du complot est symptomatique de la schizophrénie, le délire de persécution est le thème de délire le plus fréquent.

Je trouve important de préciser que dans la sphère familiale de M. S., il y a un réel déni de la pathologie et de la déviance sexuelle, ce qui n'aide pas à la prise de conscience des troubles et à la création de l'alliance thérapeutique. Sa mère, fusionnelle, totalement inadaptée et dans le refus de la maladie, et son père, absent, constituent un « *schéma psychotique* » selon les dires d'un des infirmiers de l'unité de vie de M. S.. Cela conforte le patient dans son idée de ne pas être malade et de ne pas accepter son hospitalisation.

Par conséquent, M. S. présente une anosognosie totale, il ne s'implique pas dans sa prise en charge, il y a donc peu d'évolution de son état clinique. Les infirmiers le décrivent durant les entretiens comme froid et amimique, ce qui rend compte de sa pathologie et de la symptomatologie négative présente au niveau des émotions, des comportements et du discours. D'autres symptômes schizophréniques sont relevés tels que la fuite des idées, une désorganisation et une discordance idéo-affective. M. S. minimise ses passages à l'acte concernant sa problématique sexuelle et déclare avoir volontairement agi de cette manière, pour « *son propre plaisir* » (dixit), sans tenir compte de la souffrance causée à ses victimes. Par ailleurs, au sein de l'UMD, il a pu présenter à plusieurs reprises,

jusqu'à très récemment, des troubles du comportement à titre d'exhibitions sexuelles envers des soignants, associés à un mécanisme projectif d'apporter du plaisir à la personne qui le voit.

Au sein de l'unité, le rappel du cadre et des règles entraîne chez lui du stress. Il a également pu rapporter qu'il vivait mal l'enfermement, ce qui peut se lire sur son corps avec ses actes d'automutilations. Quand on le questionne sur ces marques, il déclare que cela soulage sa « *souffrance interne* » (dixit).

Les objectifs de soins établis par le médecin psychiatre sont d'améliorer la reconnaissance de ses troubles et le fait qu'il en parle à l'équipe, d'améliorer la conscience de la maladie schizophrénique, de diminuer dans la mesure du possible le risque de récurrence d'agressions sexuelles, de diminuer le risque de violences envers lui-même ou autrui et enfin d'améliorer la conscience de la nécessité de soins et d'un traitement au long court.

Afin d'améliorer sa conscience de la maladie, des livres sur la schizophrénie lui ont été proposés par le médecin psychiatre mais M. S. n'en a pas saisi l'importance et ne fait pas de lien entre ce qui est écrit et son état clinique.

A l'heure actuelle, M. S. est décrit comme plutôt compliant et volontaire dans le quotidien, avec une légère hypomanie et une logorrhée très prégnante en lien avec sa tachypsychie. M. S. n'a que très peu d'interactions avec les soignants, au même titre qu'avec les patients. Il a d'ailleurs à ce sujet pu dire qu'il se sentait rejeté par les autres patients. Les soignants expliquent cette sensation par le fait que M. S. arrive dans des conversations qui ne le concernent pas et parle d'un sujet sans rapport, ou interpelle les patients de manière inappropriée, avec des interactions incongrues, hors réalité ou pour parler de ses mêmes sujets favoris (ses muscles et ses idoles de cinéma). Par conséquent, c'est un patient qui s'isole beaucoup, dans la salle télé ou avec son MP3, et qui présente des épisodes de soliloque. Ces derniers temps, il exprime de plus en plus régulièrement son désir de quitter l'UMD.

Sur le plan de la schizophrénie, son tableau clinique reste stable et il semble répondre favorablement à son traitement. Il apparaît moins envahi et plus ancré dans la réalité. Sa reconnaissance du trouble est partielle avec un discours assez plaqué et de façade. Sa pathologie schizophrénique, stable, ne semble plus être au premier plan, et sa problématique sexuelle paraît plus présente. Si les soignants essaient d'aborder cette question, M. S. change tout de suite de sujet. Il éprouve une gêne et une méfiance à l'évocation de cette problématique par l'équipe, ce qui rend impossible l'avancée de la prise en charge. Les notions de bien et de mal lui sont abstraites. Ces derniers temps, M. S. a pu s'exhiber devant les autres patients ainsi que les soignants à plusieurs

reprises, ce qui a engendré un protocole d'isolement. Lors des entretiens médicaux, M. S. affirme avoir été mis en isolement « *pour le simple fait de se faire plaisir* » (dixit), il ne critique pas son geste et garde un discours pauvre. Cette notion de plaisir qu'évoque le patient peut être reliée à la fonction de soutien de l'excitation sexuelle du Moi-peau devenue une enveloppe d'angoisse dans la schizophrénie. M. S. transforme cette angoisse douloureuse en plaisir, ce qui rend ses perversions sexuelles à titre d'exhibition récurrentes et non critiquables.

3. Les prises en charges au sein de l'Unité d'Ergothérapie

Au sein de l'unité d'Ergothérapie, M. S. participe actuellement aux ateliers cuir, poterie/mosaïque/rotin, art-thérapie et psychomotricité. Le psychiatre propose la socialisation comme premier objectif de soins aux ateliers. Au départ, M. S. a pu se montrer très en retrait voir désinvesti dans les activités, mais peu à peu, a émergé chez lui une envie de participer. Néanmoins, son discours, son comportement ainsi que sa présentation sont très fluctuants chaque jour, ce qui démontre une grande ambivalence chez lui, notion que l'on retrouve au centre de la pathologie schizophrénique.

Au cours de ces divers ateliers, un sujet sur lequel M. S. montre un réel intérêt est sa passion pour la musculation, qu'il dit avoir énormément pratiqué en salle de sport. M. S. est très préoccupé par son corps et son apparence physique, il a souvent tendance à montrer ses bras « *vous avez vu comme je suis musclé ?* » (dixit), et à se comparer, et/ou à idolâtrer, des stars de cinéma ou de culturisme comme Arnold Schwarzenegger. À ce propos, M. S. est plutôt grand, brun et présente une gynécomastie. Il a pour projet dès son retour dans sa ville d'origine de s'inscrire dans une salle de sport pour beaucoup travailler ses muscles, afin d'être « *beau et fort* » (dixit), projetant par la même occasion un retour rapide chez lui.

a) *La prise en charge en atelier cuir*

L'activité cuir est animée par une ergothérapeute, M. S. y participe durant 2 heures avec trois patients de son unité. J'ai pu y assister à quatre reprises à ses côtés.

M. S. a débuté cette activité en juin 2017, les objectifs de départ dans cette prise en charge étaient la création de la relation ainsi que le respect du cadre de l'activité. Présentant une instabilité psychomotrice importante, il y a l'intérêt pour lui de se poser sur un support. L'activité cuir est un

espace où il se livre beaucoup, une relation de confiance et une alliance thérapeutique ayant pu se construire avec l'ergothérapeute. Cet atelier est également un lieu où la symptomatologie positive de M. S. est très présente, il y soliloque beaucoup et exprime à haute voix ses délires en lien avec une croyance en la télépathie.

L'objet le canalise énormément, bien que je remarque une agitation et une désorganisation tant qu'il n'a « rien à faire » (dixit).

Les objectifs ont bien évidemment évolué depuis le début de sa prise en charge dans cet atelier. Actuellement l'ergothérapeute essaie de travailler avec lui la planification, l'organisation, tout en s'adaptant au groupe et donc à la temporalité car il a tendance à avoir besoin de beaucoup d'étayage et de réassurance, l'autonomie est en évolution.

b) La prise en charge en atelier poterie/mosaïque/rotin

Cette activité est également proposée par une ergothérapeute et c'est aussi au sein d'un groupe de 4 patients, sur 2 heures d'atelier, que M. S. y participe.

Il a commencé cet atelier en 2016, et s'y montre « multi-support » (rotin, poterie, mosaïque). Il est très rapide dans l'exécution, dans la précipitation. On peut faire un parallèle avec sa pathologie, il a besoin de remplissage, il cherche à remplir le vide et donc ne s'arrête jamais.

Les objectifs de cette prise en charge sont de canaliser son agitation psychomotrice via le support ainsi que de favoriser la verbalisation autour de ses ressentis dans l'optique d'une prise de conscience de ses difficultés. La relation thérapeutique et de confiance est également bien instaurée avec l'ergothérapeute. La prise en compte de l'autre est aussi au travail, vis-à-vis de son attitude et de l'écoute des autres.

c) La prise en charge en art-thérapie

C'est aussi en groupe, accompagné de trois autres patients, que M. S. prend part à cette activité animée par un art-thérapeute. Au cours de mon stage, j'ai pu être présente à trois reprises sur cette activité.

M. S. a rejoint ce groupe en novembre 2020 à la suite de nombreuses demandes de sa part. Au même titre qu'en activité poterie/mosaïque/rotin, M. S. se montre « touche à tout », avec de multiples idées et une précipitation marquée amenant même à la surproduction. Le soignant a souvent besoin de le canaliser, de le recentrer sur un seul projet avec une cohérence et une hiérarchisation des étapes de construction. Pinceau, stylo, feutre ou rouleau, M. S. s'adapte facilement aux différents supports et recrute le tonus adéquat pour réaliser les mouvements de motricité fine.

Les objectifs de cette prise en charge sont de répondre à son besoin d'expression par le dessin tout en travaillant sur cette précipitation, en canalisant son énergie. Il s'agit aussi de favoriser son expression sur ses productions, l'évocation de ressentis et de souvenirs, de favoriser les échanges avec ses pairs, de recevoir et d'émettre des jugements, et de voir ce qu'il fait du retour des autres.

4. La prise en charge en psychomotricité

M. S. est suivi en séance individuelle en psychomotricité depuis juillet 2018. Cette séance est hebdomadaire, d'une durée moyenne de 45 minutes. Au départ, il n'était pas investi, disait que cette activité ne l'intéressait pas et pensait venir pour « *travailler ses muscles* » (dixit). Il va se montrer fuyant, s'opposer à diverses propositions de la psychomotricienne mais peu à peu, M. S. s'ouvre à la relation et s'intéresse à certains supports, bien spécifiques.

a) Notre rencontre

Je rencontre M. S. pour la première fois en octobre 2020 lorsque nous allons, ma maître de stage et moi-même, le chercher dans son unité pour rejoindre ensuite la salle de psychomotricité dans le bâtiment d'Ergothérapie. Dès notre première rencontre je remarque chez lui un maniérisme marqué, avec des mimiques gestuelles, ce qui contraste avec le peu d'affect qu'il véhicule ; la notion d'ambivalence est au centre de sa présentation.

Ma maître de stage l'ayant prévenu de ma présence en amont, lors de la première séance en ma compagnie, le regard de M. S. est fuyant mais il accepte pour autant que je sois là, ce qui a été beaucoup plus compliqué pour lui l'année dernière avec la précédente stagiaire. Contrairement à son agitation quotidienne il semble assez inhibé lors de cette première séance.

b) Les séances de psychomotricité

(1) Les objectifs

Le cadre est une notion essentielle dans la prise en charge de ce patient. Chez les personnes souffrant de schizophrénie, comme M. S., un défaut des enveloppes psychocorporelles est souvent présent, associé à des angoisses corporelles. Ce défaut d'enveloppe fait partie de la prise en charge, en lien avec la question du cadre qui doit être contenant, structurant et sécurisant, métaphore d'une

enveloppe. À ce propos, X. Pommereau définit le cadre comme « *le support, le châssis, ce qui constitue la structure de l'espace de soins* ». Il est donc question de contenance, non de détention, de souplesse et non de rigidité (Pommereau, 2003).

Les troubles dans la perception du corps sont un symptôme courant de la schizophrénie, l'abord corporel va donc aussi permettre de constituer une base de sensation-perception et ainsi tendre vers un investissement du corps comme limite sensible aux excitations venant de l'extérieur et de l'intérieur.

Un autre axe de travail important chez M. S. est le tonus, au regard de son instabilité psychomotrice omniprésente ainsi que de son recrutement tonique parfois inadapté.

Un travail sur les émotions est également mis en place. Ce patient qui est alexithymique, (il présente des difficultés à identifier, différencier et exprimer ses émotions ainsi que celles d'autrui) a besoin de reconnaître les émotions pour lui, mais aussi pour les relations avec les autres.

La dimension de la relation est également au centre de cette prise en charge. M. S. a eu beaucoup de mal à l'accepter et la psychomotricienne a passé quasiment une année à façonner le lien. Même s'il présente encore parfois une opposition passive à certaines propositions, visible par la communication non-verbale. M. S. est plus engagé dans la relation et nous nous attachons à poursuivre ce lien.

(2) Le déroulement

Les séances se déroulent toujours de la même manière, en quatre temps, ce qui permet à M. S. d'être inscrit dans une temporalité avec des repères précis. Cela participe au rôle contenant du cadre thérapeutique. Très ritualisé, M. S. a besoin de maintenir ses repères dans cet espace de psychomotricité, au risque de se trouver désorganisé. Cela s'est produit une fois au début de mon stage, lors d'un temps trop long entre la partie à table et celle sur tapis, pour cause de mauvaise organisation. J'ai pu à ce moment observer M. S. troublé, ce qui a eu pour conséquence un comportement testant et essayant de dévier nos propositions ; il a alors fallu reposer le cadre de manière ferme afin de le sécuriser.

Le premier temps de séance se déroule au bureau. Il est consacré au repérage émotionnel, à l'aide de la roue des émotions ou de cartes caractéristiques d'émotions, nous invitons M. S. à la prise de conscience de son état actuel et des émotions en conséquence. Je remarque ici que M. S. a du mal à se concentrer sur sa propre émotion et utilise plutôt ce support pour désigner l'émotion vers laquelle

il voudrait tendre, tout en disant que c'est également son émotion actuelle. Lors d'une séance il indique *se sentir léger, être de bonne humeur et ayant besoin d'amitié* ; hormis le besoin, rien ne paraît en accord avec ce qu'il donne à voir. Puis, « *pour rire* », M. S. décide de faire une seconde proposition à l'aide de la roue, indiquant alors qu'il « *se sent comme un lion en cage et enragé* », ce qui semble beaucoup plus proche et appropriée à la réalité de ses propos récents (« *j'en ai marre d'être enfermé comme un chien* » (dixit)). Mais malgré cela il reste distant et signifie finalement que c'était pour rire. C'est pendant ce premier temps de séance que je peux aussi remarquer des difficultés attentionnelles chez M. S., il a tendance à beaucoup parler, il comble le moindre vide, comme s'il avait besoin de contrôler. Ce flux de paroles l'amène souvent à divaguer sur des sujets inadaptés à la séance et à ne pas se concentrer sur ce qui est en train de se passer.

Le deuxième temps de séance a été créé par M. S., sous forme de rituel : un échange de balles de jonglerie avec la psychomotricienne et moi-même. Comme dit auparavant, les rituels ont un rôle de protection face aux angoisses ; ici, M. S. a besoin de ce rituel, cela diminue son angoisse, le sécurise et lui offre une certaine maîtrise. J'observe qu'en plus de cet échange de balles, M. S. est un patient très ritualisé : il y a des phrases spécifiques (« *Je m'en vais cet après-midi* » (dixit)) qu'il va répéter à chaque séance, mais aussi des demandes, qui vont être toujours les mêmes (« *Aujourd'hui on fait Loto des saveurs et Ouistiti !* » (dixit)), bien qu'il sache pertinemment que l'on n'y accédera pas. Je remarque que cette ritualisation est aussi très marquée dans le choix des supports utilisés lors des séances, et le moindre changement doit être amené avec douceur. Pour autant, de sa propre initiative, du jour au lendemain M. S. va vouloir changer de support, sans transition ; ce qui marque encore une fois l'ambivalence du patient. Pour revenir au rituel de jonglerie, c'est durant ce deuxième temps que j'ai pu observer le plus son hypertonie qui provoque des mouvements de pulsion motrice où il lance les balles très rapidement, sans prendre en compte la disponibilité de la personne en face.

Pour le troisième temps de séance, nous nous trouvons sur les tapis pour un temps d'éveil corporel. La médiation principalement utilisée lors de ce temps est un jeu de pastilles que j'ai créé, sur lesquelles on trouve des images de mouvements à reproduire. Lors d'une séance j'ai même proposé à M. S. de créer des pastilles avec moi afin qu'il accepte un peu plus ce temps de séance. Son dessin représente à ce moment un personnage très musclé, en lien avec la perception de son propre corps. J'ai pu décrire la manière de se servir de ses pastilles :

- Simple exécution des mouvements (en regardant les dessins des pastilles).
- Descriptions des mouvements : la psychomotricienne et moi-même ayant les yeux fermés, M. S. doit nous décrire les mouvements afin que nous arrivions à les réaliser. Sa connaissance du schéma corporel est à ce moment mise à l'épreuve avec en plus une verbalisation autour des mouvements

du corps ainsi que des repères dans l'espace. Je peux d'ailleurs observer qu'il a une très bonne connaissance des différentes parties du corps.

- Choix de cinq pastilles seulement afin de mettre en mouvement l'ensemble du corps.
- Proposition de mouvements de ma part puis M. S. doit retrouver les pastilles correspondantes et dans l'ordre de mémoire après la mise en mouvement.

En lien avec sa discordance comportementale, du fait de mouvements disharmonieux et manquant de fluidité, M. S. se retrouve parfois en difficulté. Ce temps de mise en mouvement lui demande de faire un effort important. Ces mouvements, semblables à des échauffements, sont rejetés par M. S, pourtant centré sur tout ce qui touche à l'apparence et à la musculature. Les échauffements, selon lui, ne servent à rien. Se percevant en difficulté et en décalage avec sa perception d'homme « *fort et musclé* » (dixit), ce n'est pas un temps qu'il apprécie. Néanmoins, au fur et à mesure des séances et de l'évolution de la relation, M. S. a pu prendre part à ce temps d'une autre manière. Il peut maintenant proposer ce temps, ajuster les mouvements en fonction de ses capacités, ce qui lui permet d'avoir une place plus active dans sa prise en charge et de ne pas subir les séances comme il pouvait le verbaliser auparavant. Récemment, nous avons proposé à M. S. de se mettre en mouvement par le biais d'échanges de balles de jonglerie, une médiation qu'il apprécie. L'idée est d'adapter son tonus aux modalités de l'exercice, en prenant en compte l'autre.

Le quatrième et dernier temps de séance est consacré à de la relaxation. Pour cela, du matériel est à la disposition de M. S. et nous le laissons s'installer à sa guise. Il s'installe toujours de la même manière avec un coussin et une couverture lestée et toujours dans le même espace de la pièce. Cette couverture lestée me fait penser à une « sur-peau », une « sur-contenance » pour se sentir unifié corporellement. Ces derniers temps je remarque qu'il a pu se détacher de cette lourde couverture et peut en prendre une simple. Il continue néanmoins à couvrir l'ensemble de son corps, la tête a également besoin de se trouver sous la couverture, quitte à ce que les pieds n'y soient pas (du fait de sa taille). Le fait de couvrir indéniablement sa tête m'a fait penser au phénomène délirant du vol de la pensée où, par conviction, le patient pense que ses pensées peuvent être captées par autrui par « télépathie » et qu'il veut s'en préserver. Dans le cas de schizophrénie, l'utilisation de la relaxation peut parfois être difficile, mais elle permet cependant, lorsque sont mis en avant les éléments de permanence, d'unité et de réel, un travail de représentation du corps comme contenant (Giromini et al., 2011).

Au début de la relaxation, M. S. me jette beaucoup de regards, le mien a l'air intrusif pour lui, je décide alors de me mettre dans une position éloignée de sorte à ne pas être face à lui et ne pas le gêner.

Le médiateur de relaxation qui lui est le plus proposé, mais qui est aussi le plus demandé de sa part, est un gros ballon à picots passant sur l'ensemble de son corps avec une verbalisation des différentes parties du corps et une musique de pluie en fond sonore qu'il demande également. Il dit beaucoup aimer cette relaxation avec le ballon et demande à la psychomotricienne d'ajouter toujours plus de pression sur le ballon. On peut ainsi faire un parallèle avec les problématiques d'angoisse corporelle présentes dans la schizophrénie et la contenance défailante.

De mon point de vue, M. S. investit réellement ce dernier temps de séance et en tire profit, même s'il a du mal à ne pas parler durant. Une fois allongé, son agitation motrice est encore présente, trahie par des mouvements de la cheville et des orteils du pied gauche, mais au bout de quelques minutes ces mouvements et ses prises de paroles s'arrêtent. À chaque fin de relaxation, M. S. a besoin d'un certain temps pour revenir à l'instant présent. Son visage est détendu, il reste un long moment assis, la couverture sur lui, et verbalise être bien et vouloir rester. Cette verbalisation semble authentique, ce qui est important à remarquer quand on connaît l'ambivalence des propos de M. S..

(3) Conclusion

Ces dernières semaines, M. S. exprime très régulièrement sa lassitude de l'enfermement ainsi que son envie de quitter l'UMD ce qui se traduit par une thymie basse. Malgré cette période plus compliquée, il reste compliant et capable d'investir les séances de psychomotricité avec un certain plaisir, et même de faire des propositions de jeux adaptées. Cet investissement reste également présent dans les autres activités qu'il pratique au sein de l'unité d'Ergothérapie.

La mise en jeu corporelle, lors des jeux avec les pastilles, ainsi que les temps de relaxation sont à poursuivre compte tenu de son instabilité psychomotrice toujours présente. L'étayage sur la prise de conscience des émotions et leur verbalisation est également à soutenir.

Concernant le temps de relaxation, face à cette demande insistante d'accroissement de pression je me suis posée la question de changer de médiateur pour un ballon moins gros afin de pouvoir plus facilement le manier et donc permettre d'ajouter plus de pression sur les différentes parties du corps de M. S.. Mais un médiateur de taille réduite équivaut à une proximité augmentée et aux vues des problématiques relationnelles et sexuelles de M. S., cela est à proposer avec prudence. Il ne faudrait pas que cette proximité génère une excitation qui viendrait désorganiser M. S., et mettrait à mal, à la fois ce temps de relaxation mais aussi le lien avec nous. De plus, le médiateur étant plus

petit, il envelopperait moins les parties du corps, ce serait un enveloppement moins global, ce qui pourrait venir désorganiser et « morceler » la sensation corporelle.

Bien évidemment, cette proposition a malgré tout été présentée à M. S. et sa réaction a été totalement différente de ce que l'on pouvait penser à priori. Il est donc important de ne trop s'empêcher dans nos propositions, de peur, ou convaincu de nos représentations, tout en y allant à tâtons, car nous pouvons parfois passer à côté de belles évolutions. M. S. a accepté cette proposition et, après en avoir profité, a finalement préféré garder le médiateur du gros ballon afin que « *cela prenne tout le bras plutôt que petits bouts par petit bouts* » (dixit). Le besoin de contenance et d'unification du corps se perçoit ici.

Je remarque qu'en plus de ces séances très ritualisées en quatre temps, M. S. profite du cadre bien défini par l'institution. Pour commencer il y a le cadre physique des murs mais également le cadre psychique proposé par la psychomotricienne et moi-même. Il profite de nos deux présences. M. S. a besoin d'être occupé, regardé et écouté, et le fait d'être deux lui apporte une disponibilité et une contenance supplémentaire. Lors de mon départ à la fin du mois de mai, les conditions d'encadrement des séances vont changer, de trois personnes, la relation va redevenir duelle. Il n'y aura plus cette troisième personne qui peut faire tiers dans la relation. Il est important dès maintenant de prévenir M. S. de ce changement imminent, de prendre le temps d'en parler. Une fois partie, la psychomotricienne va reposer le cadre et ses nouvelles caractéristiques, tout en assurant à M. S. qu'elle sera toujours disponible et attentive à lui.

B. Prise en charge groupale : M. P.

1. Anamnèse

Concernant son histoire de vie, M. P. est né en septembre 1987, il serait le fruit d'une liaison entre deux lycéens. Il est adopté à l'âge de 3 mois et est élevé, en région parisienne, en enfant unique. M. P. a grandi dans un environnement stable, où les parents étaient bien insérés socialement et professionnellement, sa mère était directrice d'école et son père plombier. Lorsque ce patient fait le récit de son enfance, il évoque néanmoins de régulières disputes entre ses deux parents, il parle de son père comme « *ayant de grandes colères* » (dixit) et de sa mère comme « *essayant de tempérer, faisant mine de le calmer* » (dixit). M. P. a suivi une scolarité dans un milieu normal et a obtenu son baccalauréat littéraire option arts plastiques à 18 ans. Il a ensuite suivi une formation sur les métiers du livre en vivant dans une chambre de bonne. En 2008, il quitte cet appartement pour vivre en

colocation et se former au domaine de la gravure. Malgré quelques relations sentimentales qui se sont toujours terminées, selon ses dires, à l'initiative de ses partenaires, M. P. est célibataire et sans enfant.

M. P. a été hospitalisé pour la première fois à l'âge de 25 ans pour troubles du comportement de type errance nu dans la nuit avec des pertes de connaissances dans un contexte d'alcoolisation. M. P. accepte à ce moment d'être hospitalisé en soins libres et après 2-3mois d'hospitalisation il retourne dans sa colocation avec ses amis.

En 2014, il décide de s'installer sur un grand terrain disposé d'un hangar. À cette époque il voit régulièrement ses parents afin de laver son linge. Un an plus tard, M. P. décrit « *une crise avec sensation d'être dépossédé de [son] corps, avec des pensées qui ne semblaient pas venir de [lui], des problèmes de contact avec les autres* » (dixit) et parlera de relation « *pas simple avec ses parents* » (dixit). Quelques mois plus tard, il décrit une seconde crise, se manifestant par des modifications physiques sur son corps, il disait avoir « *des poils d'un certain aspect qui poussaient* » (dixit). Par la suite, n'ayant pas pu trouver de logement, il a pris la décision de vivre dans son véhicule (camionnette achetée par ses parents) et aurait eu une existence d'errance.

Il expliquera qu'il avait souvent des problèmes avec des personnes qui ressemblaient à son père et que parfois il le reconnaissait en se regardant dans un miroir. Il dira aussi avoir eu le désagréable sentiment de ne pas se reconnaître dans le miroir, qu'il avait des tics et que son comportement pouvait être violent. Il aurait, par exemple, perdu contrôle et attrapé violemment un homme âgé au rayon chasse d'un magasin de sport. En 2018, M. P. se sentant angoissé, a été une seconde fois hospitalisé, il disait vouloir reprendre un traitement neuroleptique. M. P. souffre d'une schizophrénie paranoïde.

En janvier 2019, M. P. a commis un acte médico-légal sur son père adoptif, qui a entraîné sa mort. Au cours de son séjour en centre hospitalier, avant d'entrer en UMD, M. P. a donné très peu d'explications sur son geste. Il reconnaît avoir consommé des stupéfiants dans le passé (acides, cannabis, boissons alcoolisées) mais dira qu'il n'était pas sous l'effet de toxiques lors des faits. Ce qui fut avéré par les expertises.

Les éléments du dossier mettent en avant une réticence pathologique avec une méfiance vis-à-vis des questions posées. M. P. exprime l'existence de voix, de sons, de commentaires qui prennent la forme de réflexions désobligeantes et qui s'imposent à lui. Le discours est décrit comme abstrait. Le

ton serait monocorde avec un détachement par rapport à la réalité. Il n'aurait fait aucune critique de son geste.

Il existerait un syndrome d'influence, et la conviction que tout son entourage adopte un comportement abusif vis-à-vis de lui, ce qui entraîne des attitudes persécutives « *ils me torturaient à distance depuis 2 ans, ils influençaient ma vie dans un sens ce qui ne me convenait pas* » (dixit).

Il est admis à l'UMD en février 2019.

2. Son comportement au sein de l'institution

Lors de son premier entretien avec le médecin psychiatre, M. P. est calme, il présente une bizarrerie de contact avec un émoussement affectif, une fuite du regard, une dissociation idéo-affective, une alogie ainsi qu'un rationalisme morbide. Il verbalise des hallucinations cénesthésiques associées à un syndrome d'influence, il dit que « [ses] *mains sont de cette couleur car quelqu'un est en train de fumer* » (dixit) ; ceci entraîne un retentissement émotionnel nécessitant une contenance institutionnelle et soignante importante.

À son arrivée, M. P. vit son séjour en UMD comme une punition et ne fait pas le lien avec sa pathologie, il ne comprend pas quel travail il doit accomplir. Face aux gestes des soignants, il fait part de beaucoup d'interprétations délirantes, en lien avec un sentiment de persécution. Difficilement rassurable, il pense que l'équipe soignante contrôle ses hallucinations acoustico-verbales et se sent notamment persécuté par un infirmier en particulier. Par des phénomènes intuitifs, il pense que ce dernier pourrait lui causer des tords, M. P. a verbalisé qu'il serait préférable qu'il ne le prenne pas en charge.

M. P. évoque beaucoup de modifications corporelles : la perte de ses cheveux, comme son père ainsi que la déformation de son visage (ce qui signifiait, selon lui, que son père le contrôlait), des modifications de l'aspects de ses poils, qui sont devenus plus épais et frisés. Concernant ces modifications, M. P. pense avoir été contrôlé par une personne dans la rue qui ressemblait à son grand-père, d'autant plus qu'auparavant son grand-père lui aurait dit qu'il espérait qu'il « *trouve un travail au poil* » (dixit). Ces descriptions renvoient au principe de « machine à influencer » présenté par V. Tausk. M. P. se sent persécuté par des sensations qu'il pense venir d'un objet externe, en l'occurrence son père et son grand-père.

En été 2019, M. P. renvoie à l'équipe une symptomatologie dépressive avec une humeur triste, une anhédonie ainsi qu'une aboulie. Bien que M. P. ait du mal à exprimer ses émotions, il peut cependant les identifier et rapporte une tristesse de l'humeur lorsqu'il repense à son passage à l'acte. M. P. présente également de grandes angoisses d'intrusion et de viol psychique, des pensées négatives lui sont imposées. Il préfère, quand elles arrivent, s'éloigner, car il pense que les personnes trop proches peuvent y avoir accès, l'angoisse de perte de l'intimité psychique est prégnante.

Au fil des mois, ce syndrome d'influence et de persécution va s'effacer pour laisser place à un début de travail sur l'origine de ces phénomènes. Il met en mot son passage à l'acte, verbalise des regrets et admet avoir été délirant à ce moment. Il se questionne sur sa maladie, dont il reconnaît l'existence dès septembre 2019, et cherche à la comprendre et à l'analyser. Il demande à ce propos de la documentation sur la schizophrénie (psychoéducation). Trois mois après, en décembre, M. P. est capable de critiquer ses idées de persécutions. En mai suivant, apparaît une recrudescence des pensées imposées, mais conscient qu'elles sont en lien avec sa maladie, M. P. est capable de les mettre à distance et d'en échanger avec l'équipe soignante.

M. P. est un patient très discret au sein de son unité, une alliance thérapeutique de qualité s'est créée avec une compliance aux soins, une autocritique des symptômes, du passage à l'acte et une recherche de compréhension de son histoire et de sa maladie. M. P. est très investi dans sa prise en charge et reconnaît désormais les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie.

Concernant son passage à l'acte, il verbalise actuellement du dégoût envers lui-même, ainsi qu'une estime de soi « moyenne » (dixit), abîmée par « *ce qu'il a fait* ». Il y raccorde également son devenir en disant qu'il va « *rester longtemps ici* » (dixit), que « *cela [lui] pèse mais [qu'il] comprend au vu de ce [qu'il a] fait* » (dixit). La cour d'appel l'a déclaré irresponsable pénalement en février 2021 en raison de sa pathologie qui a aboli son discernement ou le contrôle de ses actes au moment des faits (selon le premier alinéa de l'article 122 du Code Pénal). Cette décision, source d'angoisse initialement, l'a énormément soulagé bien que son hospitalisation, en soins psychiatriques (SPDRE) sous forme d'une hospitalisation complète, lui soit toujours ordonnée. À l'heure actuelle, M. P. a conscience de sa maladie, il est volontaire, veut s'en sortir et chemine. Il peut désormais se montrer attentif à ce que l'équipe soignante lui renvoie contrairement à ses débuts dans l'institution où il se sentait persécuté, où tous les faits et gestes des soignants étaient interprétés.

Dans l'unité, M. P. est très ritualisé, il dessine et lit le matin et me confie s'être donné l'objectif de marcher une heure chaque jour, l'après-midi. Il ne porte pas d'attention aux relations à autrui et

reste seul. Malgré cela, récemment, une amélioration sur le plan de l'isolement et du repli se fait remarquer, M. P. peut discuter avec d'autres patients, bien que le contact visuel soit quasi inexistant. Cependant, il a encore des difficultés pour se tourner vers l'équipe soignante.

M. P. présente une problématique de constipation chronique, qui peut être un effet secondaire aux traitements mais également un mécanisme de défense par rétention contre l'angoisse de morcellement ou de vidage que l'on retrouve dans la schizophrénie.

Concernant son entourage, la mère de M. P. est très présente et il échange des courriers avec l'une de ses amies.

3. Projet thérapeutique au sein de l'unité d'Ergothérapie

M. P. est orienté vers l'unité d'Ergothérapie afin d'améliorer son rapport aux autres et d'accroître ses capacités relationnelles. Il visite l'unité d'Ergothérapie en mai 2019, se montre intéressé et souhaite commencer par les activités poterie/mosaïque/rotin, éveil et tennis de table. Ces choix, après discussion en réunion clinique avec le médecin psychiatre et l'équipe soignante, sont acceptés. Une prise en charge en psychomotricité ainsi qu'en groupe *adaptation* ont été proposées par la suite à sa prise en charge.

a) *La prise en charge en activité Éveil*

L'activité éveil est animée par un éducateur spécialisé. M. P. y participe chaque semaine sur une durée de 2 heures, avec trois autres patients de son unité. Les objectifs de soins pour M. P. au sein de cet atelier sont de créer l'alliance thérapeutique et de favoriser l'expression et la communication.

L'éducateur spécialisé propose des supports vidéos/reportages que les patients choisissent ensemble afin de pouvoir en discuter tout au long de la séance. M. P., peu loquace, replié et amimique ne donne que rarement son avis ce qui amène le soignant à le questionner sur ses centres d'intérêts. Au départ, ces questionnements ont été vécu de manière persécutive par M. P.. Je rappelle que le mécanisme de persécution est le plus important et prégnant dans la schizophrénie. Afin de diminuer ce vécu persécutif, l'éducateur spécialisé propose à M. P. de jouer du clavier, ayant déjà pratiqué le piano ultérieurement, ce support est utilisé comme levier pour créer la relation. Il accepte et s'installe, isolé du groupe, avec un casque sur les oreilles. Le soignant le laisse prendre cet espace, à l'écart des autres

patients, afin que M. P. se sente rassuré. M. P. est très exigeant voire rigide envers lui-même, il va répéter sans cesse jusqu'à ce que cela soit parfait.

Au bout de quelques mois, M. P. est capable de jouer du clavier sans son casque et en fait profiter les autres patients, il partage sa musique. Durant cet atelier et au fil des séances, M. P. alterne entre des phases de repli sur soi et de légère ouverture, mais cette dernière est à chaque fois plus spontanée et on sent M. P. plus en confiance.

Avec le temps, la relation au soignant s'est confortée et M. P. est capable de verbaliser des demandes et de sortir de sa zone de sécurité. Bien que ses interactions restent minimales avec le groupe, l'éducateur spécialisé compte sur cette relation soignant-soigné, qu'il va continuer de façonner et de contenir, afin de l'élargir au groupe peu à peu.

b) La prise en charge en activité tennis de table

Cette activité est animée par l'animateur sportif, l'éducateur spécialisé, ainsi que par un intervenant extérieur (professeur diplômé d'État de tennis de table). M. P. y participe avec trois autres patients de son unité une semaine sur deux, pendant 1 heure.

Au départ très introverti, replié et inhibé corporellement, M. P. a évolué positivement en travaillant son adresse, sa rapidité et son équilibre. On remarque cependant que M. P. a une excellente mobilité du bas du corps mais que le haut du corps quant à lui reste immobile. La valorisation et la prise de confiance sont très importantes dans cet atelier et en constituent les objectifs fondamentaux, aux côtés de la coopération avec autrui. M. P. est étayé dans cet atelier afin de favoriser son expression lors qu'il gagne ou perd.

c) La prise en charge en atelier poterie/mosaïque/rotin

M. P. participe à cet atelier hebdomadairement pendant 2 heures aux côtés de deux patients de son unité.

Son cheminement dans cette prise en charge peut s'expliquer en 3 périodes. Une première période où il reste très réservé, très inhibé, presque craintif mais pas du tout opposant à participer, bien au contraire. M. P. commence par de la mosaïque et crée plusieurs tableaux, il investit massivement les supports au détriment des relations. Je remarque des traits obsessionnels chez lui quant à l'agencement de son œuvre, aux choix des couleurs... Ce qui donne un travail assez lent mais avec un résultat idéal d'après ses attentes. Il choisit de lui-même au bout d'un certain temps de changer de support et de faire de la poterie. Il s'engage dans la création de petits personnages. Ayant eu l'occasion

de participer à une séance, je remarque une dextérité manuelle et une rapidité surprenante, avec peu de terre il arrive à réaliser un nombre de détails conséquent, et ce sans modèle. M. P. possède d'excellentes capacités créatives. Étant dans la péjoration de lui-même, M. P. est dans l'incapacité de recevoir une quelconque valorisation, néanmoins il est à l'écoute des conseils et semble prendre plaisir à réaliser ces objets, avec beaucoup d'application.

À noter qu'entre deux réalisations, il y a toujours un moment de flottement, où M. P. réfléchit, tergiverse et observe.

Après avoir terminé son œuvre de poterie par la réalisation d'un photophore en forme de maisonnette, M. P. choisit de faire une bonbonnière en rotin. Il n'a d'ailleurs pas choisi la facilité pour la réaliser car il décide de réaliser directement l'ensemble de sa création en rotin, sans mettre de planche en bois en guise de fond, ce qui rendrait pourtant la production plus aisée. Ce patient, ayant une basse estime de soi, ne choisit pas pour autant de passer par les étapes les plus simples, ce qui est positif.

La relation avec l'ergothérapeute est bien ancrée. Sur sollicitations, M. P. n'est pas réticent à livrer son vécu ou ses émotions du moment, comme à la suite de son jugement par exemple. Néanmoins cette dernière a pu remarquer un investissement dans la relation avec le soignant en vase communicant ; c'est-à-dire que quand un travail de fond a été commencé avec le médecin de son unité sur sa pathologie, M. P. a peu à peu désinvesti l'unité d'Ergothérapie, en ayant moins la capacité de se livrer et en restant plus en retrait ; et inversement. On peut penser ici que ce moment était compliqué affectivement pour ce patient et qu'il avait besoin de prendre du recul à certains moments et lieux.

d) La prise en charge au groupe adaptation

M. P. intègre ce groupe en août 2020, sur orientation médicale en lien avec son vécu persécutif. Il commence cet atelier après avoir pris conscience de sa schizophrénie et établit un meilleur contact avec les soignants de ses autres activités. Ce groupe utilise le Mickaël's Game afin d'améliorer l'insight, de réduire les préoccupations des idées délirantes et de trouver des alternatives aux fonctionnements pathologiques. Ce jeu fait partie des outils que la réhabilitation psychosociale utilise comme remédiation cognitive de la cognition chaude.

Au départ, ce groupe était constitué de 2 patients, dont M. P. qui n'avait aucune interaction avec l'autre patient. À la suite des restrictions post-COVID, M. P. s'est retrouvé en prise en charge individuelle avec l'ergothérapeute qui présente cet atelier. Il a à ce propos pu exprimer préférer être

seul. Grâce au Mickaël's Game, M. P. fait des liens entre ses démarches personnelles déjà mises en place et le raisonnement du jeu. Par exemple, une carte du jeu aborde le fait que la preuve visuelle ne suffit pas toujours pour vérifier une hypothèse : « *lorsque je perds quelque chose j'essaie de ne pas me dire qu'on me l'a volé, je vérifie d'abord bien partout* » (dixit). Une autre fois M. P. fait le lien avec son vécu « *je voyais mon visage se modifier dans le miroir, pensant alors que les autres me voulait du mal* » (dixit).

On observe chez M. P. une envie de bien faire, une confiance envers la soignante ainsi qu'une assez bonne compréhension de sa pathologie bien qu'il persiste quelques doutes comme sur l'existence de la télépathie. L'équipe projette, une fois le Mickaël's Game fini, d'initier M. P. au jeu Compétence, qui a pour objectif d'entraîner et/ou maintenir les habiletés sociales.

4. La prise en charge en psychomotricité

M. P. est suivi en psychomotricité depuis janvier 2020, sur orientation médicale du fait d'une grande désorganisation observée dans ses activités de la vie quotidienne. La psychomotricienne lui propose une séance par semaine. Il s'est d'ailleurs demandé pourquoi le médecin l'avait envoyé en psychomotricité, en pensant que « *c'est parce [qu'il] n'arrive pas bien à se brosser les dents* » (dixit), ce qui, effectivement, fait partie de ses désorganisations quotidiennes.

En premier lieu, il intégrera un groupe où il se montrera très participatif même si discret vis-à-vis des autres patients. En juin 2020, du fait d'une organisation post-COVID avec un protocole strict, la psychomotricienne lui propose une prise en charge individuelle (ne pouvant l'intégrer dans un groupe initial avec des patients d'une unité différente). Quelques temps après, il pourra réintégrer un groupe avec des patients de son unité. Du fait de la situation sanitaire, les groupes thérapeutiques ne peuvent être actuellement constitués que de patients d'une même unité, les brassages entre unités n'étant plus possible, les groupes ont donc tendance à être très hétérogènes, en ce qui concerne les compétences de chacun, contrairement à ce qui conviendrait le mieux.

a) *Notre rencontre*

Je rencontre pour la première fois M. P. lors de son activité éveil où je ne fais que passer. M. P. est assez petit, mince et brun. Il est seul, à l'écart et ne me regarde pas. Lors de notre seconde rencontre dans le cadre de ma première séance de psychomotricité avec le groupe, M. P. ne me

regarde pas mais accepte pour autant ma présence. Après sollicitation de la psychomotricienne, il me parle du groupe et de ce qu'ils ont l'habitude de faire. Malgré son repli, il participe à la séance, et montre de bonnes capacités motrices.

b) Les séances de psychomotricité

(1) Modalités du groupe

La prise en charge de M. P. en psychomotricité se fait en groupe avec deux patients de son unité, Monsieur B. et Monsieur T. La psychomotricienne appelle ce groupe « arts du cirque », car nous utilisons les différents thèmes du cirque (équilibre, jonglerie) afin de travailler sur les divers domaines psychomoteurs.

(2) Les objectifs des séances

Ce groupe « arts du cirque » a pour vocation la pure expérience psychomotrice. La triade sensation-perception-représentation est au centre de cette prise en charge. À l'aide des différents médiateurs du cirque, nous accompagnons les patients à vivre des expériences, à prendre conscience de leurs mouvements et de leur corps, et ainsi à redécouvrir la sensation d'unité psychocorporelle. Le développement de la relation aux autres est également au travail dans ce groupe.

Plusieurs exercices en binôme sont proposés ce qui demande un certain dialogue tonico-émotionnel pour s'ajuster. Des interactions sont nécessaires mais aussi une observation de l'autre ; chaque patient se doit d'être attentif aux expressions corporelles des autres.

(3) Le déroulement

Les séances se déroulent en 4 temps. Un premier temps de verbalisation pour accueillir les patients, connaître leur état, leurs éventuelles problèmes psychiques ou somatiques. Puis, vient le temps d'éveil corporel où des échauffements et des étirements sont alors proposés, la plupart du temps en groupe, sur proposition de chacun. M. P. a de bonnes capacités pour proposer des mouvements adaptés mais aussi pour les mettre en mots. Il a une bonne connaissance du schéma corporel. Après ce temps, vient le cœur de la séance, la partie dynamique, où sont proposés suivant les séances les différents médiateurs du cirque. Le dernier temps de séance est un temps calme, de relaxation ou de verbalisation autour de la séance. M. P. a la capacité d'exprimer ses ressentis corporels, bien que son repli sur soi n'en facilite pas la verbalisation ; ses restitutions du contenu de séance sont minimales.

Le groupe étant hétérogène, il est vrai que M. P. a plus de facilités que les deux autres. On note néanmoins qu'il parvient à ajuster sa pratique au niveau proposé par son binôme lors d'échanges de balles de jonglerie, par exemple. Son interaction avec les autres patients reste toutefois minime. Il m'arrive parfois de ressentir une certaine tension chez M. P., qui émane lorsque le patient face à lui ne s'ajuste pas à l'exercice demandé. Ne manifestant pas ses ressentis à ses partenaires, on peut penser que M. P. prend moins de plaisir à vivre l'expérience car il reste dans une situation non ajustée à ses besoins. Nous l'invitons, au même titre que les autres patients, à parler à son binôme afin que tout le monde s'adapte. Au fil des mois, cela a évolué, à l'heure actuelle M. P. est en capacité de faire part à son binôme des ajustements dont il a besoin et également de demander si son geste est adapté à la personne en face.

M. P. présente une faible estime de lui-même, à tort, car comme précisé précédemment, malgré des tremblements en lien avec les traitements, et des gestes qui restent relativement réduits et minimes, il possède de bonnes capacités motrices. Toutefois, il semble peu sensible à la revalorisation. Son repérage spatial ne semble pas poser de difficulté, au même titre que son repérage temporel. M. P. est droitier. Il n'hésite néanmoins pas à beaucoup s'entraîner avec sa main gauche, afin d'accroître sa performance. Plusieurs séances ont été consacrées au thème de l'équilibre, avec des propositions d'équilibre d'objets sur soi, mais également d'équilibre statique et dynamique du corps. Durant ces séances, M. P. a montré une créativité ainsi qu'une certaine aisance face à ce thème, notamment lors de la construction d'un parcours avec pour but de le traverser avec un (ou plusieurs) objets en équilibre sur lui avec des obstacles comme une haie, une corde disposée en zig-zag ou encore un demi-tour et une marche à reculons.

Quand j'ai commencé à animer cette prise en charge groupale, je pouvais décrire M. P. comme inaccessible à la relation. Je ne savais pas forcément comment me positionner vis-à-vis de lui, sa froideur de contact, sa voix monocorde et son discours limité ne m'aidaient pas à engager l'échange et à créer un lien. Peu à peu, en prenant mes marques, autant dans l'institution même que dans le groupe, j'ai pu m'autoriser à tenter diverses approches. Pour M. P., je pourrais qualifier la distance relationnelle, à avoir avec lui, comme « ni trop proche ni trop loin ». Pas trop proche pour qu'il ne se sente pas mal à l'aise, intrusé, pour ne pas créer de tensions, mais pas non plus trop éloignée, pour ne pas rompre le contact, pour ne pas le laisser seul dans ses mouvements, afin de l'étayer et de l'accompagner quand il le faut. Au fil des séances, j'ai pu entrevoir une certaine ouverture de sa part quant à la relation, avec un visage légèrement plus expressif, bien que le masque ne facilite pas la communication. Des prises d'initiative surviennent, comme montrer ce qu'il sait faire aux autres ou

encore proposer un nouvel exercice. Me concernant, il lui arrive dans des temps informels de pause, de venir vers moi spontanément afin de converser, ce qui était impensable auparavant.

(4) Conclusion

Au cours d'une discussion, M. P. a pu me faire part de son avis sur les séances de psychomotricité, celles-ci lui plaisent et lui permettent, selon ses dires, de mieux ressentir son corps. Il me confie qu'étant dans son unité souvent assis à ne rien faire, il apprécie les mises en mouvements afin de ne pas oublier que le corps peut autant bouger. Cela lui permet de ne pas perdre ses capacités, ce qu'il a déjà eu remarqué comme conséquence de sa pathologie et des traitements en lien. Ici se voit tout l'intérêt de poursuivre cette prise en charge.

Nous pourrions penser la prise en charge groupale difficile pour M. P. étant donné le peu d'interactions qu'il entreprend, mais au vu de son évolution quant aux échanges, c'est en réalité une bonne chose à poursuivre. Il le dit lui-même, « *c'est bien de ne pas être seul et on peut faire des choses à plusieurs, en binôme ou tous ensemble* » (dixit). Malgré les faibles interactions avec ses pairs, M. P. profite de ce groupe et apprécie de ne pas être seul. Depuis les débuts dans ce groupe, M. P. a cependant évolué, il s'ouvre peu à peu, il lui arrive de prendre spontanément la parole et de s'autoriser à donner son avis et quelques-uns de ses ressentis.

M. P., ayant une faible estime de soi ainsi qu'un syndrome d'intrusion prégnant, la contenance du cadre et de la psychomotricienne a ici tout son sens. Le cadre, rassurant, lui propose un lieu d'expériences où il va pouvoir pratiquer, mettre son corps en mouvement, éprouver et vivre des sensations. La psychomotricienne, par son engagement corporel et son attention, va s'adapter, s'ajuster à M. P. qui aura, de temps en temps besoin d'espace, d'être seul pour constater ses réalisations, mais aussi parfois besoin d'un regard contenant, soutenant et de verbalisations lors de propositions plus complexes. Il est ici question d'un véritable jeu d'équilibre de la part de la psychomotricienne. Tel un trapéziste, elle doit savoir se tenir exactement à l'endroit où en est le patient, afin de s'ajuster au mieux à lui, au plus près de ses besoins.

M. P. étant qualifié par l'équipe soignante de son unité de « *bon élève* », il évolue positivement dans son cheminement, prenant activement part à sa prise en charge et ayant conscience du chemin qui lui reste à parcourir.

Conclusion générale

Les enveloppes psychocorporelles se construisent peu à peu, dès la vie embryonnaire, grâce au soutien et au maternage de l'entourage du sujet. L'enfant est porté, contenu et étayé tout au long de son développement afin que celui-ci soit le plus harmonieux possible.

La schizophrénie vient perturber cette harmonie et altère les enveloppes psychocorporelles. Défaillantes, ces enveloppes vont engendrer des fragilités importantes chez le sujet : un corps vécu comme morcelé, désarticulé, persécuté, abîmé, en danger, avec des modulations toniques limitées, un manque profond de repères ; tout ceci engendre des altérations du schéma corporel et de l'image du corps.

Le rôle principal de l'UMD est d'assurer une sureté particulière en contenant la dangerosité des patients, afin qu'elle s'apaise, et qu'ils puissent retourner dans leur hôpital psychiatrique d'origine. Cette structure enveloppe, instaure des limites et des repères et suscite ainsi, un sentiment d'unité et surtout de continuité d'existence.

Ma réflexion était de comprendre de quelle façon le travail psychomotricien participait à ce principe de contenance. À travers mon investissement en tant que stagiaire mais aussi au travers de cet écrit, j'ai pu constater combien l'instauration d'un cadre contenant était importante dans la pratique, et notamment auprès de patients dont les limites corporelles et psychiques sont floues. Par ses compétences, son histoire et ses expériences, le psychomotricien propose un cadre thérapeutique rassurant aux patients, un espace-temps servant de repère. Garant du cadre, le psychomotricien y intrique son cadre psychique et ses qualités contenantes en permettant aux patients de s'exprimer, d'accéder à des représentations, dans un climat sécurisant.

Les études de cas de M. S. et M. P. nous montrent à quel point le cadre est fonction du patient qu'il contient mais qu'il doit également leur permettre d'évoluer en son sein, en étant solide et souple à la fois. M. S. a besoin de limites, de repères et d'attention ; M. P. a besoin d'un espace sécurisant et parfois d'un support sur lequel s'accrocher.

C. Potel précise que dans la notion de cadre contenant, c'est toute la dimension thérapeutique du soin qui est en jeu : « *contenir : un travail long, difficile, qui demande du temps, une implication corporelle et psychique de tout instant, et des moyens de compréhension théorique pour saisir les tenants et les aboutissants de la relation thérapeutique* » (Potel, 2019).

Annexe 1. Structure de l'UMD et disposition de l'unité d'Ergothérapie



Vue aérienne de l'Unité pour Malades Difficiles. La partie entourée est le bâtiment d'Ergothérapie. La partie achurée correspond à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée, structure indépendante de l'UMD, mais faisant partie du Pôle Médico-Légal.



À droite de la photo, le bâtiment d'Ergothérapie.

Annexe 2a. Prescription activités thérapeutiques

PÔLE DE PSYCHIATRIE MEDICO-LEGALE – UMD
Structure Interne d'ERGOTHERAPIE

PRESCRIPTION ACTIVITES THERAPEUTIQUES

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Date d'admission :

U.F :

PSYCHIATRE -----

Médecin prescripteur :

Problématique clinique :

Objectifs thérapeutiques :

Consignes particulières :

Accès à l'outillage : oui non Date :

Accès à l'outillage : oui non Date :

Problèmes somatiques à prendre en compte : oui non

Date : Signature :

MEDECIN GENERALISTE -----

***Prescription à compléter de manière systématique
avant l'inscription à une activité à médiation corporelle***

Je soussigné, Docteur certifie que ce patient est apte Inapte
à la pratique des activités physiques, sportives et corporelles.

Problèmes somatiques à prendre en considération : HTA Diabète Cardiopathie Epilepsie
 Autre :

Date :

Signature :

Annexe 2b. Tableau des activités thérapeutiques et emploi du temps du patient

NOM :
Date de la visite :

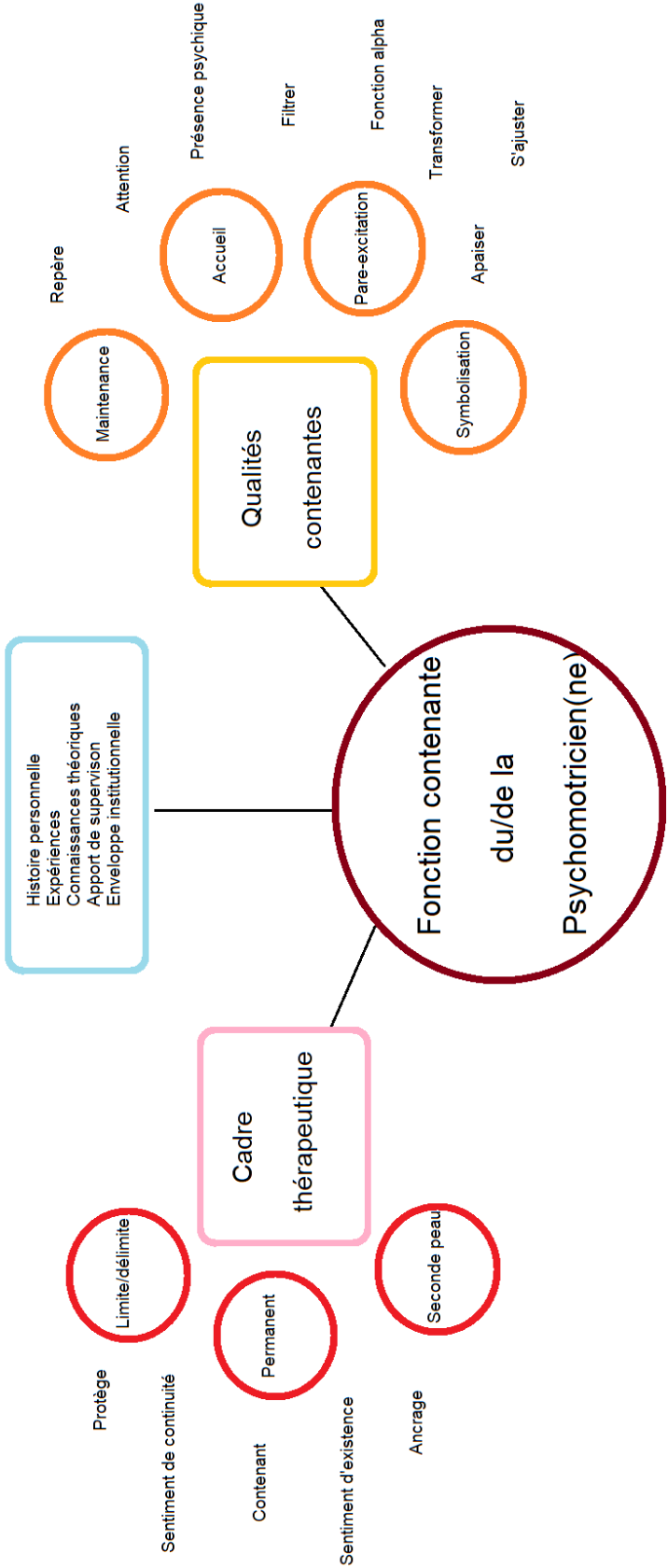
Prénom :

Médiation	ACTIVITE	VŒUX du patient	Orientations spécifiques Proposées	Activités Prescrites	Modifications
MANUELLE	BOIS				
	CUIR				
	POTERIE / MOSAIQUE				
	ROTIN				
	JARDIN				
COGNITIVE	EVEIL / EVEIL+				
	STIMULATION COGNITIVE				
	ADAPTATION				
	GESTION DE LA COLERE				
EXPRESSION	ART-THERAPIE				
	CHANSON				
	EMOTIONS				
	MIME				
	MUSICOTHERAPIE				
CORPORELE	APMCV				
	SPORT				
	SPORT ADAPTE				
	TENNIS DE TABLE				
	PSYCHOMOTRICITE				

EMPLOI du temps patient

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Matin					
Après-midi					

Annexe 3. Schéma de la fonction contenante



Bibliographie

- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. (2018). Les troubles psychomoteurs dans la schizophrénie. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Sémiologie et nosographies psychomotrices* (p. 584-598). Solal.
- André, P. (1995). Schizophrénie. In *Psychiatrie de l'adulte* (p. 77-86). Ed. Heures de France.
- André, P., Benavidès, T., & Canchy-Giromini, F. (1996a). De la connaissance du corps à sa représentation. In *Corps et psychiatrie de l'adulte* (p. 25-36). Ed. Heures de France.
- André, P., Benavidès, T., & Canchy-Giromini, F. (1996b). La schizophrénie. In *Corps et psychiatrie de l'adulte* (p. 112-117). Ed. Heures de France.
- Anzieu, D. (1995a). Fonctions du Moi-peau. In *Le Moi-peau* (p. 119-131). Dunod.
- Anzieu, D. (1995b). La notion de Moi-peau. In *Le Moi-peau* (p. 57-61). Dunod.
- Anzieu, D. (1995c). Résumés et compléments. In *Le Moi-peau* (p. 255-260). Dunod.
- Assaiante, C. (2015). Construction du schéma corporel au cours du développement sensori-moteur de l'enfant. In *Les effets de la gravité sur le développement du bébé* (p. 41-60). Érès.
<https://www.cairn.info/les-effets-de-la-gravite-sur-le-developpement-du-b--9782749248332-page-41.htm>
- Ballouard, C. (2003). *Le travail du psychomotricien*. Dunod.
- Boisseau, M. (2018). *De soi à l'autre, une rencontre pour se différencier : Accompagner l'ancrage à la réalité dans un groupe ouvert de relaxation en psychiatrie adulte*.
- Boutinaud, J. (2017). Comment le corps vient à l'enfant ? Quelques enjeux autour des représentations corporelles au cours du développement. *La psychiatrie de l'enfant, Vol. 60(1)*, (p. 145-166).
- CADRE : Définition de CADRE. <https://www.cnrtl.fr/definition/cadre>
- Chapellière, H. (2011). Contenance et créativité : Deux leviers thérapeutiques dans l'œuvre de Simone Urwand. In *Groupe, contenance et créativité* (p. 109-121). Érès.
- Ciccone, A. (2001). *Enveloppe psychique et fonction contenant : Modèles et pratiques*. 17, (p. 81-102).

Cicccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Vol. 2(2), (p. 397-433).

Cicccone, A., & Lhopital, M. (2019). La formation « seconde peau ». In *Naissance à la vie psychique* (p. 345-355).

Cluzeau, P. (2014). *Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : Éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique* - <https://docplayer.fr/51641861-Sur-les-chemins-de-la-relation-patient-psychomotricien-elements-de-reflexion-sur-la-genese-et-les-fondements-de-la-relation-therapeutique.html>

CONTENIR : Définition de CONTENIR. <https://www.cnrtl.fr/definition/contenir>

Cordero, M. (2018). *Quel corps soigne-t-on en psychomotricité ? La place de la psychomotricité dans l'étayage des représentations du corps chez l'enfant.*

Costes, E. (2001). *Corps et Psychose : Intérêt de la prise en charge des psychoses chroniques en Thérapie avec le cheval.* <http://extranet.isrp.fr/memoires/pdf/Corps-et-psychose.pdf>

Decoopman, F. (2010). La fonction contenante. *Gestalt*, n° 37(1), (p. 140-153).

Defiolles-Peltier, V., & Barte, H. N. (2010). Partie II : Réflexions théoriques. In *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (p. 163-272). Vernazobres-Gregio.

Dolto, F. (1984). Schéma corporel et image du corps. In *L'image inconsciente du corps* (p. 7-61). Ed. du Seuil.

Dupuy, O. (2017). *Droits des patients pris en charge en UMD.*

Duriez, P. (2018). *Les thérapies marquantes en psychiatrie : L'électroconvulsivothérapie.* 316.

Éducation thérapeutique du patient (ETP) : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

ENVELOPPE : Synonymie de ENVELOPPE. <https://www.cnrtl.fr/synonymie/enveloppe>

ENVELOPPER : Synonymie de ENVELOPPER. <https://www.cnrtl.fr/synonymie/envelopper>

Federn, P. (2000). Vers une psychothérapie des schizophrènes. In *Les Psychoses : La perte de la réalité* (p. 217-233). Sand.

- Floris, E. (2019). *Présentation du Pôle de Psychiatrie Médico-Légal*.
- Frémond, J. (2016). *La relation thérapeutique psychomotrice : Réflexion sur l'approche du psychomotricien face aux troubles du comportement*.
- Giromini, F., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015a). Chapitre 14. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Clinique et thérapeutiques* (p. 183-200). Solal.
- Giromini, F., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015b). Chapitre 15. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Clinique et thérapeutiques* (p. 201-215). Solal.
- Giromini, F., Scialom, P., & Albaret, J.-M. (2011a). Méthodes de relaxation et de gestion du stress. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques* (p. 239-287). Solal.
- Giromini, F., Scialom, P., & Albaret, J.-M. (2011b). Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques* (p. 3-95). Solal.
- HALLUCINATIONS : Définition de HALLUCINATIONS*. <https://www.cnrtl.fr/definition/hallucinations>
- Haouzir, S., Bernoussi, A., & Pedinielli, J.-L. (2020a). Cliniques des schizophrénies. In *Les schizophrénies* (p. 45-65). Dunod.
- Haouzir, S., Bernoussi, A., & Pedinielli, J.-L. (2020b). Comprendre la prise en charge des schizophrénies. In *Les schizophrénies* (p. 169-199). Dunod.
- Haouzir, S., Bernoussi, A., & Pedinielli, J.-L. (2020c). Comprendre les schizophrénies. In *Les schizophrénies* (p. 67-144). Dunod.
- Haouzir, S., Bernoussi, A., & Pedinielli, J.-L. (2020d). Histoire de la naissance du concept. In *Les schizophrénies* (p. 25-44). Dunod.
- Haouzir, S., Bernoussi, A., & Pedinielli, J.-L. (2020e). Quelques données complémentaires. In *Les schizophrénies* (p. 159-168). Dunod.
- Houzel, D. (2010). L'enveloppe psychique en pratique. In *Le concept d'enveloppe psychique* (p. 131-149). In Press.
- Janssen. (2014). *P.A.C.T (Psychoses-Aider-Comprendre-Traiter) : Les premières années*.

- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie, Volume 2(3)*, (p. 185-194).
- Kacha, N. (2011). La fonction contenante du thérapeute. In *Groupe, contenance et créativité* (p. 85-96). Érès.
- Lalo, V. (2011) *Le vide en psychanalyse*. <http://vanessalalo.com/wp-content/uploads/2011/12/Le-Vide-en-Psychanalyse.pdf>
- Le Bihan, P. (2010). *Place des Unités pour Malades Difficiles (UMD) dans le dispositif de soin. Les principes de la remédiation cognitive dans la schizophrénie – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps*. <https://www.academie-medecine.fr/les-principes-de-la-remediation-cognitive-dans-la-schizophrenie/>
- LIMITE : Définition de LIMITE. <https://www.cnrtl.fr/definition/limite>
- Marcelli, D. (2006). Répétition et nouveauté, la surprise dans le rythme. In *La surprise : Chatouille de l'âme* (p. 126-159). Albin Michel.
- Mendiburu, J.-P. (2003). La fonction du cadre. *Gestalt, no 25(2)*, (p. 11-25).
- Minkowski, E. (2013). Chapitre III - La schizophrénie. *Quadrige*, (p. 255-270).
- Montagu, A., & Leboyer, F. (1979). La mémoire de la peau. In *La Peau et le toucher : Un premier langage* (p. 9-36). Éditions du Seuil.
- Morin, C. (2013). 1. Le schéma corporel. *Psychanalyse*, (p. 19-37).
- Nasio, J.-D. (2013). Le concept d'Image Inconsciente du Corps, de Dolto : Notre interprétation. In *Mon corps et ses images : Le corps est la voie royale qui mène à l'inconscient !* (p. 19-72). Payot.
- Outils d'exploration des profils psychomoteurs en psychiatrie adulte – Psychomotriciens du Rhin*. <http://psychomotriciens-du-rhin.fr/articles-et-travaux-de-recherche/outils-dexploration-des-profils-psychomoteurs-en-psychiatrie-adulte/>
- Pankow, G., & Laplanche, J. (2009a). Données principales de l'image du corps. In *L'homme et sa psychose* (p. 33-72). Flammarion.

- Pankow, G., & Laplanche, J. (2009b). Image du corps et psychiatrie théorique. In *L'homme et sa psychose* (p. 269-292). Flammarion.
- Pankow, G., & Laplanche, J. (2009c). L'image du corps dans la schizophrénie. In *L'homme et sa psychose* (p. 119-231). Flammarion.
- Pireyre, E. (2011a). Le concept d'image du corps. In *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (p. 9-50). Dunod.
- Pireyre, E. (2011b). Les sous-composantes de l'image composite du corps. In *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (p. 53-165). Dunod.
- Pollet-Villard, L. (2012). *Schizophrénie et Psychomotricité : Le cas d'une U.M.D.*
- Pommereau, X. (2003). *Intervention Xavier Pommereau « Adolescents difficiles » 13 décembre 2003 Angers.*
- Poncelet, J.-J. (2011). Création et contenance dans un groupe de psychothérapies d'inspiration psychanalytique avec des enfants autistes. In *Groupe, contenance et créativité* (p. 123-137). Érès.
- Potel Baranes, C. (2019a). La question du cadre thérapeutique. In *Être psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 357-381). Érès.
- Potel Baranes, C. (2019b). Les groupes en psychomotricité. In *Être psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 416-434). Érès.
- Potel Baranes, C. (2019c). Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ? In *Être psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 117-154). Érès.
- Potel Baranes, C. (2019d). Une enveloppe corporelle à soigner. In *Être psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 53-58). Érès.
- Pous, G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses : « des enveloppements aux massages »*. Ed. L'Harmattan.
- PrévotEAU, C. (2017). *La mère suffisamment bonne : Ni trop, ni pas assez*. 220, 12.
- PROPRIOCEPTION : Définition de PROPRICEPTION. <https://www.cnrtl.fr/definition/proprioception>
- Racamier, P.-C. (2000). Préface. In *Les Psychoses : La perte de la réalité*. Sand.

Racamier, P.-C. (2003). *L'esprit des soins : Le cadre*. Ed. du Collège.

Rey, S. (2019). `` *Quand je te laisse mon bras, ça me fait mal...* '' . *La psychomotricité auprès d'enfants présentant une enveloppe défaillante, en pédopsychiatrie*. 93.

RITUEL : Définition de rituel et synonymes de rituel <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/rituel/fr-fr/>

SCHIZOPHRÉNIE : Définition de SCHIZOPHRÉNIE. <https://www.cnrtl.fr/definition/schizophr%C3%A9nie>

Schwan, R., Llorca, P.-M., Laprèvote, V., & Samalin, L. (2019a). Les causes de la schizophrénie. In *La schizophrénie : Savoir pour guérir* (p. 71-84). Ellipses.

Schwan, R., Llorca, P.-M., Laprèvote, V., & Samalin, L. (2019b). Qu'est-ce exactement que la schizophrénie ? In *La schizophrénie : Savoir pour guérir* (p. 17-58). Ellipses.

Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011a). La relation en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts fondamentaux* (p. 327-350). Solal.

Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011b). Le corps et ses représentations. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts fondamentaux* (p. 201-246). Solal.

Tausk, V. (2000). Schizophrénie et « appareil à influencer ». In *Les Psychoses : La perte de la réalité*. Sand.

Table des matières

INTRODUCTION	6
CHAPITRE 1. GENÈSE DES ENVELOPPES ET DE LA FONCTION CONTENANTE	8
A. Définitions des concepts	8
B. La contenance au fil de la vie	9
1. La vie intra-utérine.....	9
2. La naissance	10
3. La dépendance à l'environnement	11
a) D.W. Winnicott et la « mère suffisamment bonne ».....	11
b) La relation « contenant-contenu » de W. Bion.....	12
c) D. Houzel, un contenant « attracteur ».....	12
d) Les rythmes au service d'un sentiment continu d'existence.....	13
e) La peau, premier sentiment d'unité corporelle et de contenance.....	15
(1) E. Bick et la fonction psychique de la peau.....	16
(2) D. Anzieu et le Moi-peau	17
C. Schéma corporel et image du corps	19
1. Le schéma corporel.....	19
2. L'image du corps	21
CHAPITRE 2. LA SCHIZOPHRÉNIE.....	25
A. La schizo quoi ?.....	25
1. Définition et épidémiologie	25
a) Épidémiologie	25
b) L'origine historique.....	25
2. Les symptômes.....	26
a) Les symptômes positifs.....	26
(1) Les idées délirantes ou délires.....	26
(2) Les Hallucinations	27
b) Les symptômes négatifs	28
c) La désorganisation ou dissociation.....	29
3. Critères diagnostiques	30
4. Étiologies.....	31
a) Des facteurs génétiques	31
b) Des facteurs neurobiologiques	31
c) Des facteurs neurodéveloppementaux	32
d) Des facteurs psychosociaux.....	32
5. Des schizophrénies ?.....	33
6. Les traitements	34
a) Les traitements médicamenteux.....	34
b) Les traitements non-médicamenteux	34
(1) L'électro-convulsivo-thérapie (ECT).....	34
(2) La réhabilitation psychosociale.....	35
(a) Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).....	36

(b) L'éducation thérapeutique du patient (ETP).....	36
(c) La remédiation cognitive	38
(d) Entraînement aux habiletés sociales.....	38
B. Le schizophrène et ses enveloppes	39
1. Des fonctions du Moi-peau entravées	39
2. Une seconde peau	41
3. Une désorientation spatio-temporelle	42
4. Schéma corporel transformé, image du corps fragmentée.....	43

CHAPITRE 3. LA PSYCHOMOTRICITÉ AU SERVICE DE LA CONTENANCE 45

A. Présentation de l'Unité pour Malades Difficiles	45
1. Modalités de fonctionnement	45
a) La population accueillie	45
b) Les pathologies présentes	46
c) La prise en charge des patients	46
d) L'unité d'Ergothérapie.....	47
2. Enveloppe institutionnelle	48
B. La contenance dans la pratique psychomotrice	50
1. Un cadre thérapeutique contenant	50
a) Le cadre thérapeutique dans la pratique psychomotrice.....	51
b) Le cadre selon J.P. Mendiburu.....	51
c) Le cadre selon C. Potel.....	53
(1) Le cadre physique	53
(2) Le cadre psychique.....	55
d) Les fonctions du cadre.....	56
(1) Fonction limitante.....	56
(2) Fonction de continuité.....	56
(3) Fonction contenante.....	57
2. Les qualités contenantes du psychomotricien.....	57
a) Fonction de maintenance	57
b) Capacités attentionnelles et d'accueil	58
c) Fonctions de pare-excitation et de symbolisation.....	59

CHAPITRE 4 : CAS CLINIQUES 61

A. Prise en charge individuelle : M. S.	61
1. Anamnèse	61
2. La prise en charge au sein de l'UMD.....	62
3. Les prises en charges au sein de l'Unité d'Ergothérapie.....	64
a) La prise en charge en atelier cuir.....	64
b) La prise en charge en atelier poterie/mosaïque/rotin	65
c) La prise en charge en art-thérapie.....	65
4. La prise en charge en psychomotricité	66
a) Notre rencontre.....	66
b) Les séances de psychomotricité	66
(1) Les objectifs	66
(2) Le déroulement.....	67
(3) Conclusion.....	70

B. Prise en charge groupale : M. P.....	71
1. Anamnèse	71
2. Son comportement au sein de l'institution	73
3. Projet thérapeutique au sein de l'unité d'Ergothérapie	75
a) La prise en charge en activité Éveil.....	75
b) La prise en charge en activité tennis de table	76
c) La prise en charge en atelier poterie/mosaïque/rotin	76
d) La prise en charge au groupe adaptation	77
4. La prise en charge en psychomotricité	78
a) Notre rencontre.....	78
b) Les séances de psychomotricité	79
(1) Modalités du groupe.....	79
(2) Les objectifs des séances	79
(3) Le déroulement.....	79
(4) Conclusion.....	81
 CONCLUSION GÉNÉRALE	 82
 ANNEXE 1	 83
 ANNEXE 2A.....	 84
 ANNEXE 2B.....	 85
 ANNEXE 3	 86
 BIBLIOGRAPHIE.....	 87
 TABLE DES MATIÈRES	 93