



HAL
open science

**“ Un contact humain en ces temps de pandémie ” : la
question de la relation dans la prise en charge
psychomotrice de patients anxiodépressifs, dans un
contexte pandémique**

Maïalis Beurrier

► **To cite this version:**

Maïalis Beurrier. “ Un contact humain en ces temps de pandémie ” : la question de la relation dans la prise en charge psychomotrice de patients anxiodépressifs, dans un contexte pandémique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03543535

HAL Id: dumas-03543535

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03543535>

Submitted on 26 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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



« Un contact humain en ces temps de pandémie » :

La question de la relation dans la prise en charge psychomotrice de patients
anxiodépressifs, dans un contexte pandémique.

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'état de Psychomotricien

Maïalis BEURRIER

Maître de mémoire : Gaëlle CARRETTE

Session de juin 2021

Remerciements

A ma sœur Murielle, la première à m'avoir parlé de la psychomotricité.

A mon frère Olivier, pour son soutien infailible durant ces longues années de préparation à l'entrée en formation.

A Léo, pour ses encouragements, sa patience, ses conseils avisés et la rigueur de son approche,

A Gaëlle Carrette, pour son accompagnement et sa disponibilité dans le processus d'écriture de ce mémoire, son dynamisme communicatif, et la richesse de nos échanges.

Je remercie chacun de mes maîtres de stage, pour leur accompagnement tout au long de l'année et la confiance qu'ils m'ont accordée. Ces remerciements s'adressent aussi aux membres du personnel, pour leur capacité d'accueil et leur disponibilité.

Je remercie les patients pour leur investissement dans la construction de la relation. Merci pour tous ces échanges qui m'ont nourrie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	11
-------------------	----

Chapitre Premier. Rencontre dans un contexte pandémique : **présentation du cadre d'observation**

1. La psychiatrie en situation pandémique.....	13
<i>1.1. Une gestion difficile.....</i>	<i>13</i>
<i>1.2. Les mesures barrières.....</i>	<i>13</i>
1.2.1. Les confinements et couvre-feux.....	13
1.2.2. Les gestes barrières.	14
<i>1.3. Santé mentale et COVID-19.....</i>	<i>14</i>
1.3.1. Définition de la santé mentale de l'OMS.	14
1.3.2. Définition de la maladie mentale.	14
1.3.3. Impact de la situation sanitaire sur la santé mentale.....	15
<i>1.4. Les troubles dépressifs.....</i>	<i>16</i>
1.4.1. Définitions de la dépression et de l'humeur.	16
1.4.2. Sémiologies générale et psychomotrice de la dépression.	17
1.4.3. Epidémiologie et santé publique.	18
1.4.4. La Dépression COVID-19.	19
<i>1.5. Les troubles anxieux.....</i>	<i>19</i>
1.5.1. Définitions.....	19
1.5.2. Formes cliniques des troubles anxieux d'après le DSM-5.....	20
1.5.3. Sémiologies générale et psychomotrice des troubles anxieux.	20
1.5.4. Comorbidités et étiologie.	21
1.5.5. Angoisse Covid-19.	21
2. Présentation des structures de stage.	22
<i>2.1. « Nous n'étions pas prêts »</i>	<i>22</i>
<i>2.2. Arrivée sur les lieux.</i>	<i>22</i>
<i>2.3. Précisions sur la méthode de présentation des patients, de leur évaluation et prise en charge</i>	

<i>psychomotrices</i>	22
2.4. Le jeudi à l'HJ	23
2.4.1. Présentation de la structure	23
2.4.2. Place de la psychomotricité	23

Rencontre avec Minh

• Présentation générale	24
• Anamnèse	24
• Silhouette psychomotrice	25
• Axes et projet thérapeutiques en individuel	28
• Axes et projet thérapeutiques du groupe d'eutonie	29
2.5. Le vendredi au CMP	30
2.5.1. Présentation de la structure	30
2.5.2. Place de la psychomotricité	30

Rencontre avec Rose

• Présentation générale	30
• Anamnèse	31
• Silhouette psychomotrice	32
• Axes et projet thérapeutiques en individuel	34

Chapitre 2. Comment la pandémie transforme-t-elle l'être en relation

?

1. La place du corps en relation, en lien avec la culture	36
<i>1.1. Définition de la culture</i>	36
<i>1.2. L'importance du corps dans la relation</i>	36
1.2.1. Communications non-verbales	37
1.2.2. Le corps permet l'expression des émotions et des affects	37
<i>1.3. La place du corps en temps de pandémie</i>	38
1.3.1. Un corps mis à distance	38

2.L'être psychomoteur en relation, en temps de pandémie.....	38
2.1. La sensorialité en temps de pandémie.....	39
2.1.1. Définitions.	39
2.1.2. La culture dans tous les sens.	39
2.1.3. « <i>Je ne le sens pas</i> ». Réduction des afférences olfactives.	40
2.1.4. « <i>En mains propres</i> ». Lavage des mains et réduction des afférences tactiles.....	40
2.1.5. Réduction des informations en provenance des mimiques.....	41
2.1.6. « <i>Un regard qui veut tout dire</i> ». Du visage, il ne reste que le regard à voir.	41
2.1.7. Impact sur les afférences auditives de la voix.....	42
2.1.8. Manquer d'air ?.....	42
2.1.9. De nouvelles afférences sensorielles.....	42
2.2. Le tonus en temps de pandémie.....	43
2.2.1. Définitions.....	43
2.2.2. Tonicité et rencontre en temps de pandémie.	43
2.2.3. Adaptation posturale en temps de pandémie et tonus de vigilance.....	44
2.2.4. Le monde sous tension : tensions musculaires et anxiété.....	45
2.3. La motricité en temps de pandémie.....	46
2.3.1. Définitions.	46
2.3.2. « <i>C'est le geste qui compte</i> » : vers de nouvelles praxies.....	46
a) Les gestes de salutation.	46
b) Le port et le retrait du masque.	46
2.3.3. Ces gestes qui nous « <i>trahissent</i> » : la communication gestuelle de nos émotions.....	47
2.3.4. Surveiller ses faits et gestes : l'haptophobie.....	47
2.3.5. Pandémie et sédentarisation.	48
2.4. L'espace et le temps en pandémie.....	48
2.4.1. L'espace et le temps en psychomotricité.	48
2.4.2. Les temps changent.	49
a) « <i>O tempora, o mores</i> »	49
b) Continuité/discontinuité des soins : adaptation sur mes lieux de stage à une nouvelle temporalité.....	49
c) « <i>Ça traîne en longueur</i> » (Rose) : le temps de l'attente.....	50
d) Jours d'isolement et COVID-19.	51
e) Un avenir incertain.	51

2.4.3. Le remaniement des espaces en temps de pandémie.	51
a) La proxémie.	51
b) Distanciation physique d'accord, mais gare à la distanciation sociale !.....	52
c) Une spatialisation spécifique.	52
d) Réaménagement des espaces de soin.	52
e) La juste distance ?	52
f) La proximité : une menace en temps de pandémie.	53
g) Les espaces qui se confondent : qu'en est-il de l'espace pour penser ?.....	53
h) Des espaces qui s'ouvrent ?	53
2.5. <i>La représentation du corps en temps de pandémie</i>	54
2.5.1. Définitions de l'image du corps et du schéma corporel.	54
2.5.2. Image composite du corps en temps de pandémie.	54
2.5.3. " <i>Le masque est persona ou maschera, faux visage, noirceur</i> ".	55
2.5.4. Manque d'activité physique et image du corps.	55
2.5.6. Schéma corporel : une spatialité de situation.	55
2.6. <i>Les fonctions cognitives en temps de pandémie</i>	55
2.6.1. La pandémie nous demande de redoubler d'attention.	55
2.6.2. Inhiber nos élans !.....	56
2.6.3. Une demande constante d'adaptation.	56
2.6.4. Des projets à remettre... à quand déjà ?	56
2.6.5. Inscription de nouveaux souvenirs dans notre mémoire psychocorporelle.	56
3. Le contact en temps de pandémie	57
3.1. <i>Entre menace et besoin</i>	57
3.2. <i>On reste en contact ?</i>	58

Chapitre 3. La psychomotricité, un métier à tisser du lien

1. Clinique de la relation avec Minh et Rose	59
1.1. « <i>Une réponse à mes questions</i> ». Construction avec Minh.....	59
L'installation.	
• Première séance. " <i>Comme si vous étiez la gardienne</i> ".....	59
• Deuxième séance. " <i>Comme une oasis dans le désert</i> ".....	60
• Troisième séance. " <i>Un contact humain en ces temps de pandémie</i> ".....	61
• Quatrième séance : " <i>Besoin d'ancrage pour ne pas disperser mon énergie</i> ".....	61

• Cinquième séance " <i>Une réponse à mes questions</i> "	62
• Sixième séance " <i>Un bon point d'amorce</i> "	62
• Septième séance " <i>On a su mettre le doigt sur le point de tension</i> "	63
Cheminement dans mon projet thérapeutique.	63
• Huitième et dernière séance en individuel. " <i>Ramener du lien, ça répond à un besoin et un manque</i> "	64
• Séances en groupe. « <i>Le refuge</i> »	64
• Première séance. Le « <i>rebond</i> »	64
• Deuxième séance. « <i>Une chaleur humaine</i> »	65
• Troisième séance. « <i>Un soulagement</i> »	66
Conclusion.	67
1.2. "<i>Le vendredi c'est ma journée</i>". Construction avec Rose.....	67
Installation	
• Première séance. « <i>Ça se relâchait</i> »	67
• Deuxième séance. « <i>Le vendredi c'est ma journée</i> »	67
• Troisième séance. Une « <i>bulle</i> »	68
• Quatrième séance. « <i>Vos mains me disent t'inquiète pas, ça va aller</i> »	68
• Cinquième séance. Une voix « <i>constante</i> »	68
• Sixième séance. « <i>La balle dynamise, vos mains me protègent</i> »	68
• Septième séance. « <i>Les mains dynamisent</i> »	69
• Huitième séance. « <i>C'est vrai qu'on n'y pense pas à se masser !</i> »	69
• Neuvième séance. « <i>Ça m'a fait du bien</i> »	69
• Dixième séance. « <i>Y a une signification dans la couleur de la balle ?</i> »	70
• Onzième séance. « <i>C'est pas pareil</i> »	70
• Douzième séance. « <i>Ça traîne en longueur</i> »	70
• Treizième séance. Du contact.....	71
• Quatorzième séance. A l'auto-contact.....	71
• Quinzième séance. « <i>Unifier les sensations sur tout le corps</i> »	71
• Seizième séance. « <i>Mon corps a pris un coup de vieux</i> »	72
• Dix-septième séance. « <i>Envie de retrouver ma bulle</i> »	72
• Dix-huitième séance. « <i>T'inquiète pas, ça va aller, dans la vie et pour tout le reste</i> »	73
• Dix-neuvième séance. « <i>Légèreté</i> »	73
• Vingtième séance. « <i>Comme un abri</i> »	74

• Vingt-et-unième séance. « <i>Ce n'est pas pareil quand je le fais moi</i> ».....	74
Conclusion.	74
2. La psychomotricité, un métier à tisser du lien.....	75
<i>2.1. La relation : voie royale de la thérapie psychomotrice.....</i>	<i>75</i>
2.1.1. Qualités relationnelles du psychomotricien.....	75
a) Capacité d'accueil.	75
b) Capacité d'écoute.	76
c) Trois conditions.	76
e) Des qualités d'ajustement.	76
2.1.2. Engagement psychocorporel du psychomotricien	77
a) Une mise en forme qui démarre dès la formation.	77
b) Connais-toi toi-même.	77
c) Le dialogue tonique.	77
2.1.3. Du tact au contact : Toucher direct et toucher à distance.	78
<i>2.2. Quelques concepts théoriques, supports de la relation thérapeutique.....</i>	<i>78</i>
2.2.1. Les concepts de holding et de handling de Winnicott.	78
Les limites.	79
2.2.2. Le concept du Moi-Peau d'Anzieu.	79
2.2.3. La théorie de l'étayage psychomoteur de Robert-Ouvray.	81
<i>2.3. Le cadre thérapeutique, socle de la construction relationnelle patient/ psychomotricien</i>	<i>81</i>
3. Avec ou sans contact ? Discussion autour des médiations choisies.....	82
<i>3.1. Intérêt des propositions avec toucher thérapeutique.....</i>	<i>82</i>
3.1.1. Importance du tact dans le sentiment de soi.	82
3.1.2. Densité de récepteurs tactiles et conscience corporelle.	83
3.1.3. Thermorécepteurs et conscience corporelle.	83
3.1.4. Le contact pour soulager l'angoisse.	83
3.1.5. Un support de communication.	83
3.1.6. Contacter la mémoire corporelle.	84
3.1.7. Se retrouver grâce à la relaxation activo-passive de Wintrebert.....	84
3.1.8. Lutter contre la solitude.	84
3.1.9. Prendre appui pour soutenir la structuration psychocorporelle.....	84

3.2. Intérêt des propositions sans toucher thérapeutique.....	85
3.2.1. Les limites du toucher thérapeutique.	85
3.2.2. Ma définition de l'auto-contact.	85
3.2.3. L'eutonie : un cheminement ludique vers l'autonomie.	86
3.2.4. La kinésphère : retrouver un espace à soi.	86
3.2.5. Trouver un appui interne.	86
3.2.6. Limites des propositions sans contact.	86
4. Toucher et être touchée : réflexion autour de ma construction professionnelle.....	87
4.1. Le contre transfert corporel.	87
4.2. Perspectives dans ma construction professionnelle.....	88
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE.....	90
ANNEXES.....	100

INTRODUCTION

« *Le principe même d'une crise, fût-elle sanitaire, est de provoquer des changements et de souligner l'importance du lien à l'autre* » (Chastang, Gérard, Makdassi, Collonge et Boittiaux, 2020, p. 448)

A la fin de l'année 2019, une menace épidémique plane sur le monde. Les craintes sont confirmées le 11 mars 2020, quand l'OMS qualifie de pandémie ce qu'elle nomme "*COVID-19*" (pour *CO*rona*VI*rus *DI*sease 2019). Le 16 mars, l'allocution d'Emmanuel Macron, président de la République française, sonne comme le tocsin de la patrie en danger : "*Nous sommes en guerre* », annonce-t-il aux Français.

Afin de lutter contre la propagation de la pandémie, certaines mesures, dites barrières, sont préconisées. Elles impliquent un considérable remaniement des modalités relationnelles.

Pour commencer, considérons deux termes associés au titre de ce mémoire : **relation** et **contact**. Les définitions du Dictionnaire Le Robert Pratique (2013) suivantes viennent tirer quelques ficelles pour éclairer les liens entre ces termes. Elles soulèvent par ailleurs quelques questions qui m'ont interpellée.

La **relation** désigne le rapport de dépendance entre des phénomènes. Au pluriel, il s'agit du lien d'influence réciproque entre personnes, renvoyant au fait de se **fréquenter**. Or, le terme **fréquenter** signifie rencontrer ou voir de manière répétée des personnes.

Dès lors, une première question se pose : sommes-nous en relation avec les autres dans un contexte où nous nous fréquentons moins ?

La relation est synonyme de **contact**.

Le **contact** désigne la position, l'état relatif de deux corps qui **se touchent**.

Être ou **entrer en contact** se rapporte au fait de se joindre, de se toucher. Le toucher semble une condition nécessaire. Pourtant, le dictionnaire illustre l'action de se contacter par un exemple : contacter quelqu'un par téléphone. Cela soulève une deuxième question, restons-nous en relation même à distance, sans se toucher ?

La littérature scientifique a mis en évidence l'impact de l'isolement sur la santé mentale. Or, nous sommes actuellement dans un contexte exceptionnel qui remanie les modalités de la relation et conduit à des situations d'isolement. Nous sommes donc face à un risque psycho-social majeur et des études montrent d'ores et déjà une augmentation des troubles anxio-dépressifs dans la population

générale.

Comme le dispose l'article 1 du décret n°88-659 du 6 mai 1988, relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice (voir Annexe I), le psychomotricien est habilité à accomplir des actes contribuant au traitement des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles. Ces troubles peuvent se rencontrer dans la sémiologie des états anxio-dépressifs. Par conséquent, les indications en psychomotricité de personnes souffrant de troubles anxio-dépressifs risquent d'augmenter.

Dans ce mémoire, je m'interroge sur la façon dont la psychomotricité peut, dans un tel contexte, contribuer à restaurer le sentiment d'être en relation, notamment auprès de patients présentant une symptomatologie anxio-dépressive.

De quels moyens dispose le psychomotricien pour répondre au besoin de contact mis à mal par la situation pandémique ?

Je pars de l'hypothèse que, parmi les outils à sa disposition, le toucher thérapeutique présente de nombreux avantages pour ramener du lien. D'autres moyens sont cependant envisageables et le contact peut se faire sans toucher physique.

Ma démarche s'appuie sur les informations recueillies sur deux lieux de stage en psychiatrie adulte en extrahospitalier. Mes observations sont le fruit de ma rencontre et de la construction d'une relation thérapeutique avec deux patients présentant une symptomatologie anxio-dépressive. Toutefois, face à la recrudescence des troubles anxio-dépressifs dans la population générale, j'ai pensé qu'il était opportun d'élargir ponctuellement mes réflexions sur celle-ci.

Dans un premier chapitre, il s'agira de présenter le contexte dans lequel j'arrive en stage de septembre 2020. Pour commencer j'exposerai de façon générale la situation pandémique en psychiatrie adulte et ses conséquences sur la santé mentale. Je proposerai ensuite un point théorique sur la symptomatologie anxio-dépressive, notamment la symptomatologie spécifique apparue depuis la pandémie de COVID-19. Je décrirai ensuite les deux structures qui m'ont accueillie ainsi que les patients dont je souhaite parler.

Dans un deuxième chapitre, il s'agira de présenter, sous l'éclairage de la psychomotricité, comment les mesures barrières transforment les modalités de la relation.

Enfin, des éléments de réponse au problème, notamment l'utilisation du toucher thérapeutique en psychomotricité, seront discutés dans un troisième chapitre, après avoir décrit le processus de construction de la relation thérapeutique entre les patients et moi.

Chapitre Premier. Rencontre dans un contexte pandémique :

présentation du cadre d'observation.

« *La psychiatrie, dont la temporalité n'est pas celle des soins généraux, (...) a également dû se réorganiser* » (Chastang et al. 2020, p. 444).

1. La psychiatrie en situation pandémique

1.1. Une gestion difficile

En 2008 déjà, un article de Nature concluait que le monde n'était pas prêt à affronter une pandémie : « *les ressources mondiales pour lutter contre l'émergence de maladies sont mal allouées* » (Jones, Patel, Levy, Storeygard, Balk, Gittleman et Daszak, 2008).

En 2020, le système hospitalier français, déjà en crise, dut s'organiser pour faire face à la pandémie, seulement « *la nécessaire mobilisation hospitalière dès le 6 mars 2020 a transitoirement omis la psychiatrie, et les dispositions alors prises se sont révélées inadaptées à la santé mentale* » (Chastang et al., 2020, p. 444). Le secteur de la psychiatrie, « *déjà frappé de plein fouet par la paupérisation, et en proie à l'appréhension d'un lourd tribut à payer* » (*Ibid.*), dut se réorganiser tant bien que mal.

Ce n'est qu'à partir du 23 mars 2020 qu'une note du ministère de la Santé fut rédigée afin d'édicter les mesures spécifiques au champ de la psychiatrie (voir Annexe II).

1.2. Les mesures barrières

Lorsque j'arrive sur mes lieux de stage, en septembre 2020, différentes mesures de protection contre la propagation du coronavirus sont en vigueur. Pour plus d'informations concernant le virus responsable de la COVID-19, ses modes de transmission, sa contagiosité et les symptômes de la maladie, je renvoie le lecteur à l'Annexe III.

Elles désignent l'ensemble des comportements, collectifs et individuels, requis pour faire face à la pandémie.

1.2.1. Les confinements et couvre-feux. Ce sont les **mesures restrictives de rassemblement** et de **déplacement** (couvre-feux, confinements, réaménagement des espaces) qui encadrent de manière très stricte les sorties. Les mesures de confinements, déconfinements, de couvre-feux ont été

si nombreuses qu'il m'a semblé opportun d'en sélectionner quelques-unes parmi les principales (voir Annexe IV).

1.2.2. Les gestes barrières. Il s'agit d'un ensemble de comportements visant à limiter la propagation du coronavirus. Il s'agit de mesures à la fois individuelles et collectives. Ameli, le site de l'Assurance Maladie française, cite le port du masque, l'utilisation de mouchoir à usage unique, la précaution d'éternuer ou de tousser dans son coude, l'aération des espaces. Le lavage des mains et leur passage au gel hydroalcoolique est également requis. A moins qu'il ne soit nécessaire, les individus sont appelés à s'abstenir de tout contact physique avec les surfaces et entre personnes. Depuis que la transmission aéroportée a été mise en évidence, une distanciation, dite « *sociale* » ou « *physique* » entre individus est requise.

« *La distanciation sociale, dans le cadre du Covid-19, signifie se tenir à une distance minimum les uns des autres, afin de freiner la propagation du virus* » (Chambaud et Depadt, 2020, p. 352).

La vaccination constitue une défense supplémentaire qui vient compléter la prévention des risques et renforcer les mesures de lutte contre la pandémie.

Cette série de mesures conduit à une réduction des rapports sociaux et à des situations d'isolement.

1.3. Santé mentale et COVID-19.

1.3.1. Définition de la santé mentale de l'OMS. « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Elle dépend de facteurs bio-psycho-sociaux multiples et parmi les éléments associés aux problèmes de santé mentale, il y a notamment « *les risques de mauvaise santé physique* » et un « *changement social rapide* » (*Ibid.*).

La situation conduit à un réaménagement sociétal profond, donc les conséquences sur la santé mentale sont à l'étude.

1.3.2. Définition de la maladie mentale. *Le terme psychiatrie désigne, selon Cyrulnik, « un objet qui ne peut pas naître en dehors de son contexte culturel »* (2014, p. 311).

La définition de P. André souligne l'impact global de la maladie sur l'être en relation. La maladie mentale est, nous dit-il, « *une maladie qui se différencie des maladies somatiques par le fait qu'elle touche l'homme dans son entier, c'est-à-dire dans son humanité, dans sa façon d'être dans le*

monde, dans sa manière de voir le monde, dans ses relations avec les autres hommes » (André, 2002, p. 6). Elle impacte l'individu dans sa possibilité de satisfaire ses besoins élémentaires, de s'épanouir et de déployer ses potentialités, de faire des choix, d'être autonome et de pouvoir agir sur son milieu. Elle a des répercussions sur les différentes sphères qui composent sa vie relationnelle (sphères familiale, professionnelle et sociale) et s'accompagne d'une grande détresse.

La conception de la maladie mentale évolue au fil du temps, des événements, des obédiences théoriques en vogue. Le sujet étant vaste et richement documenté par différents champs théoriques, je ne pouvais faire le tour de toutes les classifications et théories sur le thème. Je m'appuie donc essentiellement sur la cinquième et dernière édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5).

Comme le souligne Ajuriaguerra, (2020) dans une interview de 1971, les origines de la maladie mentale sont diverses. De nombreux facteurs (génétiques et environnementaux) interviennent et il est rare qu'un seul soit en cause. « *Tout se passe par la relation* », nous dit-il, et c'est sur la relation que s'appuie, se construit et se maintient toute l'organisation de l'être humain.

Les avancées dans la connaissance des mécanismes épigénétiques (qui influencent l'expression des gènes) viennent compléter l'état des connaissances que nous avons des origines de la souffrance mentale. Nous comprenons que l'environnement dans lequel évolue l'individu joue un rôle dans le déploiement de ses potentialités : il peut constituer un terreau favorable ou, au contraire, entraver son épanouissement. Dès lors, nous pouvons supposer que la situation sanitaire, en imposant une série de contraintes, relationnelles notamment, agit sur le bien-être de l'individu.

1.3.3. Impact de la situation sanitaire sur la santé mentale. L'isolement impacte la santé mentale de l'être humain. Les travaux de Cacioppo et Patrick (2008) montrent en effet la corrélation entre isolement et souffrance psychique.

« *La santé et le bien-être d'un membre de notre espèce nécessitent, entre autres, d'être satisfait et en sécurité dans nos liens avec les autres, une condition de «ne pas être seul* » que, faute d'un meilleur mot, nous appelons un lien social » (Cacioppo et Patrick, 2008, p. 8)

Par ailleurs, Chastang et al., montrent que le caractère incertain de l'avenir, dans le contexte sanitaire actuel, génère de l'inquiétude, notamment celle de vivre dans un monde « *aux règles sociales quelque peu différentes de celles dont on avait l'habitude, et dans lesquelles les vulnérabilités seront peut-être encore plus marquées* » (2020, p. 448). La crise sanitaire actuelle présente un risque psycho-social important.

En outre, il est fréquent d'observer, parmi la population de patients avec troubles psychiatriques, une fragilité somatique. Celle-ci les expose à des risques de surinfections broncho-pulmonaires (Chastang et al., 2020, p.445). Par conséquent, ces patients présentent plus de symptômes d'anxiété et de stress du fait du risque d'être contaminés (Mazza et al., 2020 ; Ozamis-Etxebarria et al. 2020 ; Özdin S., Özdin, SB. 2020).

Rose, par exemple, est tombée malade en mai 2020 et présentait alors des symptômes de la Covid. Elle a été très inquiète des conséquences du fait de sa fragilité somatique, et sera finalement rassurée d'être vaccinée courant 2021. Par ailleurs, du fait de ses fragilités somatiques, le médecin de Rose lui a conseillé de rester chez elle malgré le confinement qui touchait à sa fin. Rose souffrait déjà de ne pas voir grand monde, et elle a ressenti de la tristesse pendant cet isolement.

Par ailleurs, une série d'études commencent à révéler l'impact de la situation sanitaire sur cette population spécifique mais également sur la population générale. Il semble y avoir une recrudescence de troubles anxieux pour ces deux populations. Une étude montre l'augmentation des manifestations anxieuses dans la population générale lors du premier confinement (Chan-Cheee, Léon, Lasbeur, Lecrique, Raude, Arwidson, du Roscoät, 2020). Daaboul, Tamouza et Leboyer (2021) mentionnent de nombreuses données qui appuient l'hypothèse de conséquences psychopathologiques de la COVID-19 sur l'être humain. Ces observations pourraient s'expliquer d'une part, par un facteur de vulnérabilité spécifique des patients en psychiatrie adulte, notamment un terrain immuno-inflammatoire particulier. D'autre part, des facteurs de stress psychosociaux relatifs à la pandémie pourrait créer une inflammation secondaire, favorable au développement de troubles psychiatriques et neurologiques.

Nous devons donc être particulièrement attentifs à l'impact de la situation sanitaire, notamment l'augmentation de la prévalence des troubles anxieux et dépressifs dans la population générale mais également celle des institutions psychiatriques.

Nous allons voir comment se manifestent les troubles anxio-dépressifs et les nouvelles formes cliniques qui apparaissent depuis la pandémie.

1.4. Les troubles dépressifs.

1.4.1. Définitions de la dépression et de l'humeur. Comme le souligne Barnhill, le terme *dépression* est l'un des plus usités en psychiatrie tout en étant l'un des plus ambigus.

« En tant que symptôme, ce terme peut signifier de la tristesse, mais en tant que diagnostic, il peut être appliqué à des personnes qui disent ne pas se sentir triste. L'humeur dépressive est un vécu

humain commun et normal mais il s'agit également d'une affection très invalidante, générant de la souffrance et potentiellement fatale » (Barnhill, 2016, p.59).

André (2002), définit la dépression comme étant un trouble de l'humeur caractérisé par une tristesse pathologique, l'humeur étant, selon lui, « *cette disposition fondamentale du psychisme qui fait que l'individu se sent gai ou triste, qu'il est dans l'agréable ou le désagréable, le plaisir ou le déplaisir* » (2002, p. 51). Dardennes et Al Anbar (2017) complètent cette définition en précisant que, contrairement à l'émotion, qui est de durée brève et suscitée par un événement (donc avec objet), l'humeur est sans objet et se maintient sur la journée et d'une journée à l'autre.

Lorsqu'elle se prolonge, l'humeur triste devient pathologique et est alors appelée *humeur dépressive*. La dépression s'installe et la personne perd de ses capacités et de sa joie de vivre (*Ibid.*). L'humeur dépressive est associée à une tristesse prolongée, à des émotions de peur, d'anxiété, à une émotivité exacerbée et à une incapacité à éprouver du plaisir, l'anhédonie. A force, la tristesse entrave la façon d'être en relation de l'individu et impacte l'ensemble de sa vie en touchant les sphères de sa vie affective, sociale, professionnelle et somatique (*Ibid.*).

J'invite le lecteur à se référer à l'Annexe V afin d'étudier les critères diagnostics du DSM-5 de l'état dépressif caractérisé plus en détail.

1.4.2. Sémiologies générale et psychomotrice de la dépression. Selon André (2002), la dépression peut conduire à un désinvestissement de son existence. Elle est cause d'une grande souffrance morale et d'anxiété qui peuvent générer des idées de mort et de suicide. Des troubles du sommeil et de l'appétit sont également en jeu. Le ralentissement psychomoteur est l'un des principaux signes cliniques de la sémiologie psychomotrice de la dépression.

Le **ralentissement psychomoteur**, souvent qualifié *d'inhibition psychomotrice* (Lemperrière, Féline, A., Adès, J. Hardy, P., Rouillon, 2006) constitue un critère diagnostique d'un état dépressif majeur selon le DSM-5. Il vient impacter l'ensemble de la sphère psychomotrice du sujet.

Le ralentissement psychomoteur affecte la fonction de **motricité globale** du sujet en déséquilibrant le couple inhibition/impulsion au profit du versant inhibition. Pour André et Olivi, il est une manifestation de l'hypokinésie (trouble moteur d'origine psychique), caractérisée par une diminution de l'initiative motrice et une lenteur d'exécution des mouvements, ou bradykinésie (2018, p. 570).

Sur le **versant psychique**, une bradypsychie, c'est-à-dire un ralentissement des fonctions cognitives, peut amener la personne à être indécise, à avoir des difficultés à planifier ses activités et

à se projeter dans l'avenir et à maintenir son attention.

L'inhibition peut également se répercuter sur la **motricité fine** avec une augmentation des temps de réaction et des temps de mouvements sans relation avec la complexité de la tâche. La communication non-verbale est moins expressive : les gestes des mains se font rares et la motricité faciale peut être également réduite et conduire à une amimie (Dardennes et Al Anbar, 2017).

Au niveau du **tonus**, une hypotonie (moindre résistance des muscles à leur propre étirement) peut être observée. Elle s'associe à un sentiment de **faiblesse musculaire générale** (asthénie) et se répercute au **niveau postural**. La posture est en enroulement, le corps se replie sur lui-même. Des troubles tonico-émotionnels peuvent être constatés. Ceux-ci traduisent une difficulté d'adaptation souvent observée dans un contexte relationnel et s'expriment dans la posture, les mimiques et les gestes.

Au niveau de la **sphère affective**, les sentiments sont appauvris, l'affectivité est éteinte, on constate une réduction des intérêts voire, à l'extrême, une perte de plaisir (ou anhédonie) (Lemperrière et al. 2006).

D'après les travaux de Buyukdura *et al.* (2011) et de Sasayama *et al.*, (2012) (dans Albaret, 2018, p.332), la **communication verbale et non-verbale** est impactée avec une augmentation des pauses, une diminution de l'intensité vocale et de la vitesse d'élocution, une articulation réduite et une prosodie altérée. A la réduction des expressions faciales peut s'associer une fixité du regard et une diminution du temps de contact oculaire. Des mouvements peuvent également interférer dans l'expressivité du corps en se répétant sans pour autant avoir valeur de communication ; il s'agit de stéréotypies à type d'auto-contacts, qui s'observe particulièrement au niveau du visage et surviennent dans un contexte émotionnel fort.

1.4.3. Epidémiologie et santé publique. D'après Dardennes et Al Anbar, en 2010, la dépression était considérée comme la 2^e cause mondiale de handicap.

Les épisodes dépressifs concernent de très nombreuses personnes d'horizons différents, dont la plupart ne connaîtront qu'un ou deux épisodes. Toutefois, « *un tiers sera malheureusement frappé de nombreuses récurrences et un sixième souffrira d'épisodes chroniques de plus de 2 ans* » (2017, p. 308).

La dépression est un véritable problème de santé publique qui étend son spectre sur le monde, et ce, déjà bien avant l'épidémie de COVID-19. Ne dit-on pas de la dépression qu'elle est le « *mal du siècle* » ? D'après une enquête de l'Inserm (2019), « *s'ils se pérennisent, les symptômes liés à la*

dépression vont avoir des répercussions importantes sur le plan socio-professionnel. Le risque de suicide est particulièrement élevé et concerne 10 à 20 % de ces patients ». Ces éléments sont importants à avoir en tête pour comprendre que la dépression est un véritable problème de santé publique.

De surcroît, la situation sanitaire qui accable de nombreuses personnes génère une nouvelle forme de dépression, la « *dépression Covid-19* » (Nasio, 2021, 5 février).

1.4.4. La Dépression COVID-19. Nasio, psychiatre, psychanalyste et écrivain français, nous alerte quant à l'augmentation des consultations pour dépression depuis le début de la pandémie. Selon lui, celles-ci elles auraient été multipliées par huit en France, et par trois dans le monde, ce qui l'amène à dénommer *dépression COVID-19* la vague d'épisodes dépressifs qui afflige le monde. « *Toutes les mesures, bien que nécessaires, ont des conséquences néfastes sur le moral de beaucoup d'entre nous* », explique-t-il (Nasio, 2021).

D'après lui, les signes sont différents de la dépression classique et la cause n'est pas la même. Alors que dans la dépression classique il s'agit d'un choc émotionnel, dans la *Dépression Covid-19*, il s'agirait plutôt de l'accumulation d'impacts qui s'installent dans le temps, rendant insupportable l'angoisse et l'attente. L'angoisse de la situation augmente avec le sentiment d'être acculé au désespoir et le sentiment de frustration. La tristesse s'associe alors à un agacement, voire une colère. L'agressivité se tourne vers l'extérieur et la colère peut augmenter jusqu'à ce que les patients n'en puissent plus et accusent une grande fatigue C'est à ce moment-là que s'installe la *dépression Covid-19*.

1.5. Les troubles anxieux

1.5.1. Définitions. Anxiété et angoisse se confondent souvent.

« *L'anxiété fait partie de l'existence humaine et se caractérise par un sentiment de danger imminent avec attitude d'attente entraînant un désarroi plus ou moins profond* » (Ajuriaguerra cité par Scialom, 2018, p.602).

Certains auteurs considèrent que l'**angoisse**, quant à elle, s'accompagne d'un ensemble de sensations physiques d'oppression et de constriction (Brissaud, dans Scialom, 2018, p. 602). Son élément déclencheur n'est pas toujours identifiable.

L'anxiété et l'angoisse sont souvent considérées comme normales, c'est leur chronicisation et la place qu'elles prennent dans la vie d'une personne qui les rend pathologiques. Elles limitent alors l'individu dans ses potentialités adaptatives et relationnelles.

Le **trouble anxieux** se caractérise par « *une réponse psychologique à un ou plusieurs*

stresseurs externes identifiables qui conduit, au cours des 3 derniers mois suivant la survenue du ou des stresseurs, au développement de symptômes dans les registres émotionnels ou comportementaux » (Ferreri et Birmes, 2017, p.209). L'élément *stresseur* peut être unique ou non, s'associant parfois à la vie familiale, conjugale, ou encore scolaire ou professionnelle.

1.5.2. Formes cliniques des troubles anxieux d'après le DSM-5. Le DSM-5 regroupe dans les troubles anxieux l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, l'anxiété ou phobie sociale, le trouble panique, l'agoraphobie, l'anxiété généralisée, le trouble anxieux induit par une substance et enfin, le trouble anxieux dû à une affection médicale générale.

Parmi les **formes de troubles anxieux**, la **phobie sociale** concerne Minh. Il s'agit d'une peur intense du jugement de l'autre, qui peut être invalidante, « *car les évitements sociaux privent la personne phobique d'un nombre plus ou moins grand d'activités relationnelles, essentielles à son équilibre et son développement personnel* » (André, 2017, p.227).

1.5.3. Sémiologies générale et psychomotrice des troubles anxieux. Les troubles anxieux peuvent engendrer une fatigue, des troubles du sommeil, des troubles neuro-végétatifs, gastro-intestinaux voire génito-urinaires. Ils peuvent se manifester par une sudation importante, une tachycardie, un transit intestinal accéléré, une sensation d'oppression thoracique (qui peut générer des sensations d'étouffement) et parfois une augmentation du volume urinaire (polyurie). D'autres manifestations somatiques peuvent survenir comme des céphalées, des palpitations cardiaques, des sensations d'étouffement. (Carric et Soufir, 2014)

Au niveau du tonus, une posture de repli peut s'observer avec des auto-contacts, notamment au niveau du visage. Des syncinésies toniques peuvent être relevées. Elles sont « *provoquées par l'exécution d'un mouvement quelconque et se matérialisent sous forme de contraction ou de raidissement à un ou plusieurs membres* » (*Ibid.*, p.244).

La motricité peut être entravée par une agitation ou, au contraire, une inhibition au niveau de la motricité globale, et une maladresse manuelle au niveau de la motricité fine (Fovet, Hernout et Pelissolo, avril 2017). Des signes moteurs sont observés comme des tremblements ou des réactions de sursauts, s'accompagnant d'une hypertonie (augmentation de la résistance du muscle à leur propre étirement) en lien avec l'hypervigilance (*Ibid.*).

Des **troubles psycho-comportementaux** peuvent également être repérés de façon plus ou moins marquée et durable selon les individus et peuvent se manifester soit par une agitation, soit une

inhibition psychomotrice, avec une diminution et augmentation de l'expression faciale, gestuelle, et de l'activité psychique et associées à une hyperémotivité.

1.5.4. Comorbidités et étiologie. Selon Boulenger, les recherches ont mis en évidence des comorbidités entre les différentes formes cliniques des troubles anxieux et la dépression, entre 50 et 70%, (Boulenger, 2017, p. 207). Les troubles anxieux peuvent par ailleurs s'associer avec des complications comme des abus et une dépendance à l'alcool.

Des facteurs génétiques et environnementaux ainsi que le rôle des événements de vie ont été mis en évidence concernant leur étiologie (*Ibid.*). Par ailleurs la situation sanitaire actuelle conduit à l'apparition d'une nouvelle forme clinique, l'*angoisse COVID-19* (Nasio, 2021).

1.5.5. Angoisse Covid-19. Il s'agit d'une angoisse décrite par Nasio qui découlerait de la crise sanitaire (Nasio, 2021). Il en définit quatre types :

-l'angoisse liée à la peur de tomber malade et de mourir seul à l'hôpital, sans que les proches ne puissent nous rendre visite et à laquelle s'ajoute la crainte de contaminer l'autre ;

-l'angoisse liée au confinement et qui s'exprime sous deux formes : l'angoisse liée à la réduction des habitudes sociales qui nous conduit à ne plus pouvoir toucher, étreindre, fréquenter les gens que nous aimons, une angoisse donc liée au manque de l'autre, et l'angoisse où, au contraire, l'autre nous pèse tandis que nous sommes confinés quotidiennement avec lui, que nous sentons sa présence nous envahir

-l'angoisse liée à l'incertitude économique : retrouverons-nous du travail, serons-nous en faillite, endettés ?

-l'angoisse liée à la peur d'un futur incertain, pour lequel nous n'avons aucune idée des conséquences de la crise actuelle.

Au cours de l'année, l'anxiété de Rose a été fluctuante. Elle s'inquiète du fait que son mari travaille sans respecter les gestes barrières notamment, et elle lui demande de « *ne pas ramener la COVID à la maison* ». Par ailleurs, sa relation conjugale est compliquée. Le fait d'être confinée et de ne pas pouvoir quitter la maison comme elle le souhaite, de ne voir personne d'autre que son mari affecte son humeur. Rose nous confie être soulagée que celui-ci travaille beaucoup et soit finalement peu présent à la maison.

La cohabitation de Minh avec ses parents a été difficile. Celui-ci ressent peser sur lui l'autorité parentale, son père fait les choses à sa place et sa mère est intrusive. Lors de la sortie du second confinement, il m'exprime sa satisfaction due à son retour dans son appartement.

A présent que le contexte général dans lequel j'arrive en stage est présenté et que les liens entre la pandémie et la santé mentale sont établis, je vais maintenant décrire les structures qui m'ont accueillie et les patients que j'y ai rencontré et dont je souhaite parler.

2. Présentation des structures de stage.

2.1. « Nous n'étions pas prêts »

En questionnant quelques professionnels sur mes lieux de stage, j'apprends que patients et membres du personnel ont été exposés au risque de contagion plusieurs semaines avant de recevoir des masques de protection. Par ailleurs, le personnel a été confronté à des vols de matériel et à une forme de stigmatisation du fait du risque de contamination auquel il s'expose. Plusieurs patients du CMP et de l'HJ furent atteints de la CoVid-19. A ma connaissance, la plupart n'ont pas développé de formes graves, mais une patiente de l'HJ est décédée. Membres du personnel et patients durent faire avec les moyens du bord, que ce soit en confectionnant des masques en tissus ou en réaménageant les espaces et les temps de soins.

Depuis septembre, la protection est assurée dans ces structures grâce aux stocks de masques de protection et de gel hydroalcoolique régulièrement renouvelés.

2.2. Arrivée sur les lieux.

Lorsque j'arrive en stage en septembre 2020, le port du masque en milieu fermé est devenu obligatoire, les actions de dépistage et d'information sont renforcées et l'agenda des activités s'actualise très régulièrement. Le personnel tient des réunions afin de s'organiser et de se préparer à différents scénarios. Le personnel du CMP a notamment reçu les conseils de la part d'un médecin hygiéniste. Une place importante est réservée à la communication autour de l'éducation aux gestes barrières.

2.3. Précisions sur la méthode de présentation des patients, de leur évaluation et prise en charge psychomotrices.

J'appellerai Minh et Rose les patients que je rencontre respectivement le jeudi et le vendredi, afin de respecter leur anonymat. Etant donné que peu de tests sont étalonnés pour les adultes, l'évaluation psychomotrice en psychiatrie est particulière. Pour ces raisons et devant la spécificité de la population admise en psychiatrie adulte, Baudet et Carrette (2019) expliquent que le bilan doit être adapté. Il peut comprendre quelques items d'épreuves psychomotrices choisis et s'étaye sur les observations du psychomotricien. L'évaluation peut donc être « *à la fois qualitative et quantitative,*

subjective et objective » (p. 302). C'est donc une *silhouette psychomotrice* de Minh et Rose que je dessinerai à la suite de la présentation de leur structure d'accueil. Elle se basera sur l'observation psychomotrice pour Minh, et sur la trame d'évaluation psychomotrice qu'a fait passer ma maître de stage à Rose et à laquelle j'ajouterai mes propres observations. Les fonctions psychomotrices étudiées seront définies plus en détail dans le Chapitre 2.

Je présenterai ensuite les axes de travail et projet thérapeutiques pensés pour chacun. Une définition et discussion des médiations choisies sont proposées en chapitre 3.

2.4. Le jeudi à l'HJ

2.4.1. Présentation de la structure. Chaque jeudi, je me rends sur un lieu d'hospitalisation de jour. Celui-ci, bien que différent d'un hôpital de jour (HJ), est nommé comme tel sur mon lieu de stage. Il est situé au sein d'un site hospitalier public auquel il est rattaché. Il s'adresse à toute personne dont l'état de santé nécessite des soins de jour et qu'il accueille à la journée ou sur une demi-journée selon ses besoins.

Sur les lieux, je rencontre une équipe pluridisciplinaire qui propose des soins et des activités thérapeutiques variés. Elle se compose de 2 psychomotriciens, d'infirmiers et infirmières, de médecins psychiatres, d'une assistante sociale, d'une éducatrice spécialisée, d'une psychologue, d'ergothérapeutes et art-thérapeutes. De nombreux stagiaires (de filières variées) viennent au cours de l'année pour des périodes plus ou moins courtes. Les patients sont d'âges et d'horizons variés. C'est un lieu où une attention particulière est portée sur la convivialité et le vivre ensemble.

De nouveaux locaux sont progressivement investis en 2021. Ils se situent juste à côté de l'HJ, sont plus grands et contiennent plus de pièces. L'HJ actuel est composé, au niveau du rez-de-chaussée, d'un bureau du personnel, d'une salle informatique, d'une cuisine et d'une grande salle commune. A l'étage, nous retrouvons deux bureaux dont celui dédié aux soins infirmiers. Une petite salle est consacrée à la détente et à la lecture. Il y a enfin cette dernière pièce où chacun, qu'il soit patient, stagiaire ou membre du personnel, peut venir partager un moment de musique et de chant. C'est également un lieu consacré aux séances de relaxation.

2.4.2. Place de la psychomotricité. Deux psychomotriciens sont en exercice. Leur palette de propositions est variée et de nombreuses activités se font en équipe pluridisciplinaire. La pandémie et les mesures sanitaires ont impacté l'offre d'activités qui était habituellement proposée mais qui toutefois reprend progressivement son cours dans l'année. Celle-ci comprend des ateliers de chant et musique, des séances d'équithérapie, de relaxation, de balnéothérapie, des ateliers de soins esthétiques ou encore de bricolage.

J'ai démarré mon stage par une semaine complète afin d'aller à la rencontre de chacun, de me présenter en tant que stagiaire pour une longue durée et découvrir les activités. Par chance, cette semaine-là nous n'étions pas en confinement. Fonctionnant sur un principe de thérapie institutionnelle, l'HJ est un lieu vivant, convivial, dédié à la rencontre, à la relation de groupe et au vivre ensemble.

Fin octobre 2020, les psychomotriciens me proposent de rencontrer Minh puis de réfléchir aux axes de travail sur lesquels construire un projet thérapeutique qu'ils valident par la suite.

Rencontre avec Minh

- **Présentation générale.** Minh est un jeune homme franco-vietnamien de 28 ans, suivi à l'HJ pour troubles anxiodépressifs.

C'est un jeune homme très soigné dans le choix de sa tenue vestimentaire et appliqué dans le choix de ses mots. D'allure distinguée, il a le sens du détail. Il confectionne lui-même ses masques en tissus qu'il assortit à ses tenues.

En octobre, Minh a attrapé la COVID-19. Il n'a pas développé de forme grave mais dut rester au lit pendant une dizaine de jours.

- **Anamnèse.** Son dossier indique que, depuis ses 15 ans, Minh présente une **anxiété sociale** et des difficultés d'intégration.

D'après son dossier, Minh décrit un sentiment d'être perçu, depuis l'adolescence, comme « *bizarre* », « *différent* ». Évoquant des difficultés de motivation, d'organisation et de gestion du temps, il interrompt ses études après quelques années à l'Université en licence de Langues. A 18 ans, Minh effectue deux tentatives de suicide et entre à l'hôpital, en intra. Le diagnostic posé est celui de **Trouble anxieux et dépressif** (référence F 41.2 de la 10e version de la CIM, Classification Internationale des Maladies). Son parcours est ensuite jalonné d'épisodes dépressifs, d'hospitalisations et de séjours en maison de repos. Il a vécu plusieurs épisodes de harcèlement à l'école, puis à l'âge adulte. Au cours d'une prise en charge dans une structure de soins, il a été sexuellement harcelé par un autre homme. Minh a consulté beaucoup de professionnels de santé au cours de sa vie. Ce « *nomadisme médical* » tient, d'une part, au fait qu'il soit très motivé à trouver des réponses afin de lutter contre son anxiété, d'autre part, au fait qu'il dit avoir été déçu par certaines prises en charge. Il exprime un sentiment d'avoir été incompris lors de son parcours, certains professionnels lui reprochant de "*se disperser*". Il ressent un accueil et une écoute lorsqu'il se rend à l'HJ et entretient une relation de confiance avec les deux psychomotriciens en exercice.

Au cours de l'année 2021, il reçoit le diagnostic d'un TSA léger par un psychiatre spécialisé.

Il demande à entrer en maison de repos en avril 2021, depuis, je reçois quelques nouvelles par l'intermédiaire des psychomotriciens de l'HJ avec qui il reste en contact.

Minh est asthmatique et allergique aux acariens. Il souffre d'eczéma généralisé qui le gêne beaucoup tant à cause des démangeaisons que du regard des autres.

Il me décrit des troubles du comportement alimentaire qui s'expriment sous forme d'hyperphagie boulimique. Il s'agit d'un comportement boulimique sans stratégie compensatoire.

Minh est fils unique. Les relations avec ses parents sont difficiles. Bien qu'il dise bien s'entendre avec son père, il décrit ce dernier comme quelqu'un d'autoritaire, qui fait trop souvent les choses à sa place. Il décrit sa mère comme ayant toujours été intrusive. Il peine à trouver une place dans la famille et à s'affirmer. Il ressent beaucoup d'injonctions et de pression liées à la tradition. A l'annonce du premier confinement, il a dû quitter son appartement pour vivre avec ses parents.

Minh s'adonne à la capoeira, au yoga, participe à des débats en ligne et prend des cours de chinois.

- **Silhouette psychomotrice**

- **Au niveau de la sensorialité :**

Minh présente un seuil légèrement bas de sensibilité à la luminosité, aux bruits, aux goûts ainsi qu'aux odeurs. La sensorialité tient une place importante dans sa vie. Il apprécie les textures douces et fraîches et le fait d'être enveloppé dans une couverture. Son eczéma rend sa sensibilité tactile plus importante au niveau des mains et des bras. L'atmosphère sonore est importante pour lui. En novembre, il me dit qu'il projette de s'acheter une radio afin d'écouter de la musique classique, chose faite une dizaine de jours après. Il amène parfois son appareil et nous écoutons ensemble de la musique classique lors de la mise en mouvement. En janvier, Minh me dit qu'il apprécierait que j'approfondisse davantage le vocabulaire sensoriel lors des inductions. Il me parle de « *fraîcheur du vent* », du « *bruit de la pluie* » comme exemple de ce que je pourrai dire. Il est sensible à l'atmosphère olfactive et souhaiterait apporter un parfum d'ambiance lors d'une séance.

Minh n'a pas de difficultés à la fermeture des yeux ni au toucher.

- **Manifestations tonico-émotionnelles et anxieuses :**

-Etude du tonus : tonus de fond hypertonique, difficulté à se relâcher, bonne conscience de son état tonique.

En séance, lors des mobilisations passives des bras, je constate des participations (Minh accompagne le mouvement) et des paratonies, manifestations musculaires dans lesquelles le membre

reste momentanément dans la même position, indépendamment de la volonté. Minh est gaucher. Ses doigts sont constamment en flexion et leurs articulations au toucher semblent verrouillées.

-Au niveau tonico-postural : Minh ressent d'importantes douleurs au niveau des cervicales qu'il justifie par une mauvaise posture lorsqu'il est chez lui. Il détermine également, parmi les causes de ses douleurs, une inadaptation du mobilier à sa petite taille, mobilier habituellement conçu selon une norme qui ne convient, ni aux grandes, ni aux petites tailles. Lorsqu'il est assis, ses pieds ne trouvent pas un bon appui au sol, à moins qu'il ne rapproche complètement son bassin du bord de la chaise. Ces contraintes posturales génèrent des douleurs lombaires et cervicales et des sensations de fourmillement désagréables au niveau des jambes. Il doit parfois rester allongé un certain temps chez lui avec les jambes relevées pour diminuer ces sensations.

Manifestations anxieuses : Minh me dit avoir des troubles du sommeil dus à une apnée du sommeil. Il se réveille fréquemment et peine ensuite à se rendormir. Il décrit un profond sentiment de découragement en lien avec sa dépression ainsi qu'une « *forte activité psychique* » avec ruminations anxieuses. A la suite des épisodes d'hyperphagie boulimique, il reste allongé chez lui et ressent un sentiment de dégoût. Les sorties lui sont coûteuses et Minh sort peu.

Au niveau corporel, l'anxiété se traduit par des dystonies occasionnant de fortes douleurs qu'il situe principalement au niveau de la nuque. Les dystonies sont, d'après André et Olivi (2018) des contractions musculaires survenant de manière non adaptée à la situation. Elles peuvent se manifester soit au cours du mouvement (dystonies de fonction), soit pendant le maintien d'une posture (dystonies de repos). « *Ce ne sont pas de simples crampes mais l'expression musculaire de troubles psycho-affectifs* » (2018, p.575).

Minh a de nombreuses stratégies pour soulager son angoisse. Il dispose d'images-ressources, ou images mentales, qu'il convoque si besoin. Il utilise une boule anti-stress et s'adonne à quelques activités telles que le chant et la capoeira. Ces activités peuvent s'inscrire dans une volonté d'éviter l'angoisse, et je me demande si Minh s'y adonne seulement par plaisir. Il a encore beaucoup de difficultés à accepter son angoisse et à vivre avec et culpabilise beaucoup par rapport à son état. Il consulte par ailleurs de nombreux professionnels de santé pour trouver de l'aide.

Concernant sa première infection par le SARS-CoV-2, Minh s'est senti anxieux pendant quelques jours puis finalement soulagé que cela n'ait pas été plus grave.

- **Au niveau de la motricité globale et fine :**

-Équilibres : bons. Lors d'une mise en mouvement libre, je remarque que Minh fait des mouvements complexes de Capoeira et qu'il conserve un bon équilibre dynamique. L'équilibre statique est bon.

-Coordinations et praxies : coordinations générales et praxies **bonnes**. J'observe une bonne capacité de praxie idéomotrice (réalisation de gestes sur consigne ou imitation), aucune hésitation dans l'exécution du mouvement. Il est souple au niveau des membres inférieurs, beaucoup moins au niveau des bras. La motricité fine est bonne, Minh se montre habile dans la confection de masques en tissus.

- **Au niveau des fonctions de l'Espace-temps : bonne organisation spatio-temporelle.**

Minh se rend à l'HJ par ses propres moyens et s'y repère bien. Il a de bonnes connaissances des notions spatiales, repère la droite et la gauche sur lui comme sur l'autre. En séance, il investit les différents plans de l'espace (transversal, frontal et sagittal) et se déplace dans toute la pièce lorsqu'une circulation libre est proposée.

Je ne relève pas de difficulté particulière dans la perception, l'orientation et la structuration du temps. Minh est ponctuel et a une bonne notion de la succession des étapes de la séance. Il se projette dans l'avenir et arrive à situer les événements passés dans leur ordre chronologique. Je ne constate pas de difficultés au niveau du rythme, au sens où je le vois enchaîner des séquences motrices complexes, combinées en rythme avec la musique, lors des mouvements libres.

- **Perception et représentations du corps :**

-Schéma corporel : il est globalement **bien structuré** et **organisé**. Sa connaissance est bonne.

-Image du corps : elle est **très dévalorisée**. Depuis le premier confinement et l'arrêt du sport, Minh trouve qu'il a pris du poids et se dit être répugné par son image dans le miroir. Il dit subir un corps qu'il n'a pas choisi et ressent par ailleurs une injonction de la société à prendre soin du corps en le rendant musclé, injonction qu'il ressent « *comme une charge mentale* ».

-Sensations corporelles : le vécu de son corps se fait plutôt sur un versant douloureux. Il localise avec précision les endroits les plus inconfortables de son corps.

- **Fonctions cognitives : bonnes**

-attention : maintenue tout au long de la séance. Minh précise toutefois que sa concentration dépend de la luminosité de la pièce et souhaite que j'augmente celle-ci après la relaxation.

-mémoire : bonne. Minh conserve relativement bien les souvenirs des séances passées, se souvient de conversations que nous avons eues. Il a une bonne mémoire de travail et retient les consignes.

Fonctions exécutives :

-flexibilité mentale ou shifting : à trois reprises au cours de l'année, Minh me dit avoir des difficultés

à s'adapter à une nouvelle situation. Il se qualifie de « *psychorigide* » face aux changements de situation ou dans ses choix dans son installation en séance. Cela peut découler de sa symptomatologie anxieuse mais illustre surtout le jugement sévère qu'il fait constamment de lui-même.

-raisonnement : Minh est réfléchi, pose les problèmes avec logique et détermine des solutions possibles et adaptées.

- **Communication et relation :**

-Communication verbale : Minh s'exprime de façon remarquable et adaptée. Il met beaucoup de soin dans le choix de ses mots pour décrire ce qu'il ressent. Il se réfère beaucoup au lexique sensoriel, sa conversation est comme un voyage, faite de poésie et d'images. Il a besoin d'un étayage afin d'exprimer verbalement son sentiment de malaise.

-Communication non-verbale : adaptée. Le contact visuel est bon pendant l'écoute ou la prise de parole, le corps est tourné vers moi. J'observe une certaine maîtrise posturale avec une économie de gestes, peut-être en lien avec une pudeur culturelle.

-Relations : Minh fréquente peu les patients de l'HJ mais converse volontiers avec les membres du personnel. Il privilégie l'intimité et parle peu en public. Il exprime une difficulté à s'affirmer. Il entreprend de nombreuses démarches de lui-même afin d'aller mieux, mais la relation thérapeutique n'est pas toujours facile. Minh s'est parfois senti incompris et jugé par des professionnels lui disant qu'il se « *disperse* » en consultant trop de thérapeutes pour ses différents problèmes. Il a quelques amis qu'il ne mentionne qu'une fois.

- **Points de vigilance** : L'atmosphère sonore, lumineuse et son installation demandent une attention particulière. Minh demande de nombreux coussins sous les jambes lorsqu'il est allongé en décubitus dorsal, sans quoi il ressent des fourmillements. Devant sa difficulté à exprimer de lui-même son inconfort en séance, je dois veiller à sa communication non-verbale.

- **Axes et projet thérapeutiques en individuel :**

« *Je ressens le besoin de me reconnecter à mon corps* »

Concernant ses attentes, Minh exprime d'une part, son souhait d'acquérir des outils pour gérer son anxiété. D'autre part, il souhaiterait « *apprendre à aimer* » son corps, un corps qu'il nomme « *l'Inséparable* ». Face à sa demande et au vu de mes observations, je définis les axes thérapeutiques suivants :

-aider à la gestion de l'anxiété

-revaloriser l'image du corps par une prise de contact des sensations et un investissement corporel positif

Concernant les modalités de prise en charge, j'envisage en premier lieu des séances de relaxation individuelles d'une heure. Elles commencent par un entretien puis un court temps d'étirement, basé sur le concept de la kinésphère de Laban. Nous procédons ensuite à son installation sur le tapis et Minh est invité à être attentif à son propre confort. Je propose ensuite un temps de relaxation. Au départ, j'ai choisi la méthode de Jacobson, mais devant son angoisse j'ai par la suite cheminé vers l'utilisation du toucher thérapeutique. Après la relaxation nous nous relevons et je propose une série d'étirement et une marche consciente dans la pièce. La séance se termine assis l'un en face de l'autre, et j'invite Minh à verbaliser autour des sensations. Nous terminons par un rituel avant de nous quitter. Dans ce dernier Minh est invité à se remercier lui-même d'avoir participé à la séance, mentalement ou à voix haute.

Évolution du projet thérapeutique vers une construction de groupe. Au cours de l'année, il est établi en réunion d'équipe qu'il serait opportun de proposer à Minh des séances collectives, afin de ramener du lien. Mon projet évolue donc vers une construction de groupe dans laquelle j'invite Minh et deux autres patients avec qui il s'entend bien. Il s'agit de Morgane et de Loïc. Ils présentent eux aussi une symptomatologie anxieuse.

- **Axes et projet thérapeutiques du groupe d'eutonie :**

-s'affirmer en s'appropriant un espace et un lieu en groupe

-découvrir des outils de gestion de l'anxiété dans un temps de partage ludique

-permettre une relation valorisante en petit groupe

Je choisis l'eutonie car elle présente l'avantage de proposer des outils de gestion de l'anxiété réutilisables seul. Les séances durent une heure et demie et se déroulent en salle de relaxation. Les patients sont invités à se laver les mains avant et après la séance. A leur entrée dans la salle, ils trouvent à leur disposition de nombreux tapis, coussins et couvertures. L'entretien du début se fait en cercle, assis sur un tapis individuel. La suite peut se faire dans l'endroit de la pièce qui les inspire ce jour-là. Il s'agit en effet de s'approprier l'espace, tout en partageant un espace-temps de séance ensemble. Selon l'état de fatigue ou d'énergie du groupe, j'ajuste les propositions et le rythme de la séance. La trame reste toutefois la suivante : un temps d'accueil et d'entretien, une proposition debout, une assise puis une allongée. Les propositions consistent en l'exploration des sensations avec les trois objets médiateurs de l'eutonie (marrons, baguettes et balle de tennis. Lorsqu'ils ont choisi un espace, je place sur leur tapis un lot de marrons, de baguettes. Ils ont chacun une balle de tennis que je leur

ai confiée au démarrage du groupe et qu'ils apportent à chaque séance. Ils ont la possibilité de pratiquer l'eutonie chez eux mais sans obligation. Le temps debout consiste en une mise en mouvements, les étirements ayant une place importante dans la méthode. Ensuite, une exploration avec objet se fait assis, puis un temps de relaxation statique et d'accueil des sensations se fait allongé sur le dos. La séance se poursuit par un échange autour des ressentis, des envies pour la fois suivante et un rituel. Ce dernier consiste à donner un mot qui évoque une impression globale, puis à effectuer un geste de salutation.

2.5. Le vendredi au CMP

2.5.1. Présentation de la structure. Le vendredi est consacré à mon second stage qui s'effectue dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) pour adultes. Il s'agit d'un lieu sectorisé, rattaché à un hôpital public, où sont accueillis des patients souffrant de pathologies psychiques. Les consultations et soins y sont gratuits, c'est-à-dire pris en charge par la Sécurité sociale. Le CMP a pour mission l'accueil, le diagnostic, le soin mais également l'orientation des personnes vers d'autres structures, qu'il s'agisse du Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), de l'hôpital de jour (HJ) ou d'unités de consultation psychiatrique. Sur mon lieu de stage, CMP, CATTP et HJ sont situés au même endroit. Les équipes qui y travaillent sont pluridisciplinaires et collaborent. L'équipe du CMP se compose de médecins psychiatres, d'une cadre de santé, de secrétaires, d'infirmiers et infirmières, d'une assistante sociale, de psychologues et deux psychomotriciennes.

2.5.2. Place de la psychomotricité. La psychomotricité tient une place importante dans la structure, d'autant plus que la demande s'accroît du fait de l'augmentation des troubles anxieux dans la population générale. Des séances individuelles et collectives (en équipe pluridisciplinaire) sont proposées.

Le patient est adressé en psychomotricité sur prescription médicale. Il est reçu lors d'un premier entretien qui permet de recueillir des informations sur son histoire de vie (familiale et antécédents médicaux) et ses attentes. Un bilan psychomoteur est effectué en deux fois après quoi des axes et un projet thérapeutique sont définis et proposés au patient.

Rencontre avec Rose

- **Présentation générale.** Rose est une femme d'une cinquantaine d'années. D'origine algérienne, elle arrive en France en 1959. Elle est l'aînée d'une fratrie de sept enfants comprenant cinq frères et une sœur. Les relations sont difficiles avec sa famille, notamment ses frères. Rose les trouve très traditionalistes et se décrit comme musulmane non-pratiquante. Sa famille n'est pas venue à son

mariage avec un Français non-musulman. Elle est à présent mariée depuis une trentaine d'années et a un fils de 24 ans avec qui ça se passe bien. Elle exprime en revanche des difficultés avec son mari, avec qui elle ne partage « *plus aucun centre d'intérêt* ». Ce dernier est peintre en bâtiment, travaille beaucoup et est peu présent à la maison.

La sœur de Rose a été hospitalisée en hôpital psychiatrique pour troubles bipolaires. Alors qu'elle est en chambre d'isolement, elle se suicide par pendaison. Rose n'a alors que 23 ans. Cet épisode devient un tabou dans sa famille et Rose en souffre beaucoup. Ces parents décèdent à un an d'intervalle alors qu'elle a la quarantaine.

Rose a été contrainte par ses parents d'arrêter l'école en 3e pour déménager en France. Elle a été vendeuse puis agent de sécurité. Elle a cessé de travailler à cause d'une insuffisance veineuse l'empêchant de rester debout longtemps. Depuis, elle n'a pas retrouvé d'emploi.

Avant le premier confinement, Rose sortait à la piscine avec une amie et faisait du bénévolat auprès du Secours populaire une fois par semaine.

- **Anamnèse.** Rose est suivie par le CMP depuis fin **2009**, à la suite d'un état dépressif majeur récurrent et des idées suicidaires. Son parcours est marqué par plusieurs hospitalisations.

2010. Une thérapie psychomotrice démarre en juin 2010 avec, pour indication, « *une prise en charge corporelle pour l'aider à sortir de sa dépression* ». Rose ne viendra qu'à deux reprises en séances de psychomotricité. Elle sera ensuite hospitalisée à sa demande en clinique psychiatrique. Elle ne reprendra la prise en charge que plusieurs années après.

2015. En octobre, elle reçoit le diagnostic d'un diabète de type 2, ce qui génère une forte angoisse. Elle doit alors suivre un régime alimentaire qui lui est pénible. Son anxiété est majorée du fait qu'elle ne peut plus avoir recours au grignotage en tant que stratégie pour s'apaiser.

En novembre 2015, Rose a des idées suicidaires et est hospitalisée en clinique durant trois semaines. A sa sortie, elle retourne consulter le psychiatre du CMP qui l'adresse en psychomotricité pour une « *recrudescence anxiodépressive* » qu'elle attribue à l'entrée de son fils à la Faculté et à une « *conjugopathie* ». Ses relations conjugales se détériorent et Rose se sent seule. Elle est en demande de moyens et le psychiatre l'adresse en psychomotricité pour une prise en charge individuelle en relaxation.

A l'époque, Rose dit que tout lui paraît insurmontable. Elle décrit à des épisodes d'hyperphagie boulimique et une prise de poids de 30Kg en cinq ans. Elle évoque à plusieurs reprises son souhait d'avoir recours à la chirurgie afin de perdre du poids. Elle subit plusieurs interventions (appelées

Sleeve gastrectomie). L'hospitalisation dure plus longtemps que prévu et les conséquences sont douloureuses. Rose regrette beaucoup cette décision.

- **Silhouette psychomotrice**

Elle s'appuie sur les constats que j'ai pu faire en septembre 2020 et les certaines observations du bilan de 2015.

- **Au niveau de la sensorialité :**

Rose ne porte aucun appareil auditif ni lunettes. Au **niveau des sensations**, en 2020, elle rapporte des douleurs cervicales et lombaires. En avril 2021, des radios sont réalisées et mettent en évidence une scoliose. Elle démarre un traitement antalgique et porte une ceinture lombaire. Elle a une sensation de jambes lourdes et porte des bas de contention. Rose n'exprime aucun problème avec le toucher.

- **Manifestations tonico-émotionnelles et anxieuses :**

-Etude du tonus : tonus de fond hypotonique. Lors de l'épreuve des bras tendus et ces mobilisations passives, j'observe des réactions au bruit en commande. Le ballant s'arrête rapidement, aussi bien en commande qu'en auto-commande. Des mouvements palpébraux sont présents dès l'instant où Rose ferme les yeux.

Lors de la mobilisation passive des bras, j'observe une difficulté à se relâcher et à déposer le poids du bras (aussi bien gauche que droit) ainsi qu'une anticipation et des paratonies à droite. Lors de l'épreuve du ballant, j'observe une amplitude très faible. Le bras gauche est plus tonique, Rose est gauchère. Elle a une **bonne perception de son état tonique**.

Au niveau tonico-postural : Sa posture est en enroulement. Les ceintures scapulaires et pelviennes sont fermées. Elle croise habituellement les jambes mais essaie d'adopter, sur conseil de ma maître de stage, une position assise favorable à la bonne circulation du sang.

Manifestations anxieuses : anxiété très présente. L'anxiété se manifeste le soir au coucher, entre 22h30 et 23h, par des ruminations. Rose ressent un état d'angoisse « *permanent* ». Un traitement l'aide à trouver le sommeil. Elle décrit des « *crises d'angoisse* » par des manifestations physiques telles qu'une sensation de gorge qui se serre, de douleur à la poitrine et des difficultés à respirer. Depuis ses premières crises d'angoisse, le fait d'être amenée à porter son attention sur sa respiration l'angoisse énormément.

Son diabète cause une importante inquiétude. Malgré ses efforts et les félicitations de sa

diététicienne, Rose a très peur des conséquences qu'il pourrait occasionner.

- **Au niveau de la motricité globale et fine : pas de difficultés majeures**

-**Equilibres** : ils sont plutôt bons en statique et dynamique.

-**Coordination et praxies** : bonnes

Rose marche chaque jour. Elle nageait chaque semaine avant la pandémie.

- **Au niveau des fonctions de l'Espace-temps : organisation spatio-temporelle moyenne**

Le bilan de 2015 indique une bonne orientation spatiale lors de l'épreuve de l'EMG (Épreuve de la Motricité Gnosopraxique). L'épreuve de la figure de Rey révèle une copie et une reproduction de type 4. Rose obtient respectivement une note de 33/36 et de 14/36. Je reparlerai de ce dernier score dans la partie sur les fonctions cognitives.

La structuration temporelle est moyenne. Trois structures rythmiques sur douze ne sont pas correctement reproduites lors de l'épreuve du Stamback.

- **Perception et représentations du corps :**

-**Schéma corporel** : en 2015, le schéma corporel est peu structuré, malgré de bonnes connaissances. Les sensations sont peu précises. Le travail de conscience corporelle mis en place par ma maître de stage lui permet dorénavant de localiser plus finement ses sensations.

-**Image du corps** : en 2010, Rose prend très peu soin d'elle. Elle explique avoir perdu le goût de s'habiller. En 2015, sa tenue est soignée quoique son image du corps reste très altérée du fait d'un complexe en rapport à son poids. Aujourd'hui, Rose arbore du vernis à ongle et des vêtements colorés. Son image du corps se revalorise progressivement mais reste altérée du fait de l'intervention à l'estomac qui a laissé une longue cicatrice sur son abdomen et sa peau a « *pendu* » longtemps après. Elle a perdu beaucoup de poids depuis, mais la cicatrice lui fait parfois mal.

Lors du dessin de soi en 2015, Rose se montre appliquée mais commente que tout est boudiné chez elle. L'esquisse est centrée sur la feuille, les traits sont légèrement immatures, dévoilant un triangle en guise de tronc, des yeux vides et aucun signe de féminité. Mains et pieds ne sont représentés qu'à la fin, une fois que ma maître de stage lui demande si le dessin est terminé.

- **Fonctions cognitives :**

-**attention, mémoire** : En 2015, Rose se montre appliquée et attentive, mais exécute les consignes avec lenteur. Son score de 14/36 à la reproduction de la figure de Rey traduit un léger trouble mnésique, peut-être en lien avec les troubles dépressifs ou bien les traitements.

En 2015, l'évaluation révèle une mémoire bien conservée, quoique Rose se plaigne d'avoir des « *trous de mémoire* ». Actuellement Rose exprime avoir des difficultés à rester concentrée longtemps. Son attention se maintient en séance, Rose dit rester concentrée sur les sensations. Cependant, lorsque je l'interroge, Rose parle quelques instants de ses sensations puis oriente le sujet pour parler de ses proches. Elle peine à parler d'elle, chose dont elle prend progressivement conscience avec l'aide de son psychiatre et de ma maître de stage.

- **Communication et relation :**

-Communication verbale : plutôt adaptée. Rose essaie d'être précise dans ses explications concernant ses ressentis mais tourne rapidement son discours sur ses proches. Elle exprime toutefois bien ses difficultés mais peut parfois être submergée par l'émotion.

-Communication non-verbale : j'observe de nombreux auto-contacts, ses mains sont jointes devant elle, posées sur son abdomen. Ses avant-bras sont tendus. Le contact visuel est adapté.

-Relations : Rose a un bon contact avec ma maître de stage et ce, depuis le début de la prise en charge. Le contact entre elle et moi s'établit rapidement et Rose se montre très courtoise à mon égard. Nous partageons souvent toutes les trois un rire franc. Elle a peu de relations sociales et ne fréquente dorénavant que sa voisine de manière régulière. Cette dernière lui a demandé, à la suite d'une chute, de l'accompagner en promenade afin de se sentir en sécurité. Les quelques amis de Rose n'habitent pas en région parisienne. Ses relations avec ses frères et son mari sont difficiles. Rose exprime un sentiment d'abandon qu'il lui arrive de ressentir : « *je ne suis pas dans ses priorités* », dit-elle à propos de l'un de ses frères.

Points de vigilance : La respiration est un sujet anxiogène qui ne doit pas être abordé frontalement. L'installation requiert une attention particulière, Rose ayant besoin d'un petit volume sous les genoux afin de soulager sa lombalgie.

- **Axes et projet thérapeutiques en individuel**

En septembre, ma maître de stage me propose de penser à des axes et d'élaborer un projet thérapeutique qu'elle valide ensuite. Les axes sont les suivants :

-accompagner Rose vers une conscience de soi unifiée, en tant qu'axe principal

-accompagner dans la gestion de l'anxiété, en lien avec l'axe précédent.

Je construis un projet thérapeutique dans lequel je fais des propositions avec contact pour

commencer (contact d'une balle à picots puis de mes mains). Les séances durent 45 minutes et comprennent deux entretiens, en début et en fin de séance. Rose s'allonge sur le dos et nous veillons ensemble à son installation sur le tapis. Je débute par une prise de conscience de la position du corps et un inventaire des points de contact avec le tapis, le coussin et le volume. Chaque segment corporel reçoit ensuite le passage d'une balle puis celui des mains qui effectuent des appuis ou *empreintes* à pleine paume. Après chaque segment et avant de poursuivre, j'invite Rose à orienter son attention sur les sensations laissées par ces contacts. Le parcours est globalement constant au cours de l'année et inclut sa cicatrice sur l'abdomen à partir de novembre. Je commence par la main gauche, suivie du bras, du crâne, de l'autre bras, du côté droit du thorax et de l'abdomen, la hanche, la jambe et le pied droits. Je me déplace ensuite pour poursuivre du côté gauche sur le thorax, l'abdomen, la hanche, la jambe et le pied gauches.

Évolution du projet thérapeutique. J'envisage un cheminement vers l'application seule de mes mains avant d'évoluer vers des propositions d'auto-contact, l'idée étant que Rose puisse y avoir recours en tant qu'outil pour gérer l'anxiété et réinvestir positivement son corps par elle-même.

Nous allons réfléchir, dans le chapitre suivant, à la manière dont la pandémie et les mesures qui en découlent appauvrissent notre façon d'être en relation.

Chapitre 2. Comment la pandémie transforme-t-elle l'être en relation ?

« *Les épidémies sont des catalyseurs et des initiateurs de changements sociaux* » (Egrot, 2020, p. 81)

Le lien social, nous l'avons vu, est indispensable au bien-être de l'individu. Or, les mesures barrières prises pour limiter la propagation du coronavirus génèrent un profond remaniement social et appauvrit les modalités de la relation.

La communication interhumaine et la place du corps dans la relation sont sous l'influence du contexte culturel, dans une société donnée.

Après avoir défini la culture puis exposé la place du corps dans la relation, nous verrons comment le contexte sanitaire actuel remanie les paramètres de la relation. Pour cela, nous envisagerons ces transformations d'un point de vue psychomoteur, c'est-à-dire en proposant une réflexion autour de l'impact des mesures barrières sur les grandes fonctions psychomotrices, en lien avec la relation.

1. La place du corps en relation, en lien avec la culture.

1.1. Définition de la culture.

D'après Michaud et Marc, la culture se définit comme « *un ensemble de phénomènes extrêmement variés : usages, coutumes, modes de vie, types de relations, valeurs, habitudes sociales, rites, comportements différenciés, modes de pensée, connaissances, échanges...* » (1981, p.114). La culture influence notre rapport aux autres et notre façon de percevoir le monde.

Elle génère une série de codes partageables entre êtres humains, des **codes sociaux**. Ceux-ci évoluent en fonction de la société dans laquelle ils s'inscrivent, et régissent la **communication** entre individus en fonction du contexte social.

La situation sanitaire bouscule cet ensemble de codes sociaux et réorganise notre façon d'être en contact les uns avec les autres.

1.2. L'importance du corps dans la relation.

« *Le corps tout entier peut participer à l'expression* » (Corraze, 1980, p. 121).

Le corps est l'interface qui permet à l'individu d'entrer en relation avec le monde. Cette assertion signifie pas qu'il se limite à un simple support matériel qui permettrait la communication entre le monde interne de l'individu ou son psychisme, et l'extérieur. Le corps est plus que cela. Il est

à la fois le lieu de rendez-vous et l'heure de la rencontre, à l'interface entre l'espace et le temps. Il est l'émetteur et le récepteur d'informations, support de l'expression et de l'impression des affects et des émotions. Il est un partenaire à part entière de la relation dans laquelle il joue un rôle permanent.

« *A chaque instant, nous vivons, nous nous exprimons avec notre corps, dans un espace limité et à un moment bien précis dans le temps* » (De Lièvre et Staes, 2012, p. 9).

Le corps communique de nombreuses informations sur notre état interne au monde extérieur, que nous en ayons conscience ou non. Nos interlocuteurs traitent ces informations en fonction de leur propre équipement sensoriel, de leur expérience, pour en faire une perception et réagir.

Le langage permet d'exprimer sa pensée, ses émotions, et utilise pour cela une série de signaux transmis par le corps. La communication peut se faire par l'ensemble des signaux de la langue, qu'elle soit écrite ou parlée, mais également par un ensemble de signaux dits non-verbaux, que nous allons définir.

1.2.1. Communications non-verbales. Elles sont considérées comme le langage du corps. D'après Corraze, il s'agit de « *l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc...* » (2005, p. 15).

Le corps entier communique grâce à un ensemble de **canaux de communication non-verbale** parmi lesquels nous pouvons lister la **voix**, les **mimiques**, l'**odeur**, le **regard**, la **posture** et les **gestes**.

1.2.2. Le corps permet l'expression des émotions et des affects. Les canaux de communications permettent d'exprimer à notre interlocuteur notre état émotionnel et affectif. Pour Corraze (1980), « *l'expression est un concept qui connote la manifestation objective d'un état intérieur* » (p. 18).

Damasio (dans Goutte et Ergis, 2011), distingue les **émotions primaires ou universelles**, que sont le bonheur, la tristesse, la peur, la colère la surprise et le dégoût, des émotions, dites **secondaires ou sociales**, parmi lesquelles sont cités l'embarras, la jalousie, la culpabilité ou l'orgueil. Une troisième distinction prend en compte les **émotions d'arrière-plan**, que sont le bien-être, le malaise, le calme ou la tension, que l'on peut détecter, si l'on est attentif, en observant la posture, les mouvements globaux, les mouvements oculaires (Pireyre, 2015).

Les **affects** peuvent être considérés comme l'ensemble de modifications de l'état de l'individu, qu'elles soient pénibles ou agréables, qui s'expriment par une émotion, un sentiment, ou une sensation et qui sont dus à une stimulation interne ou externe. Un affect peut être relié à une représentation que

nous pourrions comparer à une image ou à un scénario qui en serait le support (Manoukian et Massebeuf, 1995). Les affects sont sous l'influence de l'histoire relationnelle de l'individu avec le monde extérieur qui démarre depuis l'aube de sa vie.

« *Les conduites émotionnelles, notamment la mimique, constituent un moyen de communiquer socialement, éventuellement d'exercer une influence sur autrui* » (Lemperière et al., 2006, p. 17). Les émotions ont une triple composante commune à toutes, à savoir, une expérience subjective, une expression communicative et des modifications physiologiques.

Les découvertes sur les **neurones miroirs** donnent lieu à une meilleure compréhension de la communication entre individus. Il s'agit de « *neurones qui déchargent quand un sujet, singe ou humain, observe une action produite par autrui. Ces neurones semblent nécessaires pour comprendre ces actions* » (Baudier, 2008, p. 12). Ils participent à la compréhension mutuelle des intentions entre interlocuteurs et soutiennent la capacité d'imitation et d'apprentissage. En cela, ils sont liés à la transmission et au partage des codes sociaux. Ils contribuent à l'**accordage** entre interlocuteurs et jouent sur la qualité de la relation.

1.3. La place du corps en temps de pandémie

1.3.1. Un corps mis à distance. Les mesures barrières modifient considérablement la place du corps dans la relation. La distanciation physique, le port du masque, et le renoncement au contact réduisent considérablement les possibilités de communication non-verbale au profit d'une communication à distance. Les télécommunications (ensemble des moyens de communication à distance) se démocratisent avec l'augmentation du télétravail, des téléconsultations, des visioconférences, réunions et cours en ligne et appels téléphoniques.

En écartant le corps de la relation humaine, c'est l'être psychomoteur tout entier qui est touché.

2.L'être psychomoteur en relation, en temps de pandémie

L'homme « *est un être psychomoteur. Chacun de ses actes témoigne de la manifestation conjointe de ses fonctions intellectuelles, affectives et motrices* » (De Lièvre et Staes, 2012, p. 10).

Les **fonctions psychomotrices** sont indissociables les unes des autres et sont sous l'influence de l'intrication de gènes et d'interactions entre l'individu et son environnement.

Une fonction psychomotrice est « *une fonction qui se développe à la fois sous un angle*

génétique, [...] sous un angle neurologique, et à la fois un angle environnemental, contextuel, développemental, qui va dépendre de chaque sujet et qui fait que chaque sujet est différent » (NotreFamille.com Santé, 6 juin 2014).

Les fonctions psychomotrices s'organisent les unes en lien avec les autres, à l'image d'un tissage. Elles s'étayent sur la relation et en deviennent elles-mêmes l'armature. Un impact sur l'une d'entre elles peut se répercuter sur l'ensemble de l'équilibre psychomoteur de l'individu.

2.1. La sensorialité en temps de pandémie

2.1.1. Définitions. Selon Veldam, l'individu est équipé d'organes des sens qui, en s'associant, en s'organisant et en interagissant ensemble, constituent un ensemble désigné sous le terme de « *sensorium* » (1998, p. 28). Il regroupe l'ensemble des récepteurs sensoriels, des organes de conduite et de régulation.

Trois types de sensibilité sont classiquement définis (De Lièvre et Staes (2012, p. 50) :

- la **sensibilité extéroceptive** recueille des données sur l'environnement, à distance (avec les sens de la vue, de l'ouïe et de l'odorat) ou bien à proximité (par la sensibilité cutanée et le sens du goût) ;
- la **sensibilité intéroceptive** fournit des informations internes sur notre organisme (des sensations de faim, de soif, de douleur) ;
- la **sensibilité proprioceptive** permet d'avoir, sans contrôle visuel, des informations sur la position de notre corps dans l'espace, grâce à des récepteurs situés dans les tendons, muscles, fascias et ligaments ou encore dans l'oreille interne (informations au niveau vestibulaire). Une de ses modalités, la kinesthésie, renseigne sur l'agencement des différents segments corporels au cours du mouvement.

D'après Bekier et Guinot (2015, p. 87), la sensation, une fois analysée et traitée par le cortex, devient **perception**. Elle est sous l'influence de nos expériences et éprouvés corporels passés, de notre équipement génétique, mais également de la culture.

2.1.2. La culture dans tous les sens. Le « *sensorium* » fournit à l'être humain les moyens d'entrer en communication avec le monde et d'y participer.

Cette présence au monde se déploie dans la relation, « *dans la faculté de rencontrer et d'être ensemble, de vivre dans une communauté* » (Veldam, 1998, p.28).

Hall souligne l'influence de la culture sur l'organisation sensorielle et perceptive des informations en provenance du monde. Cette influence s'appuie sur la nature des rapports socio-affectifs entre les individus. Il nous dit ainsi que « *l'homme ne peut échapper à l'emprise de sa propre culture, qui atteint jusqu'aux racines mêmes de son système nerveux et façonne sa perception du*

monde » (1971, p. 231).

Nous allons ici nous intéresser à la place de la sensorialité dans la culture française. Hall souligne « *l'importance que les français accordent à la vie sensorielle* » (1971, p. 177), celle-ci se manifeste dans leur façon de se réunir. Leur rencontre est multisensorielle. Que ce soit en famille, au travail ou entre amis, ils apprécient se retrouver en ayant, à leur disposition, à boire et à manger. Ils se montrent des vidéos, des photos, et aiment écouter de la musique ensemble.

La fermeture des bar-restaurants, musées, cinémas, salles de concert, ou stades, lieux hautement sensoriels et éminemment relationnels, a privé les Français de tout un pan de leur vie culturelle. Cela est vécu plus ou moins douloureusement selon les personnes.

Rose nous explique qu'avant la pandémie, elle ne sortait pas spécialement et qu'elle n'est donc pas particulièrement affectée par la fermeture de ces lieux. Au cours de l'année pourtant, elle nous confie que le fait de voir du monde lui manque et qu'elle regrette beaucoup notamment les sorties à la piscine. Rose appréciant particulièrement les sensations procurées par l'eau, elle est privée d'un pan sensoriel de sa vie qui lui procurait du bien-être.

2.1.3. « Je ne le sens pas ». Réduction des afférences olfactives. Cette expression courante est parfois prononcée lors d'une situation de malaise envers une situation ou une personne. Elle vient ici illustrer la place importante que tient l'odorat dans nos vies.

Pour Ras, notre odeur naturelle est comme une « *signature* » et fait donc partie de notre identité. L'olfaction concourt à l'attachement et à la constitution d'une mémoire sensorielle dès les premiers instants de la vie. Les phéromones et les odeurs participent à nos répulsions ou attirances envers les autres (2012, p. 81).

Le sens de l'odorat est important dans la réunion. Les Français apprécient se parfumer lorsqu'ils se préparent à sortir et parfument leur maison de désodorisants, de parfums d'intérieur ou d'encens avant d'accueillir leurs invités.

Un jour, en décembre, Minh exprime son envie d'« *explorer des sensations olfactives (...), de s'approprier un lieu* (celui de la séance) *et de partager quelque chose d'agréable, comme un don* », avec une odeur qu'il choisirait. Il me dit à ce propos qu'il est très sensible aux atmosphères olfactives et que les parfums lui manquent.

En portant le masque et en nous tenant à l'écart les uns des autres, nous sommes privés d'une partie des informations olfactives qui participent à la relation humaine.

2.1.4. « En mains propres ». Lavage des mains et réduction des afférences tactiles. Les mains font l'objet d'une attention particulière et il est demandé de se les laver fréquemment et de les passer au gel hydroalcoolique, ce qui peut parfois les abîmer. Minh m'explique un jour qu'il souffre

particulièrement au niveau de ses mains lorsqu'il met du gel hydroalcoolique. Sa peau, déjà abîmée par l'eczéma, s'irrite et devient encore plus inconfortable.

« *On caractérise parfois l'espèce humaine par l'utilisation qu'elle fait de ses deux mains pour sa survie et sa maîtrise de l'environnement* » (Hatwell, 1986, p. 21). Les mains sont nos principaux outils d'action et d'exploration sur le monde. La densité en récepteurs du tact, les corps de Meissner, est particulièrement importante au niveau des extrémités des doigts, ce qui souligne leurs fonctions d'exploration et d'action sur le milieu.

En nous demandant d'éviter de toucher les choses de nos mains, les gestes barrières conduisent à une réduction des afférences sensorielles tactiles qui pouvaient nous renseigner sur le monde. La poignée de main est un geste de salutation courant, permettant notamment au psychomotricien d'avoir des informations tactiles et toniques sur le patient lors de sa rencontre. En renonçant à ce geste, nous perdons une partie des informations tactiles qui nous renseignaient sur la peau de l'autre : sa température, son épaisseur, sa moiteur, sa douceur ou, au contraire, sa rugosité.

2.1.5. Réduction des informations en provenance des mimiques. Notre visage constitue une sorte de « *carte de visite* » (Ras, 2012, p. 44).

Il renseigne notre interlocuteur de nombreuses informations concernant nos émotions et affects, notamment par les mimiques, qui sont des gestes expressifs effectués par la contraction de certains muscles du visage. Pour Corraze, « *il est couramment entendu que notre face exprime sans ambiguïté une large gamme d'affects dont elle est le lieu privilégié d'actualisation* » (1980, p. 114).

Le port du masque ne nous laisse plus à voir que les yeux et le front de notre interlocuteur, nous privant d'une partie des informations non-verbales que celui-ci nous transmet. Nous ne pouvons plus nous appuyer sur le mouvement des lèvres pour comprendre ce qu'il dit et ses intentions et émotions sont moins perceptibles. Par conséquent, il m'a fallu diriger mon attention sur les autres canaux de communication afin de comprendre et me faire comprendre, lors des interactions avec patients.

2.1.6. « *Un regard qui veut tout dire* ». Du visage, il ne reste que le regard à voir. Le regard est un important canal de communication. L'observation de sa direction, de son maintien, de ses mouvements, fournit des informations sur les émotions qui traversent l'autre. Les yeux sont également le reflet de la santé (une couleur tirant vers le jaune peut supposer une affection du foie ou de la vésicule biliaire).

Ras nous dit que le regard « *exprime en permanence notre état intérieur* » (2012, p. 49).

Le regard de Minh navigue dans la pièce lorsqu'il est à la recherche du mot, de la métaphore

qui illustreront le mieux sa pensée. Il s'abaisse et traduit sa gêne lorsque nous évoquons le rapport au corps. Il est plus soutenu au cours de l'année et exprime une certaine assurance, notamment lors du rituel de fin de séance, qui consiste à se remercier soi-même. Le regard de Rose se remplit de larmes à l'évocation de ses frères, il s'illumine lorsqu'elle échange un rire avec nous.

2.1.7. Impact sur les afférences auditives de la voix. Les émotions modulent l'intensité, la mélodie de la voix, son débit, l'éventuelle accentuation des syllabes, en lien avec le souffle. Voix parlée, voix chantée, elle permet de communiquer au-delà des mots et constitue un support d'expression des émotions et affects.

Le port du masque peut donner l'impression de moins se faire entendre et comprendre entre interlocuteurs. Filtrée par le masque, la voix diminue en intensité et nous pouvons avoir l'impression de devoir forcer sur la voix pour se faire entendre.

De plus, les divers confinements et mesures sanitaires ont conduit à l'augmentation des communications à distance, notamment des téléconsultations.

« *Au téléphone, la voix transmet des milliers d'informations qualitatives et trahit notre état émotionnel* » (Ras, 2012, p. 20). Malgré cela, la voix est perçue différemment, parfois en décalage dans le temps, ce qui peut contraindre la fluidité de la communication.

Parmi les idées conçues pour maintenir la relation thérapeutique lors du premier confinement, ma maître de stage du CMP a pensé à envoyer des liens vers des supports de relaxation à écouter. Rose nous dit en cours d'année y avoir encore recours, mais qu'il lui est moins facile de se détendre qu'en notre présence. Cela souligne l'importance de la présence du corps des partenaires dans la capacité à relaxer et être relaxé.

2.1.8. Manquer d'air ? Il est courant que les patients se plaignent de la gêne ressentie par le masque et se sentent limités dans leur souffle, notamment en relaxation, lorsque le patient est invité à inspirer et à expirer amplement. Il a été établi par le médecin hygiéniste du CMP qu'il était possible, sous certaines conditions, d'inviter le patient à retirer le masque, afin de pallier cette contrainte. La pièce doit être aérée et le psychomotricien doit porter son masque et se tenir à deux mètres du patient.

2.1.9. De nouvelles afférences sensorielles. Les afférences sensorielles sont sans doute réduites, mais nous pouvons supposer qu'il s'en crée de nouvelles.

Le contact du masque sur le visage constitue une nouvelle afférence sensorielle tactile qui s'inscrit dans notre quotidien et que nous pouvons inclure dans la prise de conscience corporelle en séance. Le masque mais également l'air chaud et humide expiré, viennent réchauffer la zone du visage recouverte, stimulant ainsi nos récepteurs tactiles et thermorécepteurs d'afférences intéressantes.

Lorsque je propose à Minh de prêter son attention aux différences de température entre la partie du visage recouverte par le masque et celle du front, il me dit apprécier le contraste.

Ne pourrions-nous pas également évoquer cette omniprésence de masques dans notre champ visuel, qui se manifeste par un tourbillon de bleu et blanc, qu'ils soient portés sur le visage ou à l'abandon sur le trottoir ? Une patiente a dit un jour qu'elle s'était surprise à remarquer que les acteurs ne portaient pas de masque à l'écran, comme si le masque s'inscrivait tellement dans notre champ visuel quotidien que son absence se fait remarquer.

2.2. Le tonus en temps de pandémie

2.2.1. Définitions. D'après De Lièvre et Staes (2012, p. 32), le **tonus** est l'état de légère tension des muscles, permanente, involontaire et variable d'un individu à l'autre. Trois niveaux du tonus sont classiquement distingués, le tonus de **fond**, de **posture** et d'**action**, que nous définirons par la suite en soulignant leur dimension relationnelle.

La **tonicité**, selon Lesage, est la façon dont est géré et investi le tonus et constitue ce qu'il appelle un « *nuancier relationnel et émotionnel* » (2021, p. 72). Elle dépend de facteurs génétiques et environnementaux. Vincent, (cité par Guiose, 2007, p. 60), parle de **tonus émotionnel** pour définir la relation entre tonus musculaire de l'individu et son vécu émotionnel, l'émotion étant pour Vincent, « *la manière d'être de l'individu au monde* ». Nos émotions, quelles qu'elles soient, s'inscrivent dans notre tonicité et colorent notre façon d'être corporellement.

L'**examen du tonus** du patient par le psychomotricien donne des informations, non seulement sur sa maturation neurologique, mais également sur son état émotionnel dans un contexte relationnel. Il peut apparaître, lorsque la charge émotionnelle est trop importante, que la tonicité soit impactée et devienne inadaptée à la situation. Il apparaît alors des dysrégulations tonico-émotionnelles qui constituent des indications en psychomotricité : « *L'émotion domine, saisit le corps, parle par le corps* » (Potel, 2015, p. 199).

Le contexte actuel peut constituer une situation anxiogène, majorer les tensions du corps, et conduire à l'aggravation ou au développement de troubles tonico-émotionnels.

2.2.2. Tonicité et rencontre en temps de pandémie.

Le **dialogue tonique**. Il s'agit d'un mode de communication non verbal. Guiose (2007) rappelle que c'est Henri Wallon qui, en 1949, a établi le lien entre le tonus et les émotions, en formulant la notion de **dialogue tonico-émotionnel**. Il souligne la dimension communicative du tonus par l'inscription des émotions dans la tonicité. Ajuriaguerra, dans la continuité de ses travaux, parlera en 1960 de **dialogue tonique** pour évoquer le premier niveau de relation du nourrisson avec

son milieu. Il perdure tout au long de la vie de l'individu. Il s'agit d'un dialogue infra-verbal, fait d'ajustements et de modulations toniques, qui a toute sa place en psychomotricité, notamment dans les relaxations thérapeutiques (Guiose, 2007, p. 61).

Le dialogue tonique « *jette le sujet tout entier dans la communication affective* » (Ajuriaguerra, 2017, p. 171). Il s'agit d'un « *langage sympathique comme une contagion qui passe d'un corps à l'autre* » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 178)

Dans la continuité de ce que nous disions à propos de la fonction sensorielle, le fait de ne plus pouvoir serrer la main de notre interlocuteur nous prive d'informations que nous pouvions obtenir concernant sa tonicité et son vécu émotionnel.

Le **tonus de fond** ou basal, n'engage aucun mouvement mais soutient le sentiment de cohésion d'ensemble du corps et détermine la qualité de présence de l'individu (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 173). Le psychomotricien dispose de différents outils pour l'étudier, notamment les mobilisations passives. En séance de relaxation, je peux constater chez Minh des manifestations tonico-émotionnelles lorsque je soulève son bras. Elles s'expriment par une résistance de ses muscles à l'étirement passif (hypertonie).

Tonicité et rencontre de soi. La tonicité est « *un baromètre interne* », nous renseignant sur notre état émotionnel et participant ainsi de la rencontre de soi. (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 176). L'individu à l'écoute de ses sensations peut avoir des informations sur son état de tension à la fois physique et psychique, tensions qui s'inscrivent couramment dans le dos et la nuque. Dupont (2002, p. 184) nous explique que cette connaissance de notre état interne s'appuie sur le couple tension/relâchement, en place dès les premiers temps de la vie. Ces deux pôles toniques permettent au nourrisson d'exprimer respectivement son insatisfaction (s'il a faim par exemple), et sa satisfaction (s'il est rassasié). **En psychomotricité**, nous allons rechercher la prise de conscience de notre état tonique par différentes médiations corporelles avant de pouvoir ensuite soutenir la régulation tonique. En relaxation, Minh parvient à identifier ses schémas de tensions et les relie à son histoire personnelle, notamment à des affects douloureux.

2.2.3. Adaptation posturale en temps de pandémie et tonus de vigilance. La posture est permise par le **tonus de posture** qui permet son maintien face aux forces de la pesanteur qui tendent à perturber l'équilibre.

Dialogue postural : « *La posture est un indicateur privilégié de l'attitude affective fondamentale : elle nous communique les intentions de rapprochement, d'accueil ou, au contraire, de défi, de rejet, de menace* » (Corraze, 1980, p. 146). La posture a une dimension communicative. Je perçois la disponibilité de Rose dans sa façon d'adapter sa posture face à moi. Nous sommes

souvent dans une posture similaire : en tailleur, le corps orienté l'une vers l'autre, les mains jointes, dans une attitude de réceptivité. La posture met en forme le corps et s'adapte « *pour entamer un dialogue avec les choses, les personnes, le monde* » (Lesage, 2021, p. 71).

Dans le contexte sanitaire actuel, nous devons fréquemment adapter notre posture pour nous protéger et protéger les autres.

« *Pour une partie d'entre nous, la peur nous envahit quand nous sommes contraints à des contacts, même rapides, avec d'autres personnes, surtout si nous avons le sentiment qu'elles ne prennent pas suffisamment soin de maintenir les distances en nous exposant aux dangers de la proximité géographique* » (Torre, 2020, p. 344).

Le tonus et l'état de vigilance sont intimement liés. Le tonus augmente face à un danger et une hypervigilance dans le contexte sanitaire aura pour conséquence une augmentation du tonus. Il arrive qu'en séance le masque d'un patient glisse sous son nez, alors que nous nous sommes rapprochés. Bien que ce genre de situation soit facilement gérable et que le patient remette rapidement son masque, cela peut me mettre dans un état de vigilance tel que je dois ensuite m'appliquer à réguler mon tonus afin qu'il n'y ait pas transmission de tension via le jeu du dialogue tonique entre lui et moi.

2.2.4. Le monde sous tension : tensions musculaires et anxiété. L'anxiété accentue les tensions, notamment au niveau du cou.

Dupont met ainsi en avant le cou et les épaules comme lieux d'inscription de l'angoisse : « *le cou est mû par des sentiments profonds [...] Le cou est la cible de l'angoisse. La parole défaille, l'air ne passe plus, une boule semble obstruer la gorge* » (2002, p.132). L'épaule s'articulant au cou constitue aussi une zone névralgique, "où se cristallisent les réactions de peur, d'anxiété" (Ibid.).

Nous pouvons dès lors supposer que la situation sanitaire actuelle, par son caractère anxiogène, peut amplifier l'expression de la douleur chez des patients anxieux. Minh, à l'écoute de son *baromètre interne*, m'explique ressentir d'importantes douleurs au niveau de la nuque. Il sent une charge de soucis l'accabler et lui peser. Le manque d'activité physique et la tendance au découragement lui donnent la sensation de manquer de force. Il se sent fébrile et ressent une « *faiblesse musculaire* ».

La douleur peut être également mise en rapport avec le manque d'activité physique. Le tonus d'action est le niveau tonique recruté pendant l'activité motrice volontaire. Il est « *à la base de la motricité globale (...) ainsi que de la communication non verbale et du langage* » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 175).

Pour plus de clarté, nous définirons la motricité dans la partie suivante, mais il est important

de souligner l'intrication du tonus, de la posture, de la motricité et des émotions. Toute « *la motricité, qu'elle soit statique ou dynamique, est soumise à l'affectivité tonique. Celle-ci est le processus au travers duquel se manifeste la vie intime* » (Dupont, 2002, p. 9).

2.3. La motricité en temps de pandémie

2.3.1. Définitions. La **motricité globale** désigne l'ensemble des mouvements et gestes qui, sans impliquer une précision quelconque, assurent l'aisance globale du corps, tandis que la **motricité fine** concerne les mouvement fins et précis de différentes parties du corps.

Pour Robert-Ouvray et Servant-Laval, « *la motivation ultime de la motricité se retrouve en permanence dans les dimensions de relation, d'expression, d'intention et d'émotion* » (2015, p. 182). Ces éléments confèrent une dimension relationnelle importante à la motricité qui permet à l'individu d'entrer en contact avec l'extérieur ou de le fuir.

2.3.2. « C'est le geste qui compte » : vers de nouvelles praxies. Nous appelons praxies les combinaisons de contractions musculaires agencées dans un ordre précis et orientées vers un but. Elles sont le fruit d'un apprentissage culturel et de l'automatisation du geste. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure nous sommes face au renoncement de certaines praxies et à la création d'autres gestes qui deviendront eux-mêmes, à force de répétition, des praxies. Les gestes barrières demandent un réaménagement de notre communication corporelle et une l'inhibition de nos automatismes sociaux.

a) Les gestes de salutation.

Certains gestes sont en rapport avec la culture, notamment les gestes de salutation et impliquent parfois le toucher (Ras, 2012, p. 80). Avant la pandémie, chaque culture avait ses propres gestes conventionnels et sa façon de se saluer, certaines régions se démarquent même dans le nombre de bises alloué à la salutation. A présent, les gestes barrières se démocratisent, en France et dans le monde entier. Plus de bises, plus de poignée de main, plus d'accolade... A la rigueur, un « *check* » du coude, pas plus.

b) Le port et le retrait du masque.

En outre, nous pouvons considérer que le port et le retrait du masque s'inscrivent dans ce répertoire de nouvelles praxies. En effet, ils demandent de respecter une séquence de mouvements, ordonnés dans un ordre précis. Se laver les mains, prendre le masque par les attaches, le présenter sur le visage dans le bon sens, passer les élastiques derrière les oreilles, étirer le masque de haut en bas afin qu'il recouvre le visage et le menton et enfin, pincer le bord supérieur rigide avant de se

désinfecter les mains. Cet enchaînement s'inscrit dans nos cultures et, en se répétant, devient une nouvelle praxie.

2.3.3. Ces gestes qui nous « trahissent » : la communication gestuelle de nos émotions.

Nous revenons ici aux canaux non-verbaux de la communication. Les gestes du visage, de la main et toute l'organisation corporelle transmettent des informations sur notre état émotionnel. Les gestes d'auto-contact peuvent, par exemple, trahir une émotion liée au contexte relationnel.

Les mesures barrières, en excluant les contacts et auto-contacts, remanient la communication non-verbale. L'expressivité des gestes du psychomotricien devra se faire plus importante, de sorte que le patient puisse percevoir nos intentions et notre disponibilité. Par ailleurs, le psychomotricien devra être particulièrement attentif à la gestuelle du patient qui sera inhibée par les gestes barrières. Cette attention permet en effet de percevoir des éléments de son état émotionnel avant même qu'il ait commencé de parler. L'observation de son assise en salle d'attente, l'étude de sa démarche, de sa façon d'entrer dans une pièce, l'orientation de sa tête et de son regard resteront des indicateurs précieux. Ce qui nous saute aux yeux, lorsque notre regard s'exerce, c'est la façon dont la personne tient son corps, « *sa posture ou son flux de mouvement, ou plus précisément son jeu postural* » (Lesage, 2021, p. 71).

La gestuelle de Minh fluctue au cours de la séance. A son entrée, des signes de fatigue se font sentir dans son organisation corporelle. Sa posture est en enroulement et son pas est lent. Sa gestuelle est pauvre lors de l'entretien initial. Ses déplacements et ses gestes sont plus vigoureux en fin de séance et parfois sa démarche était plus assurée après une marche consciente dans la pièce.

Des manifestations anxiodépressives liées à la situation peuvent entraver l'expressivité du corps. Le psychomotricien sera attentif aux signes de bradykinésie, qui correspond à la diminution de la motricité volontaire et qui est un signe clinique de la dépression. L'hypomimie ou réduction des expressions faciales sera en effet moins prégnante du fait du port du masque.

2.3.4. Surveiller ses faits et gestes : l'haptophobie.

D'après Chambaud et Depadt, l'haptophobie désigne la « *peur de toucher l'autre mais aussi soi-même* » et génère une angoisse professionnelle et personnelle (2020, p. 358). Elle se manifeste "*par un contrôle des postures, gestes et mouvements* » (*Ibid.*). J'ai peu observé ce phénomène chez les patients dont je parle. Toutefois, en ce qui me concerne, je dois dire que j'en ai montré des signes en cours d'année, peut-être moins depuis ma première injection de vaccin.

« La codification du corps dans la relation sociale, davantage encore par temps de pandémie, commence par le contrôle public de l'auto-contact, mais sans doute aussi intime : seule quelque nécessité pressante autorise, et au prix de précautions, des contacts avec des zones

internes du corps comme le nez, la bouche, les oreilles et avec d'autres parties de la peau »
(Chambaud et Depadt 2020, p. 357)

2.3.5. Pandémie et sédentarisation. La restriction des déplacements, des rassemblements et les télécommunications ont conduit à une sédentarisation. Une enquête publiée sur le site de Santé Publique France (Escalon, Deschamps, et Verdot, 2021, 19 mars) rapporte la hausse du temps passé en position assise et sonne l'alarme quant à l'importante diminution de l'activité physique des Français adultes lors du premier confinement. La sédentarisation a des conséquences qui peuvent être graves à long terme et nous risquons d'être face à un problème de santé publique si elle perdure. Par ailleurs, les mêmes postures maintenues au quotidien et le manque d'assouplissement peuvent rigidifier la musculature. Les tensions musculaires peuvent s'accumuler et les articulations peuvent manquer de mobilité, entraînant un inconfort postural.

Minh et Rose ont tous deux considérablement réduit leur activité physique suite à la fermeture des salles de sport. Minh avait pour habitude de pratiquer la capoeira. Il a tenté quelques cours en ligne mais il lui a été difficile de maintenir une pratique régulière. Il est resté longtemps chez lui à regarder des vidéos et m'a confié adopter des postures inconfortables. Il a à présent de fortes tensions au niveau du dos accompagnées de douleurs. Rose allait régulièrement à la piscine. Au cours de l'année, des douleurs sont devenues plus prégnantes du fait de l'installation d'une scoliose et la réduction de l'activité physique. Elle maintient cependant une marche quotidienne en accompagnant sa voisine âgée en promenade.

2.4. L'espace et le temps en pandémie

« Nos repères les plus élémentaires se délitent, ils ne fonctionnent plus. Nous sommes confinés, mis en quarantaine, nous gardons la chambre comme des malades, pour ne pas être malades » Ruzniewski (2020, p. 339).

2.4.1. L'espace et le temps en psychomotricité. Comme le soulignent Galliano, Pavot et Potel, les composantes d'espace et de temps constituent un ensemble indissociable et sont considérés comme des organisateurs psychocorporels. Ils offrent *« un cadre de référence à nos sensations, nos perceptions, nos mouvements et nos gestes »*, tout en étant à la fois *« agent intégrateur, étai et référentiel de notre vécu sensori-moteur »* (Galliano, Pavot et Potel 2015, p. 247).

Ils soutiennent la vie relationnelle en adjoignant des repères spatio-temporels aux interactions.

Pour plus de clarté, j'ai fait le choix de définir séparément ces deux composantes, pourtant indissociables, et de proposer une réflexion autour de l'impact des mesures barrières sur chacune.

2.4.2. Les temps changent. D'après Le Robert pratique (2013), le temps peut se définir comme une « *continuité indéfinie, qui paraît être le milieu où se déroule la succession des existences, des vies, des événements et des phénomènes, les changements, mouvements, etc.* »

Le contexte sanitaire remanie notre temporalité, autrement dit notre « *investissement subjectif du temps* » (Lesage, 2018, p. 90).

Il existe une dimension sociale du temps dans laquelle s'inscrivent des codes temporels, pour la plupart variables en fonction de la culture, et qui nécessite une capacité d'adaptation temporelle sociale.

a) « *O tempora, o mores* » (« *Autres temps, autres mœurs* », Pindare, poète grec)

Notre temps a été balisé par différentes exigences temporelles (multiples couvre-feux, limitations de la durée de déplacement) qui ont demandé une réorganisation temporelle du quotidien de chacun et ont réduit la fréquence de visites des personnes entre elles. Rose, notamment, souffre de l'isolement et déplore de ne pouvoir passer du temps avec ses nièces par exemple.

Le temps que l'on pourrait appeler social a considérablement diminué, temps de repas mais aussi temps partagé en cours, dans les salles ou terrains de sport ou de loisir, dans les bureaux. Le temps dédié à la célébration, temps éminemment social a complètement été transformé, certains devant même accepter de se priver d'une réunion de famille afin de ne pas courir le risque de contaminer ou d'être contaminé.

Les rendez-vous hebdomadaires de 20h pour applaudir le personnel soignant à notre fenêtre constituèrent toutefois un élément important de socialisation : des voisins qui ne s'étaient jamais parlé purent se saluer, échanger quelques mots, partager de la musique voire chanter ensemble.

b) Continuité/discontinuité des soins : adaptation sur mes lieux de stage à une nouvelle temporalité.

• **Situation de l'HJ**

Lors du premier confinement, l'HJ a été fermé pendant plusieurs semaines. A sa réouverture, l'HJ n'a pas pu continuer de proposer les activités qui remplissaient l'emploi du temps hebdomadaire : piscine, équithérapie, marche, bowling, etc... Il y eut, durant l'année, des fluctuations concernant ces activités en fonction de l'actualisation des mesures sanitaires. Il reste encore difficile de retrouver une régularité dans les propositions, poussant équipe et patients à s'adapter chaque semaine à une situation imprévisible.

Les temps de partage dans l'HJ, les repas du midi, ont été transformés afin que la salle de repas soit le moins fréquentée possible sur une même plage horaire. Le service de repas a donc doublé et le

nombre de participants à une même activité de groupe a été réduit.

- **Situation du CMP**

Lors du premier confinement, le CMP a été confronté à la même problématique. Une forte mobilisation a permis de mettre en place des téléconsultations afin de maintenir les soins. La prise en charge psychomotrice s'est notamment prolongée sous forme d'appels téléphoniques et de mails. Les mails consistaient d'une part, à prendre des nouvelles et à proposer des outils de gestion de l'anxiété (audios de relaxation, liens vers des vidéos d'activité physique et de détente), d'autre part il s'agissait de communiquer des informations concernant les gestes barrières. Concernant les appels, il était proposé des créneaux plus larges, le matin ou l'après-midi, afin que les patients puissent être contactés et leur durée variait en fonction de leurs besoins du jour.

Trois semaines avant la fin du confinement et face à la situation préoccupante de certains patients (signes de dépression, de décompensation psychique, de déstructuration voire risque de passage à l'acte suicidaire), il y eut de nouveau des séances en présentiel. Les séances furent maintenues au cours de l'année, garantissant une certaine reprise de la continuité des soins. Les rencontres ont été espacées afin d'éviter au maximum le croisement d'individus au sein de la structure. Les activités de groupe ont repris mais les effectifs ont diminué (six patients maximum), ce qui malheureusement conduit à l'isolement de certains patients et l'augmentation importante de la liste d'attente pour des séances individuelles. L'attente est d'ailleurs au cœur de la situation sanitaire.

c) « Ça traîne en longueur » (Rose) : le temps de l'attente

« *Le temps de l'attente s'écoule lentement le temps du plaisir fuit rapidement* » (Dupont, 2002, p. 93).

C'est du temps subjectif qu'il s'agit, un temps qui peut paraître interminable lorsque nous sommes dans l'attente. Lesage (2018, p. 87) nous dit que le présent que nous vivons est un présent « *psychologique* », suspendu autour de deux dixièmes de secondes et que la temporalité est sous-tendue par une dialectique cadre/ subjectivité.

La situation sanitaire est précisément un contexte dans lequel nous sommes dans l'attente : attente d'une nouvelle mesure ou d'un allègement d'une restriction, attente de la reprise des activités, de la possibilité de se déplacer. Certains patients attendent que leurs proches « à risque » soient vaccinés avant de leur rendre visite. D'autres attendent la vaccination afin de pouvoir reprendre une activité, un travail, voire partir en vacances.

Le temps d'attente se retrouve également dans le temps passé dans les files devant les supermarchés, aux caisses, devant les établissements publics et nous passons parfois plus de temps à attendre qu'à effectuer l'activité pour laquelle nous attendons. Le quotidien de nombreuses personnes est devenu

monotone.

Après bientôt un an depuis le premier confinement, le temps commence à paraître long pour Rose. En janvier, elle nous parle de l'actualité sanitaire et nous dit que « *ça traîne en longueur* ». Elle parle ici des décisions et discours qu'elle écoute à la télévision, et cela commence à lui peser. Elle s'ennuie de ne voir personne et de ne pas pouvoir reprendre son activité de bénévolat et ses sorties à la piscine.

d) Jours d'isolement et COVID-19.

Dans le cas où nous serions testés positif à la COVID-19 ou contact à risque, les règles en vigueur sont complexes, demandant des périodes d'isolement variables selon les cas. Je reparlerai de ce point dans la partie concernant les fonctions cognitives. Pour illustrer mon propos, je me référerai à l'infographie du Site Ameli à deux reprises, c'est pourquoi, pour plus de clarté et afin de ne pas mettre deux fois la même illustration dans le corps de texte, je renvoie le lecteur à l'annexe VII.

e) Un avenir incertain.

Il reste encore difficile de se projeter dans le futur à cause de l'incertitude liée au contexte pandémique. Une prochaine vague pourrait remettre en question beaucoup de choses, un espoir dans la vaccination de la population vient timidement éclairer l'avenir, mais ce dernier reste encore bien incertain. Rose a dû revoir à plusieurs reprises ses projets de vacances. Les sorties à la mer ou au lac lui manquent. A présent qu'elle est vaccinée, peut-être pourra-t-elle de nouveau organiser des vacances.

2.4.3. Le remaniement des espaces en temps de pandémie.

L'espace est défini par le Larousse (2013) comme le « *milieu dans lequel l'être humain localise ses perceptions* ». Pour D'Ignasio et Martin (2018), l'espace est entendu en psychomotricité comme une notion qui « *se rapporte à la conscience que l'individu possède de son environnement* » et comprend la façon dont il s'y organise (p. 130).

a) La proxémie.

Les travaux de Hall (1971) et son concept de *proxémie*, permettent d'éclairer la dimension relationnelle de l'espace. La proxémie désigne « *l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique* » (1971, p. 13). Hall établit la distinction de différentes distances s'appuyant sur des modifications sensorielles et en lien avec des facteurs culturels et comportementaux. Au nombre de quatre, chacune d'elle fonctionne sur

un mode proche et un mode éloigné : distance intime, distance personnelle, distance sociale et distance publique (*Ibid.*, p. 143-160).

La distanciation sociale impose que les deux premières distances ne soient plus partagées que par des personnes vivant ensemble sous un même toit. En réalité il est difficile d'appliquer ces mesures quotidiennement, notamment dans les transports et certains lieux publics.

b) Distanciation physique d'accord, mais gare à la distanciation sociale !

Les hypothèses de l'effet aérosol ont renforcé la prescription de la distanciation physique :

« *La distanciation sociale, dans le cadre du Covid-19, signifie se tenir à une distance minimum les uns des autres, afin de freiner la propagation du virus* » (Chambaud et Depadt 2020, p. 352). Cette mesure est nécessaire à notre sécurité mutuelle, mais il semble important de faire une distinction entre distanciation physique et sociale, car toutes deux n'impliquent pas la même chose : « *Si la première est à respecter scrupuleusement la seconde, tout au contraire, représente une menace qui doit faire l'objet de toute notre vigilance* » (*Ibid.*, 2020, p. 351).

Le 28 janvier 2021, le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) recommande de modifier la distanciation physique afin de limiter la propagation des variants les plus contagieux. Elle passe d'un à deux mètres en l'absence du masque.

c) Une spatialisation spécifique.

Des mesures ont été prises en lien avec l'espace afin de limiter la propagation du virus. Au niveau national il y eut plusieurs limitations de déplacements interrégionaux et les grandes villes ont connu des restrictions plus strictes avec des déplacements limités à 10 km, contraignant les gens à annuler des déplacements. Rose a notamment dû renoncer à se déplacer voir sa famille et regretta de ne pas voir ses nièces à Noël.

Les espaces publics ont été réaménagés. Nous pouvons constater la présence d'affiches ou de marquages au sol désignant les emplacements physiques respectueux de la distanciation en vigueur.

d) Réaménagement des espaces de soin.

La question de l'aménagement des espaces d'accueil et de soin était déjà l'objet d'une véritable réflexion du psychomotricien. La pandémie replace cette question au cœur du travail interdisciplinaire puisque c'est l'ensemble d'une structure qui est réaménagé, de sorte à respecter les mesures barrières : circulation dans un sens fléché, espacement des chaises dans les salles d'accueil, mobilier déplacé afin de libérer de l'espace.

e) La juste distance ?

La distance entre patient et psychomotricien se doit d'être étudiée et considérée avec soin, notamment dans le respect des gestes de protection, afin de pouvoir conserver une proximité propice à la démarche thérapeutique. Friard nous dit ainsi qu'il est « *difficile de rassurer ou d'entendre un patient quand plus d'un mètre nous sépare de lui* » (2019, p. 20). Il n'y a que dans le respect mutuel du port du masque que peut se faire un contact rapproché.

Face à ces aménagements, il est important d'accompagner le patient dans la prise de nouveaux repères et de soutenir son investissement de l'espace.

f) La proximité : une menace en temps de pandémie.

Torre (2020) insiste sur le rôle qu'ont les proximités sur la propagation du virus. Habituellement, le fait qu'une personne se situe dans l'espace intime peut parfois être vécue comme une intrusion, s'accompagnant alors de réactions physiologiques (augmentation du rythme cardiaque et du tonus) et de réactions comportementales (irritabilité). De nos jours cette intrusion peut être d'autant plus menaçante pour certains, qu'elle s'associe à un sentiment de danger face au risque d'être infecté par le SARS-CoV-2 ou d'infecter son voisin. Prendre les transports peut, notamment, constituer une situation anxiogène. C'est le cas de certains patients mais également le mien. Nous sommes en effet nombreux à prendre les transports et il arrive fréquemment que quelqu'un ne porte pas correctement son masque.

g) Les espaces qui se confondent : qu'en est-il de l'espace pour penser ?

Nous pouvons également nous questionner quant au mélange de nos différents espaces de vie. Qu'il s'agisse d'espaces personnels, professionnels, de loisirs ou de soin, les restrictions sanitaires conduisent au mélange des espaces et beaucoup de choses se font à domicile (télétravail, téléconsultations, cours en ligne, conférences en ligne, etc.). Les frontières ne sont plus aussi démarquées qu'auparavant et territoires physique et psychique se mélangent. Minh peine à consacrer du temps à l'activité physique en ligne. Le fait d'être chez lui, de manquer d'espace pour déployer sa motricité participe au manque de régularité dans sa pratique.

h) Des espaces qui s'ouvrent ?

Certains espaces ferment mais ne pourrions-nous pas évoquer la création de nouveaux espaces, notamment virtuels ? Depuis le premier confinement, plateformes en ligne et réseaux sociaux sont surinvestis en tant que lieux de rendez-vous.

« *Aujourd'hui notre vie sociale, professionnelle, amicale, voire familiale s'exprime au travers de l'ensemble des moyens qui nous permettent de communiquer à distance* » (Chambaud et Depadt, 2020, p. 355)

Plus que jamais, la communication par écrans interposés est de mise, privilégiant les afférences visuelles et auditives. Mais l'image qui nous parvient de l'autre est en 2 dimensions et globalement, seul le visage, le buste et les mains nous apparaissent à l'écran, ce qui appauvrit les signaux de la communication non verbale.

2.5. La représentation du corps en temps de pandémie

2.5.1. Définitions de l'image du corps et du schéma corporel. La distinction entre l'image du corps et le concept du schéma corporel (introduit par Head) a longtemps (et le reste encore) source de débat.

D'après Clerget (2014), « *l'articulation des deux instances (schéma corporel et image du corps) permet à un sujet de vivre dans le lien étroit existant entre la fonction symbolique et le fonctionnement corporel* » (p. 40). Les deux sont en lien, dans une influence réciproque, et sont dépendants de la relation à l'entourage.

Le schéma corporel « *spécifie un individu comme représentant de l'espèce dans sa particularité charnelle[...]. Il est le corps actuel au fil du temps passant* » (Ibid.). Le schéma corporel est l'interprète de l'image du corps et « *n'est bien sûr pas étranger à la culture et aux lieux qui, selon les latitudes et les attitudes, façonnent le corps, ses postures ainsi que les manières de faire* » (Ibid., p. 42)

La notion d'image du corps a des fondements psychanalytiques et a fait l'objet de nombreuses tentatives de définitions sans pour autant aboutir à un consensus. Pireyre (2011) propose une théorisation qui semble intéressante pour éclairer notre propos quant aux éventuelles conséquences des gestes barrières sur l'image du corps.

2.5.2. Image composite du corps en temps de pandémie. Face à l'étendue des différents éléments qu'elle englobe, Pireyre propose l'hypothèse d'une « *image composite du corps* » (2011 p. 49), tenant compte de l'apport des précédents théoriciens (Winnicott, Anzieu, ou encore Dolto) et impliquant par ailleurs l'apport des neurosciences.

Elle se décline en neuf sous-composantes : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences communicationnelles du corps, et enfin, les angoisses corporelles archaïques.

C'est à la sous-composante « *identité* » en particulier que nous nous intéresserons.

2.5.3. « Le masque est persona ou maschera, faux visage, noirceur ». Goni (2020, p.333). Que penser du sentiment d'identité, lorsque nous ne donnons plus notre visage à voir à l'autre, notre « *carte de visite* » (Ras, 2012, p. 44) ?

Pireyre évoque la dimension sociale de l'image du corps sur laquelle insistait Schilder. « *On construit l'image du corps uniquement grâce aux contacts avec les autres* » (2011, p. 35).

Peut-être que l'enjeu concerne davantage les enfants pour qui le processus identitaire et de subjectivation se joue tôt et progressivement, mais nous pouvons toutefois nous interroger sur un possible « *vacillement identitaire* » (*Ibid.*, p. 60) conséquent au port du masque après un certain temps. Comment les gens ressentent-ils leur subjectivité en se fondant ainsi dans un tourbillon de masques bleus ? Que perçoivent-ils des autres et de leur singularité ? Cela reste des questions ouvertes qu'il serait intéressant d'approfondir par des questionnaires.

2.5.4. Manque d'activité physique et image du corps. Bien qu'il y ait eu un important essor d'activités mises en ligne par les professionnels du sport et du bien-être, la population générale s'est fortement sédentarisée. Il peut être difficile de tenir seul une activité à domicile derrière un écran. Malgré sa volonté, Minh a eu peiné à tenir une activité physique régulière. Il m'a confié ressentir du dégoût pour son image dans le miroir. Il sent qu'il a pris du poids et qu'il n'a plus la même aisance dans ses mouvements et cela l'affecte beaucoup.

2.5.6. Schéma corporel : une spatialité de situation. Merleau-Ponty reprend la notion de schéma corporel de Head qu'il complète et redéfinit. Il dit notamment que, bien plus qu'une spatialité de position, il s'agit d'une « *spatialité de situation* » (Merleau-Ponty, 1996, p.116).

L'attention particulière portée aux gestes barrières demande à surveiller fréquemment cette spatialité de situation et à nous adapter corporellement dans la relation.

2.6. Les fonctions cognitives en temps de pandémie

2.6.1. La pandémie nous demande de redoubler d'attention. L'attention est ce qui nous permet de réaliser un comportement de façon consciente et contrôlée. Le respect des gestes barrières nécessite une attention soutenue, c'est-à-dire la capacité à orienter et maintenir intentionnellement notre intérêt vers une source d'information. Nous devons être attentifs à notre posture, à nos gestes et à ceux des autres. Il peut arriver que certains patients soient moins attentifs que d'autres aux gestes barrières. Nous pouvons nous interroger sur leurs raisons : adhèrent-ils moins aux gestes barrières, sont-ils moins vigilants du fait des traitements, connaissent-ils les enjeux ? Nous pouvons imaginer que cela représente une difficulté dans le cadre d'une symptomatologie anxio-dépressive, notamment

du fait de difficulté attentionnelle. Toutefois, certains patients anxio-dépressifs maintiennent une attention soutenue sur la situation, peut-être justement par son caractère anxiogène. Rose est particulièrement attentive aux gestes barrières et aux actualités. Elle nous raconte chaque semaine ce qu'elle a pu voir et comprendre de la situation grâce aux informations télévisées.

2.6.2. Inhiber nos élans ! La capacité d'attention soutenue et l'inhibition des gestes automatisés habituels sont par ailleurs coûteux psychiquement. Le maintien de l'attention et le contrôle de l'inhibition font partie des fonctions exécutives, c'est-à-dire des fonctions cognitives qui permettent de réaliser, contrôler et d'adapter nos comportements à une nouvelle situation. Elles nécessitent une inhibition des comportements automatisés. Les gestes barrière convoquent une certaine capacité de contrôle de l'inhibition de gestes qui nous viennent spontanément, notamment les gestes de salutation. Nous devons nous abstenir de toucher lorsque nous saluons. Pour certains patients que je rencontre, je constate combien cela peut être difficile mais ne remarque pas de difficultés particulières pour Rose ou Minh.

2.6.3. Une demande constante d'adaptation. Nous devons régulièrement nous adapter à de nouvelles informations, à de nouvelles mesures barrières, de nouveaux couvre-feux, de nouvelles restrictions de déplacement, etc., sans compter certaines informations contradictoires. Cela convoque une certaine capacité de flexibilité mentale. Plus d'un an après l'arrivée de la pandémie en France, il devient difficile pour certains de continuer à suivre l'actualité des mesures. Par ailleurs, les démarches en cas de contagion et de possibilité de l'être (cas contact) peuvent devenir un véritable « casse-tête » (voir Annexe VII).

Lorsqu'il a été positif à la COVID-19, Minh a vécu une situation qui lui a demandé une considérable capacité d'adaptation. Il a toutefois été relativement bien accompagné dans ses démarches par les professionnels médicaux et le personnel de l'HJ a maintenu une attention particulière en l'appelant régulièrement.

2.6.4. Des projets à remettre... à quand déjà ? La planification de projets est mise à mal depuis les premières mesures barrières. Certains projets sont suspendus, remis à une date inconnue. Ce point nous ramène à Rose qui, au cours de l'année, a dû reporter des vacances au bord de l'eau ou certaines visites de ses proches.

2.6.5. Inscription de nouveaux souvenirs dans notre mémoire psychocorporelle. « *Les événements vécus tout au long de la vie s'inscrivent dans le corps et sont le substrat de processus psychiques. Ces derniers, associés aux perceptions-sensations constituent ce que nous appelons ici*

mémoire psychocorporelle » (Cologne 2010, p. 19).

Nous pourrions nous interroger sur l'influence de la situation sur notre **mémoire autobiographique**. C'est en effet dans cette dernière que les souvenirs suffisamment pertinents de notre histoire personnelle sont stockés, tandis que la mémoire épisodique conserve des informations sans pour autant qu'elles soient pertinentes (Picard, Eutache, Piolino, 2009).

Damasio (2002) élabore le concept de « Soi-autobiographique ». Selon lui, l'idée « *que chacun de nous se fait de soi, l'image de soi que nous nous construisons progressivement au physique comme au mental de notre position au sein de la société, repose sur la mémoire autobiographique* » (2002, p.226). Elle est donc constamment remaniée en fonction de nos expériences, et est en grande partie inconsciente et dépendante de plusieurs facteurs (notre personnalité, notre tempérament, notre environnement et la culture au sein de laquelle nous évoluons). Il ajoute par ailleurs que le « *Soi-autobiographique* » dépend également « *du remodelage de nos perspectives d'avenir* » (*Ibid.*, p. 226). Or, nous sommes précisément face à un avenir incertain qui limite l'organisation de nos projets futurs. Nous pouvons dès lors nous interroger quant à l'impact de la situation actuelle sur le développement et le maintien de l'identité (ou du sentiment de Soi de Damasio), qui se remodèle au gré des expériences jalonnant notre histoire personnelle et collective.

En somme, l'ensemble des mesures barrières touche l'être psychomoteur dans ses composantes relationnelles. Cette transformation est principalement due au fait que la situation remanie complètement la place du corps dans la relation. La situation conduit inmanquablement à remanier les paramètres spatio-temporels de notre mise en forme du corps, ou « posturation » (Lesage, 2021) dans la relation.

3. Le contact en temps de pandémie

3.1. Entre menace et besoin

La question du contact est au cœur des préoccupations depuis l'arrivée de la crise sanitaire. Le vocabulaire de la pandémie donne une dimension menaçante au contact, nous pouvons ici penser aux expressions « *cas contact* » ou à *l'haptophobie*.

Torre (2020) attire l'attention sur le fait que, depuis le premier confinement, beaucoup se sont plaints, et à juste titre, du manque de contact social. Le fait de devoir renoncer à nos habitudes sociales a constitué une véritable privation.

Le contact, notamment le contact physique, est pourtant un besoin fondamental de l'être

humain, particulièrement en période difficile.

« Le besoin de contact physique, comme les besoins buccaux, peut s'intensifier au cours des périodes difficiles. Mais, alors que l'on peut satisfaire seul et tout de suite ses désirs buccaux par de la nourriture, du tabac, de l'alcool ou toute autre chose, les désirs de contact physique peuvent difficilement se réaliser sans la participation d'une autre personne » Montagu (1979, p. 128)

Montagu souligne ici que le besoin de contact physique est majoré lors d'une situation anxiogène et ne peut être satisfait sans la relation à l'autre. Pourtant la situation actuelle, dont nous avons montré le caractère anxiogène, conduit à la réduction des contacts physiques entre êtres humains. Prendre de la distance tout en ayant besoin de contact, tel est le dilemme auquel l'être humain est désormais confronté.

3.2. On reste en contact ?

Ces changements dans les paramètres de la relation demandent une certaine adaptabilité et certains ont fait preuve de créativité en trouvant des façons originales de rester en contact avec les autres, notamment par la création et le partage de vidéos amusantes lors du premier confinement.

Le contact à distance ne peut néanmoins remplacer le contact physique, indispensable à la santé mentale et ce, d'autant plus lors d'une situation difficile.

Torre interroge à ce propos : *« Faisons-nous encore société en étant proches à distance, au bout des réseaux sociaux, des terminaux, des masques ou des gestes barrières ? »* (2020, p.348).

L'importance de l'impact de la pandémie et des mesures qui en découlent sur la relation humaine nécessite une importance particulière portée sur la construction de la relation thérapeutique en psychomotricité.

Chapitre 3. La psychomotricité, un métier à tisser du lien.

Il s'agira de présenter la construction de la relation avec Minh et Rose au cours de l'année puis de discuter des outils à disposition du psychomotricien pour nourrir la relation thérapeutique, en lien avec ma clinique. Les médiations utilisées sont définies en annexe VIII.

1. Clinique de la relation avec Minh et Rose

1.1. « Une réponse à mes questions ». Construction avec Minh

Lors de nos deux premiers entretiens, Minh et moi prenons le temps de nous présenter l'un à l'autre. Minh répond volontiers à mes questions, sa posture est orientée vers moi, le contact visuel est bon et j'ai l'impression que lui aussi m'observe attentivement. Il accepte le projet que je lui présente. Dès le début des séances, il se montre curieux et volontaire.

L'installation. Nous réfléchissons ensemble à une façon d'optimiser sa position assise ou allongée. C'est un temps ludique et une certaine complicité s'installe entre nous. Minh n'hésite pas à demander de nombreux coussins sous les jambes et sous les pieds, ainsi qu'une couverture de la couleur de son choix. Ces précautions dans l'installation se font tout au long de l'année, en s'adaptant à ses besoins du jour. Je l'encourage à ne pas hésiter, s'il en ressent le besoin, à ajuster sa position sur le tapis et faire les mouvements dont il a besoin. Je lui dis qu'il peut se sentir libre d'exprimer toute sensation d'inconfort éventuelle. Nous appelons cela notre « *pacte* » et Minh me dit apprécier cette liberté.

Première séance. « *Comme si vous étiez la gardienne* ».

Nous démarrons par une série d'étirements. Minh fait des mouvements amples et montre une certaine aisance gestuelle. Je ne parle pas encore de kinésphère. Une fois qu'il est allongé, je l'invite à une prise de conscience de la position et du contact de son corps sur le tapis et les coussins. Je propose ensuite des séries de contractions de certains membres, suivies de leur relâchement sur la base de la **méthode de Jacobson**. Minh est attentif tout le long et régule son tonus en fonction du degré de contraction demandé.

Nous sommes interrompus par l'ouverture de la porte par un patient de l'HJ à qui je demande de bien vouloir repartir en fermant la porte derrière lui. Je reprends la relaxation auprès de Minh en évoquant la possibilité d'accueillir cette intervention sans qu'elle ne vienne faire éclater la « *bulle* » de la relaxation. Je parle alors de bulle car c'est ce qui me vient à l'esprit pour représenter l'espace que nous créons autour de nous. Je poursuis en maintenant une prosodie propice à la relaxation (un timbre grave, un rythme lent et un volume bas de la voix). Minh ne dit mot et reste allongé. Sa

respiration est régulière et il exécute lentement les mouvements.

Lors de l'entretien, il me dit être habitué depuis sept ans à la relaxation. L'inventaire lui a paru long car il y est accoutumé. Il me propose de raccourcir ce temps et de trouver une image qui « *aille à l'essentiel* », comme « *une vague* » qui parcourt son corps des pieds à la tête. Il me dit avoir pu retrouver rapidement le fil de la séance grâce à ma voix après « *l'intervention intempestive* » et dit qu'elle l'a guidé en intégrant cet événement, « *comme si la bulle n'éclatait pas, comme si vous étiez la gardienne* ». Nous parlons alors du fait que la vie est remplie d'imprévus, et que l'important est de trouver une manière de ne pas les laisser éclater cette bulle.

La relaxation de Jacobson lui a donné l'impression de « *solliciter quelque chose qui était resté longtemps oublié* ». Il me décrit une impression de « *libérer des tensions présentes depuis longtemps et qui vont mettre du temps à partir* ». Il ajoute par ailleurs apprécier l'espace que je laisse entre chaque proposition : « *Je peux prendre mon temps* », me dit-il.

Deuxième séance. « *Comme une oasis dans le désert* ».

Minh me parle de son sentiment d'être pris dans un engrenage. Il a attrapé la COVID-19 en octobre ce qui l'a profondément fatigué pendant une dizaine de jours. Des épisodes d'hyperphagie boulimique s'enchaînent. Il sent les répercussions de l'anxiété sur son sommeil et se lève trop tard à son goût. A la maison, son père fait les choses à sa place et finalement Minh sent n'avoir que peu de contrôle sur les événements. Il me dit qu'il a envie de « *se réapproprier les choses* » ce qui m'inspire ce jour-là une proposition autour de la kinésphère plus approfondie. Je pense alors suggérer de se représenter un espace à soi. Cette suggestion prend la forme d'un travail d'expressivité du corps et j'invite Minh à prendre place dans sa bulle en y déployant son corps par des gestes amples. Je lui explique d'une façon générale le concept de kinésphère et je l'observe investir l'idée en faisant de grands mouvements. M'inspirant de mon expérience des travaux dirigés d'expressivité du corps, je propose de « *nettoyer l'intérieur de la kinésphère* » en coordonnant le mime à la respiration. Il investit les différents plans de l'espace (frontal, sagittal, transversal) et se déplace dans la pièce. Il me dit qu'il visualise la paroi de sa kinésphère, précisant qu'elle est en liège, matière souple, malléable et légère. Je l'observe mimer l'action d'ouvrir grand une fenêtre, comme pour aérer son espace. J'ouvre alors la fenêtre de la salle afin d'accompagner ce geste de sensorialité, par le courant d'air que cela induit.

Lors de notre entretien de fin de séance, Minh dit avoir apprécié, « *surtout en période de confinement, cette proposition de kinésphère* ». Nous sommes alors en période de second confinement. Il dit avoir reçu cette proposition « *comme une oasis dans un désert* ».

Troisième séance. « *Un contact humain en ces temps de pandémie* ».

Minh arrive dans un état de fatigue important et décrit une sensation de faiblesse musculaire. Il ressent une forte culpabilité dans le fait de se lever tard et de faire peu de choses. Devant ces signes d'anxiété, je pense à une séance avec toucher thérapeutique et lui demande son autorisation. Il accepte volontiers, m'expliquant qu'il y est habitué grâce aux séances de relaxation du vendredi. Je m'inspire de la méthode de relaxation de Wintrebert et de l'étape de mobilisation passive.

Pendant l'inventaire des appuis, j'observe son état de tension par le froncement de ses sourcils, la fermeture de ses mains et sa respiration irrégulière. Je me place au niveau de son bras droit et applique une main sur son épaule, l'autre sur sa main afin d'établir un premier contact. Je parle doucement en posant ma voix et l'invite à se concentrer sur les sensations (température des mains, leur appui, leur surface, la distance entre elles). Je procède ensuite aux mouvements passifs de la main et remarque une résistance (hypertonie). Au niveau du bras j'observe une participation tonique qui s'estompe ensuite. Avant de poursuivre, je l'invite à percevoir les sensations laissées par le contact, éventuellement la différence entre les deux bras. Je me déplace derrière lui et applique les mains de part et d'autre du crâne. Après un contact de quelques instants, je procède à des mouvements de lissage du bout des doigts sur le front et des mouvements circulaires sur les tempes. Par moment je parle doucement afin d'accompagner Minh dans la mise en sens des éprouvés. Je perçois la tension des muscles sous mes doigts, mais sa respiration commence à se faire plus régulière. Puis j'effectue de lentes mobilisations du crâne de gauche à droite et relève une participation qui s'atténue progressivement jusqu'à disparaître. Lorsque j'effectue les mouvements d'avant et arrière, il m'indique qu'il a mal au niveau de la nuque, je m'adapte donc et cesse ses mouvements pour reprendre ceux de gauche à droite.

Je procède ensuite à des appuis au niveau de la nuque et des épaules, lui parlant de « *pattes de chat* » (toucher-massage de Savatofsi), avant de poursuivre les mouvements passifs des membres. Je termine par un temps d'intégration des sensations dans l'immobilité puis une lente reprise du mouvement.

Concernant l'ensemble des contacts, Minh dit ceci : « *Ça m'a fait du bien, surtout un contact humain en ces temps de pandémie, un contact attentionné* ». A propos des appuis, il me dit que j'aurai pu y aller plus « *fort* » au niveau des épaules. Il est vrai que je n'ai pas osé appliquer plus de force car je craignais que ce soit douloureux, je constaterai par la suite que Minh a, au contraire, envie d'un contact appuyé.

Quatrième séance : « *Besoin d'ancrage pour ne pas disperser mon énergie* »

Minh dit aller bien et avoir bien commencé la journée, mais qu'il lui suffit de pas grand-chose pour ébranler ce calme. Il dit avoir besoin d'ancrage pour ne pas « *dispenser* » son énergie. Lors de l'inventaire des appuis, j'insiste sur la conscience des sensations puis propose des images qui évoquent

l'ancrage (un chemin de forêt, un arbre à imaginer). Puis je procède aux mobilisations passives et empreintes de mes mains.

Minh a ressenti ces appuis grâce aux moelleux des coussins « *rentrant en harmonie avec le corps* » en épousant le contour des jambes, m'a-t-il expliqué. Cependant les suggestions autour de l'ancrage l'ont détourné des sensations. Minh me dit s'être « *égaré, emporté dans les pensées* », mais ne m'en dit pas plus concernant leur contenu. Les mobilisations l'ont en revanche ramené à la sensation et Minh se dit être « *vraiment détendu* », ajoutant que « *c'est un état d'esprit de détente pas connu depuis un moment, surtout les petits mouvements au niveau du front* ».

Cinquième séance « *Une réponse à mes questions* »

Minh ressent une sensation d'inconfort au niveau des mains du fait de son eczéma. Ses mains s'assèchent et sont constamment fermées. Je lui demande s'il lui arrive de se masser les mains lorsqu'il applique la crème conseillée par sa dermatologue. Il me répond que non. Nous discutons ensemble de l'intérêt de se masser les mains et de profiter de l'occasion d'appliquer la crème pour le faire. Je lui propose que nous prenions un temps pour le faire s'il le souhaite. A ce moment-là, je pense qu'il est encore tôt pour proposer quelque chose autour de l'auto-contact et qu'il est plus opportun de faire les choses progressivement, c'est pourquoi je propose de le faire moi-même. A sa demande, je poursuis par des mobilisations des doigts et des poignets. Sa peau est rugueuse sous mes doigts et je perçois son hypertonie par de fortes résistances dans les mouvements passifs. La séance se poursuit par les mobilisations des membres supérieurs et de la tête. J'effectue les pattes de chat avec un appui plus fort.

Minh dit apprécier cet échange entre nous qu'il conçoit comme un « *vrai dialogue thérapeutique, une réponse à mes questions* », quelque chose qui est « *construit à deux* ».

Sixième séance « *Un bon point d'amorce* ».

« *Le dos, et particulièrement sa partie supérieure, est le terrain favori des tracas quotidiens, stress, émotions contenues qui s'y nichent sous forme de tensions* » (Savatofski, 2002, p. 38)

Minh décrit des courbatures dès le réveil. Il se sent fatigué et a particulièrement mal au dos. La position allongée sur le dos est inconfortable, malgré le soin que nous mettons dans l'installation. Je pense alors à une proposition d'eutonie qui se fait à deux. Elle consiste à appliquer une balle de tennis sur le dos de l'autre. Je propose à Minh d'essayer. Il accepte. Je l'invite à s'installer en décubitus ventral. Je commence par des mouvements circulaires et encourage Minh à me guider dans le parcours, les mouvements, et l'intensité de l'appui. La tension descend un peu et Minh peut s'allonger sur le dos, les jambes posées comme d'habitude sur des coussins. Je poursuis avec les mobilisations passives des mains, des bras et les empreintes sur les épaules.

L'usage de la balle de tennis lui a semblé être un « *bon point d'amorce* ». Il aurait aimé que les mouvements soient larges au niveau du dos. Il développe sa conscience corporelle, est à l'écoute de ses besoins et investit les séances. Il me dit apprécier avoir « *un temps pour soi* ».

Septième séance « *On a su mettre le doigt sur le point de tension* ».

Toujours des courbatures dès le réveil. Il dit se sentir mal dans son corps car il a pris du poids. Ce jour-là, lors de l'inventaire des appuis, je constate des signes de malaise : son corps se tend, ses sourcils se froncent et sa respiration est courte. Je m'approche doucement et lui demande à voix basse comment il se sent. Il me dit qu'il est mal à l'aise. Je propose de poursuivre avec un contact tactile par les mobilisations et empreintes. Il acquiesce, dans un souffle. J'applique alors doucement les mains sur son crâne, le visage puis les épaules. Je l'accompagne de ma voix qui se veut enveloppante et rassurante. Minh me dit qu'il a mal à la nuque. Je perçois effectivement de fortes tensions sous mes doigts. Il me guide dans l'application du toucher et des empreintes sur cette zone, puis je procède aux mobilisations passives.

Alors que nous nous étions jusque-là essentiellement concentrés sur les membres supérieurs et la tête, je suggère une mobilisation des jambes avec un foulard. Minh se montre curieux, trouve les balancements amusants et me demande une plus grande amplitude de mouvement. J'observe son corps se décontracter. Sa voix est posée. Nous explorons, complices et curieux, cette procédure de la relaxation de Wintrebert.

« *On a vraiment approché et touché le point sensible de la nuque. On a su mettre le doigt sur le point de tension. C'est une grande satisfaction* ». Minh dit être sensible à cet échange. « *Dialoguer, dit-il, me permet de me reconnecter avec mon corps* ». Ce contact, guidé par ses paroles, l'aide à prendre connaissance de son histoire : « *Y a une information qui circule, cette partie de mon corps ne va pas bien et a été maltraitée, comme une peinture qui finit par s'écailler parce qu'on ne l'a pas entretenue* ». Minh parvient à s'autoriser quelque chose de l'ordre du plaisir du corps. Ce jour-là, ces mots sont particulièrement imagés. Minh me parle de « *maïeutique* », m'expliquant qu'il a l'impression que ces échanges en séance permettent « *d'accoucher d'une meilleure conscience de mon corps, comme une renaissance* » et d'en « *redécouvrir l'existence* », « *comme si j'en prenais soin* ».

Cheminement dans mon projet thérapeutique.

Le deuxième confinement est terminé et Minh vit de nouveau seul chez lui. En janvier, il dit éprouver de la solitude et de l'ennui et se sent « *souvent en passivité* » dans son quotidien.

A ce moment-là de l'année, la question de la passivité commence à m'interpeller. D'une part, je l'imagine dans le sentiment que l'on peut ressentir face à des préconisations sanitaires régulièrement réévaluées par les autorités. D'autre part, je me questionne quant à la situation de «

maternage » qui s'installe entre Minh et moi. Une certaine passivité s'installe. Or, la démarche psychomotrice telle que je la conçois tend, au contraire, à accompagner le patient vers une certaine autonomie. De plus, le contexte sanitaire me fait penser qu'il est important d'accompagner les patients à se constituer une ressource d'outils pour faire à un reconfinement. Je pense à l'auto-contact comme perspective pour être plus autonome dans la relaxation.

Lors d'une réunion d'équipe au mois de janvier, les psychomotriciens suggèrent la création d'un petit groupe que je pourrai conduire. L'idée est de lutter contre l'isolement et de permettre des temps de partage autour des ressentis corporels, dans une relation valorisante. Après concertation, je propose à Minh, Loïc et Morgane des séances d'eutonie.

Huitième et dernière séance en individuel. « *Ramener du lien, ça répond à un besoin et un manque* »

J'explique à Minh l'évolution des modalités de séance envisagée en équipe et lui demande ce qu'il en pense. Il me dit apprécier l'intimité de l'échange des séances individuelles mais que cette proposition de groupe vient répondre à « *un besoin et un manque* » en ramenant du lien. Il ajoute qu'il s'agit pour lui d'une recherche « *d'un lien de qualité* ». Il accepte donc.

Nous continuons la séance comme à notre habitude, par un inventaire des appuis puis des empreintes et mobilisations passives. Ce jour-là, Minh ressent une sensation désagréable de fourmillement dans le bras gauche lorsque je le mobilise, à tel point qu'il me demande d'arrêter. La fin de la séance se fait par un temps de relaxation sans contact tactile, impliquant le contrôle de la respiration.

Concernant la sensation de fourmillement, Minh dit que, même si c'était inconfortable, cela lui permet de connaître quelles parties de son corps sont les plus sensibles. « *Je sens un approfondissement* » dans la conscience corporelle.

Séances en groupe. « *Le refuge* »

Minh ne pourra être présent qu'à trois séances avec des semaines d'absence entre chaque. Je vais décrire ces trois séances et illustrer mon propos concernant l'utilisation de l'eutonie par des informations issues de l'ouvrage de Brieghel-Müller (1979).

Première séance. Le « *rebond* »

Minh est présent lors de la toute première séance d'eutonie. Je présente aux patients le cadre spatio-temporel et rappelle les raisons de la constitution du groupe. D'emblée, je leur précise qu'il s'agit d'un temps et d'un lieu qui leur sont consacrés, l'idée étant de trouver un espace et un temps pour soi bien que partagé en groupe. Je leur présente l'eutonie de façon générale en commençant par

quelques définitions. Ils sont attentifs, leur gestuelle est réservée mais le contact visuel est bon. Ils rient à quelques traits d'humour et l'atmosphère se détend un peu. Après quelques étirements, nous nous asseyons et je présente les objets médiateurs. Nous n'utilisons que la balle de tennis pour commencer. L'exploration est globale et je propose différentes actions à explorer à leur rythme : faire rouler, faire rebondir, appuyer la balle, faire des mouvements circulaires, frotter la balle sur soi, etc... Chacun d'eux est intériorisé, peu de mots sont échangés mais j'ai précisé qu'ils pouvaient prendre la parole ou bien garder le silence comme ils le souhaitent. Lorsque nous arrivons au niveau du dos, je vois Minh s'allonger sur sa balle en décubitus dorsal et bouger pour la faire rouler sous son dos. Il investit l'objet et se montre d'emblée très créatif dans son exploration.

Lors de l'échange, nous sommes en cercle, assis sur un tapis. Je fais un résumé de la séance et les invite, s'ils le souhaitent, à partager leur ressenti. Devant leur silence, je propose de choisir au moins un mot qui illustrerait leur impression. Minh choisit « rebond », pour évoquer l'action avec la balle qui lui a procuré le plus de sensations. Nous nous quittons sur un geste de salutation qui deviendra notre rituel, suivi du remerciement, mentalement ou à voix haute, de soi-même. Ils s'amusent de ce dernier point.

Deuxième séance. « Une chaleur humaine »

Je remarque que les patients semblent tous trois fatigués, chose qu'ils me confirment lorsque je les interroge. Je commence donc par une phase d'immobilité sur le tapis et précise la possibilité de changer de position ou de s'étirer si besoin. En eutonie, le premier enjeu est de percevoir ses schémas de tensions avant de chercher à agir sur eux. Elle considère l'*inactivité* comme un état qui offre aux muscles le repos dont ils ont besoin pour mieux fonctionner dans le mouvement. Pendant cette étape, je leur lis certains passages du livre de Brieghel-Müller (1979) où il est question de l'état de passivité recherché en eutonie. Je les invite non pas à forcément m'écouter mais plutôt à se laisser bercer par ma voix. En eutonie, la passivité se comprend comme un état d'inaction choisi et maintenu volontairement. « *Pour avoir une maîtrise complète de son corps, il est en outre nécessaire de savoir être actif et passif à volonté* » (p. 9). La passivité ne s'entend pas comme un abandon de la volonté, au contraire. « *La décontraction musculaire bien comprise renforce la volonté au lieu de l'affaiblir.* » (*Ibid.*).

La respiration de Minh se fait régulière, les traits de son front sont lisses. Ses jambes reposent sur plusieurs coussins.

La suite se passe assis et chacun est invité à utiliser une balle puis des baguettes et l'exploration est libre. Je guide de simples propositions d'actions. Minh s'investit de manière autonome. Il utilise une chaussette dans laquelle il place une balle de tennis qu'il fait bondir sur ses jambes et sur son dos. Il prend ensuite des baguettes de différentes épaisseurs et procède à des

percussions corporelles. Il est attentif à ce qu'il fait, je ne perçois aucune auto-agressivité dans son comportement. Il dit que cela l'aide à lâcher-prise, qu'il arrive à « *diriger l'attention sans effort* » et que cela soulage des tensions dans des zones inaccessibles.

La suite consiste en des étirements debout. Ce faisant, Minh déploie son corps en faisant d'amples mouvements.

Ce jour-là Minh dit que la douleur du dos a été présente tout le long mais que la phase de mouvement l'a aidé à relâcher des tensions. Il ressent ce groupe comme un « *refuge* » et dit se sentir « *en sécurité* », ressentir « *une chaleur humaine* ». Il met des mots sur ses sensations en soulignant avoir apprécié que la lumière soit douce, que la voix soit posée. Lors du rituel, il se dit merci à voix haute, ce qui encourage les autres patients à le faire. Il réitère son remerciement avec encore plus d'assurance en tapant du pied, suivi par les deux autres, et nous rions tous ensemble avant qu'ils ne quittent la séance.

Troisième séance. « *Un soulagement* »

Minh est plus réservé. Cela fait quelques jours qu'il parle à l'équipe de l'HJ de son souhait d'entrer en maison de repos. Lors de la phase d'immobilité, je constate son inconfort dans ses nombreux mouvements et changements de position. Ses sourcils sont froncés, sa respiration est courte. Je propose au groupe de s'asseoir et de poursuivre par le passage de la balle sur le corps, en recherchant un parcours global. Je m'approche de Minh et l'interroge sur ses sensations. Il me décrit d'importantes douleurs au niveau du dos. J'envisage alors de reprendre la proposition d'eutonnie que nous avons faite à deux, lors de notre sixième séance. J'hésite. Comment accueillir cette attention particulière ? Je constate que Loïc et Morgane sont investis et appliqués dans leur exploration d'eutonnie. Minh accepte le contact. Sa voix semble entravée. Je me place derrière lui, puis exprime à voix haute la possibilité d'adapter les propositions en fonction de ce que chacun apporte ce jour-là. Je demande si l'un d'entre eux à une douleur ou une gêne particulière au niveau du dos et souhaiterait que je vienne faire de même que pour Minh sur qui je fais rouler la balle. Morgane, qui a souvent mal au dos, s'autorise à me le demander, Loïc dit que pour lui, ça va. Minh est assis devant moi. Je l'invite à me guider. Il reste silencieux tout le long. Je fais des mouvements circulaires de la balle sur tout le dos puis, après avoir réchauffé mes mains, je les applique par-dessus son pull et annonce que je vais faire les « *pattes de chat* », il me répond « *miaou* ». Il semble se détendre et me dit que ça lui fait du bien. Ce faisant, j'essaie de trouver un moyen d'être présente également pour les autres patients. Je m'enquiers de leurs impressions et sensations. Ils répondent posément que ça va. Je vais ensuite auprès de Morgane. Finalement, cette attention particulière a été accueillie par le groupe sans qu'il y ait de remarques ou manifestations particulières. A la fin, Minh partagera à l'ensemble du groupe que la séance a constitué un moment de « *soulagement* ».

Conclusion.

Tout compte fait, Minh aura été celui qui a le plus verbalisé autour de ses ressentis, ce qui semblait d'ailleurs encourager les autres à prendre la parole. Il a investi les propositions de manière autonome et créative jusqu'à la dernière séance où son anxiété était trop forte. Nous voyons dans une certaine mesure, comment le groupe, au fil des séances, a commencé à établir une relation de confiance et a soutenu le partage autour des sensations et impressions. Il gagne en aisance dans sa façon de se remercier et de dire au revoir par un geste choisi. Son enthousiasme a porté le groupe, teintant de bonne humeur les séances auxquelles il a participé.

Minh est parti peu de temps après en maison de repos. Nous avons pris le temps de nous dire au revoir dans le bureau, au rez-de-chaussée. Je l'ai remercié de son investissement. Comme à son habitude, Minh a fait preuve d'humour pendant la conversation mais m'avoua à la fin qu'il se considère comme un « *clown triste* ».

1.2. « *Le vendredi c'est ma journée* ». Construction avec Rose

Je rencontre Rose pour la première fois en septembre 2020. Elle accepte le projet thérapeutique que je lui propose.

Installation : Pendant les premières séances je disposais moi-même le coussin et le volume sous le corps de Rose. Ma maître de stage m'a alors conseillé de lui laisser plus d'autonomie et qu'elle procède d'elle-même à son installation. Rose est appliquée et attentive à son confort.

Première séance. « *Ça se relâchait* »

Alors qu'elle est allongée sur le dos, j'invite Rose à prendre conscience de ses points de contact avec le tapis, le coussin et le volume. Puis je m'approche et démarre le parcours de la balle et de mes mains sur son corps. Sa respiration est calme, j'observe des mouvements palpébraux qui s'atténuent progressivement.

Rose me dit apprécier le passage de la balle, surtout quand celui-ci est appuyé. Elle me dit avoir senti la chaleur de mes mains, particulièrement au niveau des pieds puis ajoute avoir senti, au niveau des tensions, que « *ça se relâchait* » globalement.

Deuxième séance. « *Le vendredi c'est ma journée* »

Je procède de la même façon et Rose me dit ensuite que les sensations de la balle à picots ont été plus prégnantes au niveau des mains et du thorax. Elle discrimine les endroits où elle apprécie particulièrement le contact, notamment le crâne.

Ce jour-là elle nous dit cette phrase qu'elle répétera à plusieurs reprises dans l'année : « *Le vendredi c'est ma journée* ». Elle trouve que cela lui fait du bien et que ce jour-là de la semaine est un moment pour elle, où elle se détend.

Troisième séance. Une « bulle »

Rose a senti une sensation globale et harmonieuse, comme une « bulle » autour d'elle.

Quatrième séance. « Vos mains me disent t'inquiète pas, ça va aller »

Rose ressent des sensations différentes selon si c'est la balle ou bien les mains qui parcourent son corps. Elle dit que la balle la masse et la « dynamise », tandis que le passage de mes mains est associé à une sensation de réconfort : « *Vos mains me disent t'inquiète pas, ça va aller* ». Elle ressent de nouveau une sensation de relâchement dans son corps avec le poids qui se dépose. Elle répète que le vendredi est une journée pour elle, et que mari et fils sont au courant : « *il ne faut pas trop m'en demander ce jour-là de la semaine !* »

Cinquième séance. Une voix « constante »

Rose parle de l'actualité. Elle dit prendre de la distance par rapport aux événements de l'actualité. Une lombalgie commence à la gêner.

À la suite des propositions, elle dit que la balle la stimule, précisant qu'elle ne le perçoit pas comme une stimulation agressive, « *car elle est molle* », tandis que mes mains l'apaisent. Elle trouve que l'association balle et mains est complémentaire. Rose dit apprécier ma voix qu'elle trouve « *constante* ».

Ce jour-là, Rose fait remarquer qu'elle a senti le passage de la balle sur le côté droit de sa cicatrice : « *Ça fait du bien* » dit-elle. Elle évoque son opération qu'elle regrette beaucoup. Nous décidons ensemble d'inclure la cicatrice dans le parcours pour la prochaine fois.

Sixième séance. « La balle dynamise, vos mains me protègent »

Rose parle de son mari qui ne respecte pas les gestes barrières au travail. Elle s'inquiète de tomber malade et lui demande de « *ne pas ramener la COVID à la maison* ».

Lors de la séance, j'inclus comme convenu la zone de son abdomen où se trouve sa cicatrice. Je m'applique à effectuer divers mouvements en l'invitant à se concentrer sur les sensations. Je lui dis aussi qu'elle peut se sentir libre de me guider si besoin.

Elle dit par la suite avoir senti, au niveau de l'abdomen, comme une tension qui se relâche : « *ça fait du bien* ». Ce jour-là, je n'ose pas encore appliquer mes mains et Rose exprime le fait qu'elle aurait souhaité que je le fasse. Elle a d'ailleurs posé ses propres mains sur son abdomen après le

passage de la balle. Cet auto-contact peut se penser comme un geste de réassurance et de réconfort. Elle me dit : « *la balle dynamise, vos mains me protègent* ». Elle reparle de son opération qu'elle regrette. Ma maître de stage la rassure en lui rappelant que cette décision était mûrement réfléchie au regard de son état de santé qui l'inquiétait.

Septième séance. « *Les mains dynamisent* »

Sur conseil de ma maître de stage, je commence à introduire quelques phrases pour amener du sens à ce que je fais au niveau de sa cicatrice : « *Vous pouvez imaginer que les organes se relâchent* ». Il s'agit d'étayer verbalement les éprouvés corporels à ce niveau. Cette fois-ci, j'applique mes mains sur son abdomen, par-dessus son vêtement, et procède à des mouvements de lissage, des *pattes de chat* et des mouvements circulaires.

A la suite des propositions, Rose dit « *impeccable* » et ajoute apprécier davantage le passage des mains sur la cicatrice que celui de la balle. Les mains lui ont donné cette fois, l'impression de dynamiser et de raffermir la peau, surtout le mouvement de lissage. Elle arrive à ne plus penser à rien lorsque j'applique le toucher au niveau du crâne et du visage. Nous parlons ensuite toutes trois de l'image du corps. Rose dit que son ventre lui paraît « *flasque* », qu'elle aimerait pouvoir mettre des vêtements plus ajustés. Elle fait le lien avec un idéal du ventre plat qu'elle se fait, d'après les images de mode des magazines et émissions télévisées.

Huitième séance. « *C'est vrai qu'on n'y pense pas à se masser !* »

Rose nous dit que le deuxième confinement ne l'affecte pas trop, qu'elle « *lâche prise* ».

Après le contact thérapeutique, Rose décrit s'être sentie « *toute légère* » et s'être « *envolée* ». Elle dit que chaque vendredi elle ressent les effets de la relaxation perdurer au cours de la journée et répète que le vendredi, c'est sa journée. C'est encore le lissage au niveau de sa cicatrice qu'elle dit apprécier le plus. Elle explique qu'habituellement, elle ressent une sensation d'inconfort à ce niveau mais qu'aujourd'hui, elle ne la sentait pas.

Ce jour-là, nous prévenons Rose qu'il n'y aura pas de séance la semaine prochaine. Je l'invite alors, en précisant qu'il n'y a aucune obligation, à explorer les sensations du contact de ses propres mains par un automassage. « *C'est vrai qu'on n'y pense pas à se masser !* » dit-elle.

Neuvième séance. « *Ça m'a fait du bien* ».

Rose raconte s'être allongée chez elle et avoir procédé aux mouvements d'empreintes et de lissage, au niveau des deux bras, des mains, de la tête, des cuisses et de sa cicatrice : « *ça m'a fait du*

bien ». Elle a pu ressentir la sensation d'une peau lissée au niveau de sa cicatrice mais ajoute que toutefois, les effets ont été moins évidents que lorsque je le fais. Je reprends ensuite les mêmes propositions qu'auparavant.

Rose dit que cette fois, elle a ressenti un inconfort voire une douleur au milieu de sa cicatrice. Elle explique que quelqu'un, à l'hôpital, lui aurait dit que c'est précisément à cet endroit que le chirurgien « *a insisté* ». Ma maître de stage lui demande ce qu'il s'est passé pour elle lorsque je suis venue à cet endroit précisément. Après un temps de réflexion, Rose dit qu'il y a des jours où sa cicatrice lui « *pèse* » et la gêne. Concernant le reste des sensations, Rose identifie des endroits plus frais (le visage, les bras) et d'autres plus chauds (les jambes). Elle a la sensation d'être plus tonique au niveau des jambes que des bras. Sa conscience corporelle s'affine et Rose discrimine des schémas de tension différents selon les zones du corps.

Dixième séance. « *Y a une signification dans la couleur de la balle ?* »

Rose nous dit qu'elle va bien. En fait, ses proches vont bien donc elle va bien précise-t-elle. Elle est cependant attristée du fait de ne pas pouvoir voir ses nièces à Noël. C'est le premier Noël sans elles et cela lui remémore sa sœur défunte.

Après les propositions, Rose dit s'est sentie légère globalement, et qu'elle n'a pas senti de gêne à sa cicatrice. Avant de partir, elle demande à ma maître de stage s'il y a une signification dans le choix de la couleur de la balle (Rose a le choix entre le rouge et le vert et choisit ce jour-là la balle rouge). Ma maître de stage lui demande ce que le rouge représente pour elle et, après un temps de réflexions, Rose finit par expliquer que le rouge lui fait penser aux fleurs qu'elle dépose sur la tombe de sa sœur. Le travail de symbolisation est fort ce jour-là, d'autant plus que les fêtes de fin d'année approchent et l'attristent.

Onzième séance. « *C'est pas pareil* »

Rose dit aller bien. Elle a passé le Nouvel An seule mais l'a vécu comme une opportunité de s'écouter dans ses envies. Elle a procédé aux empreintes par auto-contact afin de se relaxer, mais dit que « *c'est pas pareil* » que lorsque je le fais, que les sensations sont moins prégnantes. Ce jour-là, Rose dit s'être habillée exprès pour faciliter le passage sur sa cicatrice. Rose exprime avoir été sensible à la fraîcheur de mes mains sur le corps. Elle décrit un sentiment de détente sous son aspect psychique en expliquant n'avoir pensé à rien.

Douzième séance. « *Ça traîne en longueur* »

Rose nous parle beaucoup de l'actualité sanitaire et trouve que « *ça traîne en longueur* ». Elle ajoute toutefois ne pas être angoissée car elle et ses proches vont bien : « *pas de COVID, même pas*

un rhume ! ». Elle apprécie de nouveau la fraîcheur des mains et précise qu'elle ressent davantage la détente dans le haut du corps que le bas. La balle la dynamise, ajoute-t-elle.

Treizième séance. Du contact...

Rose est loin dans la liste d'attente pour la vaccination contre la COVID-19, mais elle ne s'inquiète pas trop car elle ne prend pas de risque et sort peu.

Ce jour-là, Rose dit ne pas ressentir les mêmes sensations que d'habitude. Elle explique sentir davantage la légèreté qu'un sentiment de protection et fait le lien avec le fait qu'elle se sent moins stressée ces derniers temps. Elle pense qu'elle a peut-être moins besoin d'être rassurée. Je relève des auto-contacts pendant la séance et Rose place ses mains sur son abdomen. Elle se masse les mains un instant avant la reprise du mouvement. Je pense alors qu'il est peut-être temps de faire évoluer le projet thérapeutique en proposant un temps d'auto-contact la prochaine fois. Rose approuve cette suggestion.

Quatorzième séance. A l'auto-contact.

Je guide le temps d'auto-contact avant de poursuivre par le contact habituel. Rose est assise, a fermé les yeux d'elle-même et s'applique, procédant à des mouvements de lissage et de pétrissage de ses mains sur ses bras, sa cicatrice, puis ses jambes et enfin ses pieds. Elle prend son temps et insiste particulièrement au niveau de la nuque. Elle dira ensuite que cela lui a fait particulièrement du bien à ce niveau, car elle se sentait tendue.

Nous poursuivons par le contact habituel des mains et de la balle. Après cela Rose dit se sentir relâchée. Elle raconte qu'elle procède chez elle à des mouvements de lissage sur sa cicatrice lorsqu'elle passe de la crème dessus. Elle relève qu'elle a perdu du poids, ce qui semble lui faire plaisir. Rose ne vient pas la fois suivante à cause d'une suspicion de contamination par le coronavirus. Finalement le test s'est révélé négatif mais Rose a été malade une semaine.

Quinzième séance. « Unifier les sensations sur tout le corps »

Rose arrive souriante. Elle est soulagée de ne pas avoir attrapé la COVID-19 et est contente de pouvoir se faire vacciner dans la journée. Ce jour-là, je concentre la séance sur l'auto-contact seulement. Nous sommes assises l'une en face de l'autre et reprenons le parcours habituel. Ce faisant, Rose est attentive à ce qu'elle fait et ne suit pas vraiment le parcours que je décris à voix haute, elle est intériorisée sur ses sensations et c'est encourageant.

Rose exprime ensuite sentir que ce parcours vient « unifier les sensations sur tout le corps » et qu'elle sent les tensions se relâcher.

Seizième séance. « *Mon corps a pris un coup de vieux* ».

Ce jour-là, Rose ne se sent pas bien moralement. Ses soucis de santé s'accumulent. Le fait d'avoir été malade dans le mois, sa vue qui baisse et qu'elle relie au diabète, et son mal de dos font qu'elle sent que son corps « *a pris un coup de vieux* ».

Par ailleurs, elle trouve que le délai avant la seconde injection de vaccin contre la COVID-19 est long et cela l'inquiète. Ma maître de stage la rassure, mais les préoccupations autour de la mort sont très présentes. Rose détaille les précautions qu'elle prend avec son mari afin qu'elle puisse être enterrée selon ses souhaits. Elle s'inquiète d'un conflit qu'il pourrait y avoir, à sa mort, entre son mari et ses frères. Rose pleure sous le coup de l'émotion. Elle nous dit que ce n'est pas de la maladie dont elle a peur mais de la douleur. Peut-être que cette crainte est en partie due aux interventions douloureuses qu'elle a subies à l'hôpital.

Sur conseil de ma maître de stage, j'oriente la séance vers un contact de mes mains seulement, afin de venir apporter contenance et réassurance. Le toucher se fait à pleine paume, lentement et de manière appuyée. Rose verbalise ensuite que cela lui a fait du bien. Elle a senti davantage de chaleur au niveau de mes mains que d'habitude. Elle explique que les gestes dits d'*empaument* lui ont procuré la sensation d'être enveloppée.

Rose confie de nouveau qu'elle trouve le temps long, rappelant que cela fait quasiment un an passé sans activité. Elle regrette ses sorties à la piscine et son activité de bénévolat au Secours Populaire. Elle confie souffrir de la solitude et qu'elle a pourtant « fait le tour » des gens avec qui elle pourrait faire quelque chose, ne trouvant personne à part sa voisine âgée.

Dix-septième séance. « *Envie de retrouver ma bulle* »

Rose va un peu mieux depuis qu'elle a vu son psychiatre. Elle se sent toutefois « *lasse, fatiguée* ». Elle n'est plus trop inquiète mais n'a plus envie de rien. Elle reparle de la solitude qui lui pèse. Son mari est très peu présent mais, étant donné leur relation, elle se demande si au final elle ne préfère pas cela. Ces informations peuvent évoquer des symptômes de dépression et d'anxiété COVID-19 (Nasio, 2021), notamment l'angoisse liée à l'isolement et au fait d'être quotidiennement en présence de la même personne. Ce jour-là, Rose demande une séance sans contact physique, exprimant son souhait de retrouver sa « *bulle* » et d'entendre ma voix.

J'insiste sur l'inventaire des appuis accompagné d'inductions. Celles-ci consistent à porter son attention sur chaque zone du corps en imaginant que les muscles se relâchent. Cette attention particulière au système musculaire vient s'inscrire dans une continuité avec les propositions habituelles. Les mouvements de mes mains viennent contacter le système musculaire. Ici, il s'agit de contacter à distance ce système, par sa représentation mentale.

Rose exprime avoir senti que le corps se relâchait, particulièrement au niveau des épaules.

Elle se sent moins lasse. Elle ajoute qu'elle aurait cependant aimé « *voyager* » et souhaité que j'aie recours à des images d'eau pour accompagner la détente. Elle explique qu'elle dispose d'une « *large palette de points d'eau* » grâce aux nombreux voyages qu'elle a faits.

Ma maître de stage l'interroge alors sur la possibilité qu'il s'agisse peut-être d'une façon de ne pas se centrer sur soi, alors qu'elle est invitée à être attentive aux sensations du corps. « *Je vois mal l'intérêt de me centrer sur moi* » reconnaît-elle, expliquant qu'elle a abordé ce sujet avec son psychiatre récemment.

Dix-huitième séance. « *T'inquiète pas, ça va aller, dans la vie et pour tout le reste* »

Rose ne va pas très bien. Elle a parlé à son psychiatre de son histoire d'enfance et nous dit que ça lui fait du bien et du mal à la fois de parler d'elle. Elle demande une relaxation au sol, avec des contacts de mes mains. J'effectue le parcours habituel sans la balle. Sa respiration, qui était courte, devient plus lente et régulière et les mouvements palpébraux s'estompent peu à peu. Après avoir pris sa main pour y appliquer des empreintes, celle-ci reste quelques instants en suspension. Il s'agit d'une paratonie de fond. Elle peut être reliée à un contexte émotionnel fort.

Lors de la verbalisation, Rose choisit avec soin ses mots et dit que le contact avec mes mains l'a « *réconfortée* » et non « *apaisée* ». La chaleur de mes mains lui a fait du bien, dit-elle, et elle dit que mes mains lui donnent l'impression de dire ceci : « *T'inquiète pas, ça va aller, dans la vie et pour tout le reste* ».

Rose dit ensuite que fermer les yeux l'aide beaucoup et qu'elle y a recours chaque fois qu'elle a besoin de se détendre. Après un instant de silence, elle ajoute qu'en fait, elle trouve qu'elle n'a pas assez de force pour se « *confronter aux choses* ». Elle explique avec tristesse qu'il y a quelques jours, son frère n'est pas venu la voir comme prévu. Cela lui a fait beaucoup de peine. Etayée par ma maître de stage, elle dit ressentir un sentiment d'abandon.

Dix-neuvième séance. « *Légèreté* »

Rose annonce qu'elle se sent moins triste. Elle a passé des radios qui ont révélé une scoliose convexe gauche au niveau de L4-L5. Elle a un traitement anti-inflammatoire et va faire des séances de kinésithérapie et d'ostéopathie. La relaxation se déroule selon la trame précédente.

Rose exprime ressentir un sentiment de « *légèreté* » accompagnant la détente du corps. Cependant elle change de sujet pour parler de ses inquiétudes envers les autres. J'essaie d'accueillir ses verbalisations tout en essayant de ramener son attention sur ses sensations.

Vingtième séance. « *Comme un abri* »

Rose parle de l'actualité sanitaire. Elle s'estime chanceuse d'habiter en France : « *on a de la*

chance » dit-elle, par rapport à d'autres endroits du monde. Rose est sensible à certaines images de l'actualité mondiale. Son fils a récemment eu des symptômes de la COVID-19 mais finalement il est négatif au test, ce qui la rassure. La situation sanitaire reste présente dans ses pensées bien que Rose nous dise ne pas être angoissée.

Rose a eu froid aux bras et à la tête car mes mains étaient fraîches, explique-t-elle, puis elle s'est réchauffée lorsque je suis arrivée au niveau de l'abdomen. Elle remarque qu'aujourd'hui, lorsque j'ai lissé de mes doigts la zone au-dessus des sourcils, cela formait « *comme un abri* » et explique qu'elle aime bien protéger ses yeux de la lumière, que ça la rassure.

Vingt-et-unième séance. « *Ce n'est pas pareil quand je le fais-moi* »

Rose demande une musique douce pour accompagner ma voix et je procède ensuite aux contacts habituels de mes mains. J'insiste au niveau du front par un appui de quelques instants entre les sourcils, chose que Rose dit apprécier en expliquant qu'elle le fait d'elle-même : « *Ce n'est pas pareil quand je le fais-moi* », remarque-t-elle.

Elle raconte qu'elle essaie de se relaxer chez elle, notamment avec les supports que ma maître de stage lui a envoyés par mail, mais qu'elle ne parvient pas à se détendre autant que lorsqu'elle vient.

Conclusion.

Rose a investi les séances tout au long de l'année. Sa conscience corporelle s'affine, elle discrimine les endroits qui, selon elle, ont besoin d'être contactés physiquement et apprend à exprimer ses envies concernant son corps. Elle est attentive aux sensations et arrive à symboliser les éprouvés corporels en mettant du sens dessus. Les contacts thérapeutiques, quelle que soit leur nature, sont en train de déployer une conscience de soi par la constitution d'une enveloppe. Celle-ci constitue une interface entre son monde interne et celui de l'extérieur. L'idée est de donner à cette enveloppe des propriétés qui font qu'elle ne serait ni trop perméable, ni trop imperméable, permettant à Rose d'accueillir et conserver à l'intérieur ce qui lui semble bon pour elle. Les séances autour du contact thérapeutique contribuent à une unification des sensations corporelles, participant de la structuration psychocorporelle que nous recherchons.

Je vais à présent discuter de la clinique sous un éclairage théorique, notamment en exposant les différentes conditions qui, selon moi, permettent qu'une relation thérapeutique s'établisse entre le psychomotricien et le patient. Je m'interrogerai sur les difficultés rencontrées, les intérêts et les limites des approches proposées pour entrer en contact.

2. La psychomotricité, un métier à tisser du lien

« *C'est la relation qui soigne* » (Balint, cité par Frayssines et Guldner, 2007, p.126).

La psychomotricité est un métier à tisser du lien. En considérant l'individu dans sa globalité, la thérapie psychomotrice permet l'élaboration d'un tissage de liens entre les différentes fonctions psychomotrices d'une part, et d'autre part entre l'individu et le monde. Pour cela, la démarche du psychomotricien sera de réunir des conditions nécessaires pour que se mette en place une relation thérapeutique entre le patient et lui. Cette relation spécifique vient ensuite soutenir le patient dans sa capacité à être en relation avec le monde.

2.1. La relation : voie royale de la thérapie psychomotrice.

Il s'agit de permettre au patient de trouver un espace dans lequel il puisse déployer ses capacités psychomotrices. Pour Gatecel, Massoutre-Denis, Giromini, Moyano, Scialom et Corraze (2015), le psychomotricien est « *un support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives pour le sujet (enfant ou adulte)* » (2015, p. 334). Pour qu'un processus thérapeutique s'enclenche, le psychomotricien doit présenter certaines qualités et manier quelques outils à bon escient.

2.1.1. Qualités relationnelles du psychomotricien.

a) Capacité d'accueil.

Randin (2019) et Dupont (2002) s'appuient sur les travaux de Carl Rogers, psychothérapeute universitaire fondateur de l'Approche centrée sur la personne (ACP), pour présenter les qualités de présence fondamentales du psychomotricien (Randin, 2019, p. 30).

Il est indispensable que le patient puisse percevoir, dans l'attitude du praticien, sa compréhension empathique et son regard positif « *inconditionnel* ». Il s'agit d'accueillir le patient tel qu'il est, dans l'ici et maintenant, dans l'acceptation de ses différentes facettes (Randin, 2019). C'est peut-être ce qu'il se passe lorsque Minh utilise des termes tels que « *partage* », « *échange* » et « *bienveillance* », ou bien décrit son l'impression « *d'avoir été accompagné dans ma singularité, dans ce que je vis* ».

Ajuriaguerra (2017) souligne que cette reconnaissance du patient par le psychomotricien devient « *la trame d'une complicité avec lui, il se sent compris (...) donc accepté tel qu'il est, puis tel qu'il voudrait devenir. Reconnu* » (Ajuriaguerra, 2017, p. 155). Elle soutient le patient à s'investir davantage envers lui-même. Minh me dit par exemple qu'il songe à se réconcilier avec lui-même, à prendre soin de lui.

b) Capacité d'écoute.

L'écoute du psychomotricien se situe aussi bien dans l'attention qu'il porte au discours verbal que dans l'écoute de son corps. D'après Potel, par sa disponibilité et cette écoute particulière du corps, le psychomotricien permet au patient de raconter son histoire, « *une histoire lointaine, oubliée, enfouie, une histoire primitive, sensorielle, essentielle.* » (Potel, 2020, p. 188). Je pense par exemple à Minh, lorsqu'il me parle de sa nuque : « *cette partie de mon corps ne va pas bien et a été maltraitée* » ou bien à Rose, lorsque le contact sur sa cicatrice ravive le souvenir de son opération.

L'écoute du corps permet au psychomotricien de saisir une information non verbale du patient concernant ses besoins. Lorsque Minh montre des signes de malaise sans dire un mot, je dois être attentive et adapter mes propositions en fonction de ce qu'il dit par son corps.

« Le psychomotricien spécialiste de la communication non verbale, remodèle en permanence sa présence par une pratique spécifique du feed-back (regards, postures, expressions faciales, toucher). Il adapte l'utilisation des médiations en fonction du langage transférentiel du patient ». (Lefèvre, 2019 p. 373)

Cette écoute par le psychomotricien du corps encourage le patient à s'écouter lui-même, apprenant ainsi à se connaître davantage, à entrer en relation avec lui-même.

c) Trois conditions.

D'après Rogers, la naissance d'une relation thérapeutique requiert des conditions d'**authenticité**, de **respect** et de **compréhension** du patient. Cette dernière repose, d'une part, sur le socle théorique qu'il se constitue au cours de sa formation et qu'il actualise au gré des avancées scientifiques, d'autre part elle se nourrit de sa clinique (Dupont, 2002, p. 31).

d) Des qualités d'ajustement.

L'ajustement à ce que le patient apporte dans l'ici et maintenant nécessite d'être suffisamment disponible et à l'écoute, tout en sachant gérer le temps de la séance. J'ai pu observer, par exemple, comment ma maître de stage adaptait le temps d'accueil en fonction de ce que Rose souhaitait déposer dans la conversation. L'actualité sanitaire était souvent présente dans l'échange. Il est important de laisser un espace de parole aux limites souples, dans lequel le patient peut déposer un peu de ses préoccupations. Cet échange soulage et lui permet de se rendre plus disponible aux propositions qui suivent.

L'ajustement se fait également pendant les propositions. Lorsque j'applique le toucher thérapeutique, Minh, s'autorise à me guider par des mots et j'ajuste mes mouvements. Lorsque Rose

me demande exceptionnellement une séance sans contact, je m'adapte et procède différemment de d'habitude.

2.1.2. Engagement psychocorporel du psychomotricien

a) Une mise en forme qui démarre dès la formation.

C'est par son propre corps que le psychomotricien s'engage dans la relation thérapeutique (Gatecel et al. 2015, p. 337). Il doit ainsi porter une attention particulière sur sa communication infra verbale en ajustant sa tonicité, la prosodie de sa voix, d'autant plus dans un contexte qui nous prive d'une partie des informations non verbales.

b) Connais-toi toi-même.

Cet engagement corporel du psychomotricien se construit au gré des nombreux travaux dirigés qui lui sont dispensés pendant sa formation. Ses éprouvés corporels lui permettent de déployer l'expressivité de son corps, la conscience qu'il en a, de découvrir ses ressources et capacités mais également ses limites. La maîtrise de la médiation s'appuie sur la prise de connaissance corporelle de l'étudiant (Dupont, 2002, p. 29). Elle nécessite non seulement une connaissance de soi (incluant sa place ou statut, ses capacités, ses limites), de ses qualités toniques (capacités de relâchement musculaire dans la relation), l'acceptation de soi mais aussi la connaissance de ses réactions au contact corporel. Or ce contact est précisément ce qui m'a le plus interpellée pendant ma formation. Au départ j'avais une idée reçue quant à ma façon de recevoir le contact, mais finalement les travaux dirigés ont permis de lever ce malaise initial.

c) Le dialogue tonique.

Le psychomotricien, conscient des implications et de la réciprocité du dialogue tonique, sera attentif à sa propre disposition tonique et psychique. Cette disponibilité, par le jeu du dialogue tonique, pourra être perçue par le patient, qu'il en ait conscience ou non, ce qui sera favorable à son investissement et sa verbalisation. Lors des entretiens de début et de fin de séance, j'adopte une posture qui manifeste une écoute et une disponibilité en ajustant l'orientation de mon corps, en veillant à l'ouverture des ceintures scapulaire et pelvienne et en dosant mes contacts visuels. Je m'applique à respirer tranquillement.

Cet engagement corporel ne peut se faire sans un engagement psychique, c'est pourquoi nous parlerons d'engagement psychocorporel du psychomotricien. Giromini (2019) souligne, en effet, qu'une attitude éthique envers nos patients consiste, entre autres, à « *être en harmonie avec soi-même dans un accordage psychocorporel pour pouvoir s'engager librement dans un soin que l'on estime*

juste et bientraitant » (2019, p. 18).

Au cours de l'année, j'ai parfois été confrontée à cette problématique en ressentant une certaine anxiété face à la situation sanitaire actuelle. J'ai dû avoir recours à des outils de relaxation afin de me rendre disponible physiquement et psychiquement avant d'entrer en séance.

2.1.3. Du tact au contact : Toucher direct et toucher à distance. Le psychomotricien utilise tout son corps pour être en contact avec le patient. Cela passe aussi bien par le toucher direct que par le toucher indirect des canaux de sa communication non-verbale. « *La voix et le regard sont des touchers à distance* » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 251).

Le regard a une importance d'autant plus forte qu'il est la seule chose, avec le front, que le masque laisse voir de notre visage. Il semble donc important de le rendre plus expressif, de soutenir son regard sans pour autant le rendre intrusif.

« *Lorsque le regard est bienveillant, encourageant ou admiratif, il sert bien entendu de renforcement positif et les résultats sont meilleurs lorsque le sujet est regardé* » (Descamps, 1993, paragr.22).

Le timbre et le volume de la voix, le rythme et le débit de mots, viennent tisser une enveloppe sonore autour du patient. Un jour Rose exprime son besoin de faire une séance sans contact physique, une séance dans laquelle elle serait dans « *sa bulle* » à écouter ma voix qu'elle trouve « *constante* ». Minh, quant à lui, me dit que ma voix le guide et intègre les événements qui surviennent inopinément en séance. Pour lui, ma voix contient, « *comme si vous étiez la gardienne* ».

2.2. Quelques concepts théoriques, supports de la relation thérapeutique

2.2.1. Les concepts de holding et de handling de Winnicott. Proposées par Winnicott (1975) pour souligner l'importance du portage, des soins et de l'attention procurés à l'origine par la mère à son enfant, ces notions peuvent s'étendre à la relation psychomotricien/patient.

Le Holding fait référence au portage physique et psychique de l'enfant et répond à son besoin d'être suffisamment bien porté, touché et entouré, pour se construire une base de sécurité affective assez solide et devenir progressivement indépendant. Dans cette idée, le relaxateur, par sa présence, sa voix, son regard, son toucher, soutient le sentiment d'être compris, entendu et accepté dans sa spécificité. C'est ce qu'il se passe lorsque Minh me parle de son sentiment d'être compris et accompagné dans sa singularité.

Le Handling correspond aux soins apportés à l'enfant au quotidien (toilette, change, massage...) et à l'investissement avec lequel le soin est donné. Il soutient une prise de conscience progressive de l'ensemble de son corps et contribue au sentiment d'unité et d'intégrité corporelle. En thérapie psychomotrice, la façon dont le psychomotricien entre en contact avec le corps du patient est

déterminée par les qualités de son toucher : un toucher qui se veut contenant, enveloppant et attentionné. C'est donc également par son investissement psychocorporel qu'il viendra soutenir le sentiment de sécurité du patient. La qualité de sa présence, l'intention qu'il met dans ses gestes et son attention à l'autre sont déterminantes pour instaurer une relation de confiance. C'est ce que peut ressentir Rose au contact de mes mains qui lui donne le sentiment d'être protégée.

Si ces qualités sont présentes, le vécu du patient se fera en toute sécurité, ce qui pourra l'encourager à s'inscrire dans l'alliance thérapeutique et à retrouver une confiance en l'autre.

Les limites. Au cours de l'année, j'ai constaté certains écueils dans ma capacité de holding et de handling auprès des patients. Je me suis retrouvée dans une situation de maternage dans laquelle je pense avoir servi davantage la passivité que leur autonomie. La situation de maternage doit être repérée puis dosée afin d'accompagner progressivement le patient à se détacher du thérapeute. Se détacher du maternage progressivement permet au patient de trouver une façon d'entrer en contact avec son propre corps et d'être acteur de son bien-être. J'ai donc cheminé doucement vers ce dosage, aiguillée par mes maîtres de stage et tâtonnant dans mes réflexions. Je pense avoir identifié en moi une sorte d'envie de « *materner* » à laquelle je devrai être particulièrement attentive par la suite.

Cette situation s'est notamment retrouvée dans le fait que je laissais parfois peu de place à Minh et Rose dans leur installation, en faisant « *à leur place* ».

2.2.2. Le concept du Moi-Peau d'Anzieu. Le concept du Moi-Peau d'Anzieu permet d'éclairer cette fonction contenante et structurante du contact en thérapie psychomotrice, qu'il s'agisse d'un contact direct ou à distance. Le Moi-Peau figure l'enveloppe qui se construit dès l'enfance et qui soutient le processus de subjectivation et l'émergence de Moi. L'enfant apprend progressivement à se différencier et à se considérer comme un individu à part entière. Il apprend à s'affirmer, à être entendu par les autres (Anzieu, 1985, p. 84). L'instauration du Moi-peau « *assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base* » (p. 61).

Le Moi-Peau partage des fonctions similaires aux fonctions biologiques de la peau. Nous allons mettre en lien ces fonctions avec la clinique.

Deux premières fonctions, celles de **maintenance** et de **contenance** du psychisme, se développent grâce à l'intériorisation respective du **holding** et du **handling** maternels. Elles viennent figurer un appui interne et une écorce au Moi. Les qualités de holding et de handling du psychomotricien, déterminées par son investissement psychocorporel, vont contribuer aux fonctions de maintenance et de contenance du Moi-Peau.

Lorsque je constate l'angoisse de Minh ou de Rose, l'application du toucher thérapeutique me semble contribuer à ce qu'ils retrouvent une certaine contenance et une maintenance. Minh, après

s'être égaré dans des pensées anxiogènes, me dit par exemple que le contact l'a aidé à revenir aux sensations.

Cela se fait également par les touchers à distance, notamment par le regard, la voix et la disponibilité psychocorporelle qui viennent tisser des enveloppes supplémentaires. Rose vient chercher une enveloppe sonore lorsqu'elle demande un jour de la musique et de simplement écouter ma voix pour retrouver sa « *bulle* ».

Une autre fonction lui confère un rôle de **protection** contre l'excès de stimulations externes (pare-excitation). La frontière entre le monde interne et le monde externe alors construite n'est alors ni trop perméable, ni trop imperméable. Elle permet de contenir le contenu psychique à l'intérieur et d'intégrer les différentes stimulations extérieures sans se désorganiser. Cela peut évoquer Rose, lorsqu'elle dit : « *Vos mains me protègent* » ou bien faire penser à Minh lorsqu'il dit que ma voix, en intégrant l'intervention de l'extérieur, le guide de sorte que la « *bulle* » n'éclate pas.

Une fonction d'**inter-sensorialité** permet d'intégrer les différentes afférences sensorielles s'inscrivant sur la peau. Le toucher organise en effet toutes les autres sensations en provenant des sens. Il les évalue et les classe les unes par rapport aux autres (Montagu, 1979, p. 159). C'est peut-être ce qu'il se passe lorsque, lors de notre quinzième séance, Rose exprime l'impression que le parcours vient « *unifier les sensations sur tout le corps* »

Une autre fonction du Moi-Peau soutient le processus d'**individuation** et d'affirmation de soi en procurant le sentiment d'être un être singulier. C'est ce qu'il se passe lorsque Minh me dit avoir eu l'impression d'être accompagné dans sa « *singularité* ». Il ose demander ce dont il sent avoir besoin et s'affirme un peu plus au cours de l'année. Cela vient contrer le sentiment de passivité que peut ressentir Minh dans sa vie. Lors du rituel de groupe où chacun se remercie, Minh s'exprime à voix haute, d'un ton plus décidé que d'habitude et choisit plus facilement un signe pour saluer, venant marquer son individualité dans le groupe.

D'autres fonctions se construisent enfin sur la base de l'**investissement libidinal** des zones du corps par les contacts de surface. Elles viendront contenir les excitations sexuelles et soutenir l'**investissement narcissique**. Le contact tactile en psychomotricité peut constituer une source d'excitation. C'est pourquoi il est important de l'appliquer de manière dosée, en étant conscient des éventuels enjeux, et d'attendre peut-être, le « bon moment ».

Au début de notre rencontre avec Minh par exemple, je n'envisageais pas le contact tactile. S'agissant d'un jeune homme d'à peu près mon âge, je me suis dit que le toucher n'était peut-être pas

le plus opportun. La peau est en effet une zone qui contient les pulsions sexuelles et le contact physique peut avoir une composante érogène. Cependant, c'est en constatant son angoisse que j'ai envisagé d'appliquer un contact tactile. Minh m'a dit être à l'aise et habitué au toucher et j'ai obtenu son accord pour évoluer vers une proposition différente.

2.2.3. La théorie de l'étayage psychomoteur de Robert-Ouvray. Elle postule que la construction psychocorporelle de l'être humain se fait en lien avec les quatre grands niveaux d'organisation que sont : le tonus, les sensations, les affects et les représentations, eux-mêmes dépendant de la qualité des interactions précoces. Il s'agit d'un processus qui s'opère tout au long de la vie du sujet (Robert-Ouvray, 2020 p. 368). Lorsqu'ils sont suffisamment assurés, ces niveaux permettent à l'individu de trouver des intermédiaires dans ses comportements, lui permettant d'ajuster sa réponse aux stimulations de manière adaptée.

En thérapie psychomotrice, nous cherchons à ce que le patient puisse voyager entre ces polarités. Ce cheminement se fait progressivement, en partant du patient, de ses possibilités à un instant T. Lors des premières séances, le choix de la relaxation de Jacobson permet à Minh d'explorer trois intensités de contractions musculaires car il ne s'agit pas de diminuer d'emblée son tonus, mais de partir de son point de départ, pour cheminer progressivement vers des nuances toniques.

Par ailleurs, la théorie de l'étayage éclaire la façon dont « *le couple holding/toucher* » vient relancer les processus d'intégration et de développement psycho-affectif (Robert-Ouvray, 2020, p. 369). En convoquant la mémoire corporelle du sujet, le toucher vient soutenir sa construction psychocorporelle, comme lorsque Minh, prenant conscience de ses tensions grâce au toucher, prend connaissance d'une « *information qui circule* ».

2.3. Le cadre thérapeutique, socle de la construction relationnelle patient/ psychomotricien

Selon Potel (2015, p. 321-334), pour qu'un cadre soit thérapeutique, il faut des conditions d'espace, de temps, de matériel, d'encadrement, ainsi qu'un fonctionnement institutionnel cohérent. Cela implique notamment la régularité du cadre spatio-temporel, avec des horaires fixes et un lieu dédié aux séances. Le premier confinement a bousculé les limites spatio-temporelles du cadre thérapeutique. La fermeture temporaire des structures de soins a créé une certaine discontinuité temporo-spatiale, demandant aux psychomotriciens et aux patients une importante capacité d'adaptation. A la réouverture des lieux, les espaces ont considérablement changé afin de permettre une circulation en accord avec les conditions sanitaires. Malgré les confinements et changements de mesure dans l'année, le cadre thérapeutique de l'HJ et du CMP tient. Selon la période de l'année, les rendez-vous en séance de psychomotricité ont constitué, pour Minh et Rose, l'une des rares activités de la semaine en relation avec d'autres personnes. Le cadre est un appui psychique à part entière,

support du sentiment d'être en relation.

La première rencontre est capitale et est l'occasion de délimiter le cadre de la rencontre avec le patient, le lieu, l'horaire et les modalités de prise en charge.

Au cours de l'année, c'est la gestion du cadre temporel qui m'a été le plus difficile à tenir. L'organisation de mes séances et la gestion du temps a été parfois compliquée au sens où je passais beaucoup de temps, non seulement dans les entretiens, mais également dans l'application des propositions. Je me demande dans quelle mesure il ne s'agissait pas, quelque part, d'une façon de répondre à mon propre besoin d'être en relation.

3. Avec ou sans contact ? Discussion autour des médiations choisies.

Le psychomotricien dispose d'une grande variété de supports thérapeutiques appelés médiations. L'objet médiateur doit avoir pour qualités la **malléabilité**, la **transformabilité**, la **destructibilité** et la **sensibilité** (Gatecel et al. 2015, p. 334). Ces conditions sont nécessaires afin de construire la relation thérapeutique. Elles permettent au patient d'accéder à la symbolisation, d'investir les propositions et laissent un espace pour y déployer sa créativité et ses qualités relationnelles.

Pour Potel, la qualité du « *lien relationnel* » entre thérapeute et patient est, finalement, plus déterminante que le choix et la maîtrise de médiations dans le processus thérapeutique (Potel, 2015, p. 316).

3.1. Intérêt des propositions avec toucher thérapeutique

Le toucher thérapeutique ne correspond pas à une méthode en soi mais davantage à un ensemble de qualités qui confèrent au contact tactile des qualités suffisantes pour contribuer à la structuration psychocorporelle du sujet. Il se veut enveloppant et contenant, ce qui nous amène à penser son intérêt sous l'éclairage du concept du Moi-Peau.

3.1.1. Importance du tact dans le sentiment de soi. Pour Veldam (1998), le tact est un sens primitif, aux confins de la conscience de soi. L'être humain a besoin du contact de l'autre, en particulier des « *contacts psychotactiles directs, affectivo-confirmants, qui sont d'une importance fondamentale pour l'affermissement de son être et l'épanouissement-de-soi* » (1998, p. 423). Cela souligne la contribution du toucher thérapeutique à la maintenance de la fonction d'individuation du Moi-Peau.

3.1.2. Densité de récepteurs tactiles et conscience corporelle. Comme l'exprime Montagu, lorsqu'elle atteint son plus haut niveau d'élaboration, la peau contient un très grand nombre de récepteurs : 50 récepteurs sur 100 mm^2 et les fibres sensibles reliant la peau à la moelle épinière sont au nombre d'un demi-million (Montagu, 1979, p. 11). Cette propriété de la peau confère un intérêt particulier au toucher thérapeutique. Lorsque Minh s'égarait dans ses pensées, le toucher de sa peau envoie des afférences sensorielles tactiles suffisamment nombreuses pour ramener son attention à ses sensations.

3.1.3. Thermorécepteurs et conscience corporelle. Hall rappelle que la peau « *est sensible aux gains et déperditions de chaleur* » (1971, p. 62). Rose est particulièrement attentive à la température de ses mains, ce qui souligne la contribution du toucher thérapeutique à la prise de conscience des sensations, amenant Rose à discriminer les endroits où elle perçoit des différences de chaleur.

3.1.4. Le contact pour soulager l'angoisse. Montagu (1979, p. 151), reprenant les travaux de Sylvester, explique que c'est dans les contacts peau à peau et les sensations kinesthésiques fournies par le portage que se constitue le sentiment de sécurité interne du tout petit (1979, p. 151). Rose se sent protégée par le contact des mains. Ce contact enveloppant vient restaurer la fonction de contenance du Moi-Peau. Les frontières du Moi sont redéfinies, le sentiment d'être débordé par l'angoisse diminue.

Rousseau-Salvador et Roussel (2019) corroborent l'intérêt du toucher thérapeutique dans l'apaisement de l'angoisse : « *Le toucher thérapeutique, antagoniste naturel des réactions de stress et d'anxiété, réveille une sensibilité et génère des sensations agréables apportant un certain calme* ». Cette assertion souligne l'avantage que présente le toucher thérapeutique dans un contexte anxigène tel que celui que l'on connaît depuis l'arrivée de la pandémie en France.

3.1.5. Un support de communication. Corraze (1980), s'appuyant sur les travaux de Bowlby et de Harlow concernant le rôle des « *communications cutanées* » (1980, p. 175) rappelle que le toucher est une manière de témoigner de l'attention à l'autre, comportement qui n'est d'ailleurs pas l'apanage de l'espèce humaine et se retrouve notamment chez les Primates et les Oiseaux. Par ailleurs, le contact entre congénères s'inscrit dans les situations de rencontre, d'accueil ou d'apaisement (*Ibid.*, p. 181). Il énumère : « *contact main à mains, tape amicale, étreinte, serrement d'un bras par la main, frottement des nez, lavement des pieds* ». Il dénomme cet ensemble de comportements les *messages cutanés* (Corraze, 1980). Afin de pallier le manque de contact dû aux gestes barrières, le

psychomotricien peut envisager le toucher thérapeutique afin de restaurer le sentiment d'être en relation. Il devient le support d'une communication attentive entre le patient et le thérapeute, comme nous pouvons le constater lorsque Rose évoque l'impression que mes mains lui communiquent un message de protection : « *T'inquiète pas, ça va aller* ».

3.1.6. Contacter la mémoire corporelle. Pour Gurovich, la thérapie psychomotrice peut contribuer à redonner le sentiment d'unité en réduisant le vécu de fragmentation corporelle que peut laisser une opération et ainsi agir sur la mémoire corporelle. « *Toute intervention chirurgicale génère un stress physique et laisse une trace traumatique psychodynamique* » (2008, p. 154). C'est ce qu'il se passe lorsque Rose reçoit le contact de mes mains sur sa cicatrice.

3.1.7. Se retrouver grâce à la relaxation activo-passive de Wintrebert. Pour Guiose, cette méthode est propice à une expérience quasi fusionnelle entre le patient et le relaxateur, « *un maternage qui fait partie intégrante du traitement* » (Guiose, 2007, p. 24). Un jour, Minh me raconte que, lors des mobilisations passives, il s'est imaginé son collègue, ses salles de cours et me décrit « *une sensation d'insouciance qui est revenue* ». C'est un phénomène que je relie à ce que Wintrebert appelle « *dialogue tonico-imaginaire* » (Guiose, 2007, p. 25). Il s'agit d'un dialogue infra-verbal entre les deux protagonistes qui ouvre la porte sur l'imaginaire.

3.1.8. Lutter contre la solitude. Pour Savatofski, le « *toucher-massage* » est intéressant lorsqu'une personne souffre de « *solitude, d'insécurité, d'anxiété, de douleurs tenaces* » (Savatofski, 1999, p. 18). Il explique que la perception de la bienveillance du thérapeute, l'écoute attentionnée qu'il porte au corps, le temps qu'il prend pour appliquer un contact de ses mains sont essentiels pour contrer le sentiment de solitude. Cela me semble être un point remarquable de l'intérêt que présente le toucher thérapeutique dans un contexte où le sentiment de solitude s'accroît.

3.1.9. Prendre appui pour soutenir la structuration psychocorporelle. L'intérêt des appuis, dans la thérapie psychomotrice, a été démontré par Defiolles-Peltier dans un article de 2019. En relaxation, les appuis désignent non seulement le contact du corps avec les surfaces sur lesquelles il est allongé, mais également les « *empreintes* » formées par les mains du relaxateur sur la peau du sujet. En se basant sur de précédentes recherches (Jaquet et al., 2014), Defiolles-Peltier explique que « *les appuis sont fondamentaux pour la structuration psychocorporelle* ». Cette assertion est intéressante dans un contexte anxiogène tel que la situation sanitaire actuelle, où les repères se délitent dans les différentes sphères de la vie du sujet. En effet, la thérapie psychomotrice, « *via un travail sur l'enveloppe corporelle [...] permet au patient de reprendre*

conscience de ses appuis ». Les empreintes délimitent des frontières entre le monde interne et l'extérieur et contribuent à la conscience de soi par le jeu d'afférences proprioceptives.

« *J'aime bien ressentir un appui, comme une correction musculaire. Je sens comme une tension qui s'échappe* », me dit Minh. Cette attention particulière aux appuis contribue à l'étayage du Moi-Peau, en délimitant une frontière souple entre intérieur et extérieur et en aidant le patient à trouver des appuis internes. Après plusieurs séances, Minh me dit qu'il sent comme « *un approfondissement* » dans sa conscience corporelle et son désir de se réconcilier avec son corps, de prendre soin de lui, s'affirme.

J'ai trouvé de nombreux arguments en faveur de l'utilisation du toucher thérapeutique, toutefois son application ne me semble pas illimitée, bien au contraire.

3.2. Intérêt des propositions sans toucher thérapeutique

3.2.1. Les limites du toucher thérapeutique. J'ai évoqué plus haut le caractère érogène que peut présenter le toucher thérapeutique, mais la dimension maternante me semble également constituer un point de vigilance. En effet, j'ai constaté que je mettais les patients dans une certaine passivité en ayant fréquemment recours au toucher dans mes séances. Pourtant la démarche psychomotrice envisage, au contraire, d'accompagner le patient à trouver des appuis internes et à cheminer vers une gestion de son anxiété plus autonome. Il arrive par ailleurs que le contact soit refusé par le patient. Quelles que soient les raisons du patient, le psychomotricien se doit de respecter ce refus et le patient n'est pas tenu de se justifier (je rappelle à ce propos que le **respect** est l'une des conditions indispensables à l'établissement d'une relation thérapeutique).

3.2.2. Ma définition de l'auto-contact. J'entends par auto-contact, toute forme de contact conscient que le patient peut effectuer, dans un but d'apaisement de son angoisse. Il ne s'agit pas ici des conduites de communication infra-verbale. Les auto-contacts peuvent, selon moi, comprendre l'application de ses propres mains ou d'un objet médiateur sur son corps. Il peut s'agir de mouvement d'empreintes, d'appui, de frottement, de pétrissage (je propose éventuellement de parler *d'automassage*). A mon avis, ce type de contact contribue à développer la **conscience corporelle**, à revaloriser l'image du corps et présente l'avantage d'être réutilisable de manière autonome, au cas où le patient ne pourrait pas se rendre en séance (en étant cas contact, positif à la COVID-19 ou toute autre raison).

3.2.3. L'eutonie : un cheminement ludique vers l'autonomie. Cette méthode m'a paru

particulièrement intéressante cette année. Elle présente en effet de nombreuses propositions dont certaines engagent l'auto-contact. Ces trois médiateurs présentent l'avantage d'être simples et accessibles facilement. Son application permet une grande liberté d'exploration et revêt une dimension ludique, qui contribue à l'investissement positif du corps. J'observe Minh être particulièrement curieux en séance d'eutonie. Il s'investit dans son exploration et se montre créatif.

3.2.4. La kinésphère : retrouver un espace à soi. La kinésphère est un concept de Rudolf Von Laban. Elle désigne une figure de référence correspondant à une sphère imaginaire. Des lignes directionnelles sont formées par tous les points de l'espace que peuvent atteindre les extrémités du corps. Ce concept peut être utilisé dans les médiations d'expressivité du corps. J'ai pensé qu'il était intéressant de rechercher une mise en mouvement qui permette, non seulement de faire travailler et assouplir la musculature, mobiliser les articulations, mais également de se représenter une enveloppe autour de soi que le patient puisse investir comme étant sa bulle. L'idée est de trouver un espace intime et de trouver un juste rapport entre son monde interne et celui de l'extérieur. Minh a trouvé quelque chose de rassurant dans cette proposition : « *Ça me fait énormément de bien de savoir que, quoique j'ai pu vivre, je peux le sortir de ma bulle, de mon oasis moderne* ».

Il a choisi à deux reprises le terme « oasis », ce qui peut supposer que Minh a trouvé dans l'espace de la séance un espace de liberté. S'agissant d'un travail d'expressivité corporelle, la séance a contribué, ce jour-là, à ce que Minh prenne place dans son espace, investisse son territoire personnel et s'affirme. Nous pouvons ici penser à la fonction du Moi-Peau qui soutient l'individuation et l'affirmation de soi.

3.2.5. Trouver un appui interne. Lorsque Rose souhaite une séance sans contact, centrée sur la sensation des contacts de son corps sur le sol, elle vient chercher d'elle-même un appui interne. Son désir de convoquer des images-ressources peut aussi s'entendre comme la recherche de repères stables qu'elle associe à une sensation de bien-être. Un travail autour des appuis peut évoluer vers une prise de contact seul du patient avec son corps et cheminer vers l'auto-contact.

3.2.6. Limites des propositions sans contact. Au cours de l'année je m'aperçois que, lorsque je ne propose pas de toucher dans mes séances, Minh semble en difficulté. Il s'apaise par la suite, une fois que j'ai établi le contact de mes mains. J'en déduis alors que le contact physique ponctuel lui permet de revenir aux sensations du moment présent et d'être moins envahi par des ruminations.

Par ailleurs, j'envisageais d'accompagner progressivement Rose vers l'auto-contact. Elle s'est certes prêtée volontiers au jeu lorsque je l'y ai invitée mais m'a dit que les sensations étaient moins

prégnantes, bien que cela lui ait fait du bien. Elle me dit « *ce n'est pas pareil quand je le fais moi* ». Toutefois cette prise de contact de soi à soi est un travail lent et progressif, il demande une acceptation de soi et une certaine envie de s'accorder du temps.

« *C'est vrai qu'on n'y pense pas à se masser* ». Ces paroles de Rose soulignent combien nous perdons facilement le lien avec soi-même.

Arrivée au terme du processus d'écriture, je prends conscience de certains mouvements qui ont motivés l'utilisation du toucher thérapeutique et dont je souhaite discuter dans la partie qui suit.

4. Toucher et être touchée : réflexion autour de ma construction professionnelle

« *Le psychomotricien ne peut toucher sans être lui-même touché, dans ses propres ressentis*
» (Sarda, 2002, p. 92)

4.1. Le contre transfert corporel.

Au cours de l'année, il m'est arrivée de m'interroger sur ma façon d'être en relation avec les patients. D'où venait ces questions autour du toucher ? Quels besoins sous-tendent mon envie d'entrer en contact ? Pourquoi ces situations de maternage que je laisse durer ?

« *Il ne faut pas oublier que [...] dans chaque traitement que nous faisons, dans chaque conversation que nous avons avec l'autre, nous en sortons enrichis* » (Ajuriaguerra, 2020). Certes, je pense avoir trouvé, dans une certaine mesure, une réponse à mon propre besoin d'être en relation dans ce contexte sanitaire. Il m'a fallu venir au bout de ce mémoire pour en prendre conscience et l'admettre.

J'ai également identifié des mouvements internes qui s'apparentent à ce que Potel appelle le « *contre-transfert corporel* » (Potel, 2019). Ce phénomène est nécessaire à l'engagement psychocorporel du psychomotricien. Il produit en lui des émotions dont certaines lui appartiennent quand d'autres appartiennent au patient. S'il en prend conscience, cela « *va paradoxalement lui permettre de se dégager d'un trop d'intensité* » (2019, p. 115).

Sarda (2002) rappelle que l'on ne peut toucher sans être soi-même touché. Elle conseille au psychomotricien d'être attentif à ses ressentis, de les repérer et de les travailler (Sarda, 2002, p. 92).

J'observe mes réactions face à la façon dont les patients se présentent, me racontent leur histoire et il m'arrive d'être touchée par ce qu'ils disent, notamment lorsqu'ils me parlent de leur anxiété face à la situation sanitaire. Je construis ma posture professionnelle en cherchant la distance relationnelle adaptée, chose qui n'est pas facile, mais dont je commence à comprendre l'enjeu.

L'enjeu est d'établir une « *relation socio-psychologique* » et de maintenir un cadre relationnel favorable à la subjectivité du patient, sans lui imposer notre propre subjectivité, favorable à l'adhésion aux soins (Corraze, 2015, p. 339).

Je recherche un équilibre entre authenticité, compréhension et respect de l'autre, qui donne

lieu à une spontanéité dosée, laissant suffisamment d'espace au patient, l'étayant sans le rendre passif afin de le soutenir dans sa structuration psychocorporelle. En somme, je recherche une façon de m'engager psycho corporellement qui me soit propre mais dosée.

Pour Dupont, la relation entre le psychomotricien et le patient est une « *interrelation dans laquelle chacun est tout à la fois constitué et constituant. Où chacun agit sur l'autre, afin d'obtenir une évolution de la situation, un changement* » (2002, p. 30).

4.2. Perspectives dans ma construction professionnelle

Dans ma construction professionnelle, j'envisage d'étudier et explorer avec les patients l'investissement auprès de soi, dans cette écoute particulière et ce geste de réassurance envers soi. Il s'agit de développer une conscience du corps, non pas en tant que simple réalité matérielle, mais comme un véritable partenaire, qui nous envoie des messages et répond à sa façon à nos propres attitudes envers lui. Prendre soin de soi, voilà pour moi l'intérêt d'une modalité de prise en charge autour de l'auto-contact. Toutefois, ce n'est pas une rencontre facile et demande un certain tact et patience. Le contact par le psychomotricien peut être une bonne amorce avant de cheminer vers l'auto-contact.

Conclusion

« Chaque pas qui nous ancre dans la relation humaine est un pas qui nous éloigne du possible démantèlement de notre construction de sujet » (Potel, 2020, p. 188).

En ces temps de remaniement fondamental de notre façon de vivre, il est important de redonner des repères aux patients. En s'appuyant sur le cadre, la thérapie psychomotrice peut contribuer à restaurer des repères spatio-temporels structurants. Les qualités d'accueil et d'écoute du psychomotricien d'une part, et son engagement psychocorporel d'autre part, permettront de construire une relation thérapeutique avec le patient, dans laquelle celui-ci trouvera une place d'acteur à part entière. En lui proposant un espace et un lieu qu'il pourra investir, la thérapie psychomotrice réunit diverses conditions favorables à la structuration psychocorporelle du patient. La relation thérapeutique s'appuie sur différents modes de contacts. Qu'ils soient directs ou à distance, les différents touchers présentent différents intérêts qui contribuent à restaurer un sentiment de sécurité interne. En soutenant l'enveloppe psychocorporelle du patient dans une relation contenant, la thérapie psychomotrice l'accompagne à trouver en lui-même ses propres appuis. Ces enjeux sont importants dans une situation qui fragilise la continuité des rencontres.

Il apparaît que le psychomotricien dispose de nombreux outils pour entrer en contact avec le patient mais également accompagner ce dernier dans une prise de contact avec lui-même. Le toucher thérapeutique semble certes, une médiation intéressante mais elle ne se suffit pas à elle-même et ne répond pas nécessairement à tous les besoins. Elle est séduisante dans son aspect rassurant, presque maternant mais demande une attention particulière quant aux mouvements internes qui motivent le psychomotricien à l'utiliser.

Face à des situations d'isolement répétées, l'accompagnement du patient vers des techniques n'impliquant pas le toucher d'un tiers présente un intérêt dans le propos qui concerne ce mémoire. Il est question de relation, certes, mais dans des situations où le patient se retrouve fréquemment seul avec lui-même, ne pourrions-nous pas envisager les techniques d'auto-contacts comme des moyens de l'amener à la rencontre de Soi, et à développer une relation plus harmonieuse avec lui-même ?

En somme, c'est la qualité, et non la fréquence de la relation qui pourra répondre à ce problème et prévenir la recrudescence de troubles anxio-dépressifs.

Sans proposer de résultats objectifs, ce mémoire a pour objet d'ouvrir une réflexion autour de possibles réponses que peut apporter la thérapie psychomotrice dans un contexte relationnel difficile et anxiogène. Il serait intéressant d'investiguer dans ce sens, en évaluant les effets par des moyens quantitatifs et qualitatifs (questionnaires, entretiens, échelles d'anxiété).

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Ajuriaguerra, J. (2017). *Corps, tonus et psychomotricité* (vol. 1). Editions Vernazobres-Grego.
- Albaret, J-M. (2018). Troubles psychomoteurs chez l'adulte. Dans : J-M. Albaret, P. Scialom, F. Giromini, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (vol. 4, p. 329-359). De Boeck Supérieur.
- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5 : Critères diagnostiques*. Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). *Cas cliniques*. Elsevier Masson.
- André, C (2017). Dans : J-D Guelfi et F Rouillon (dirs.) *Manuel de psychiatrie* (3^e éd.). Elsevier Masson.
- André, P. (2002). *Psychiatrie de l'adulte* (3^e éd.). Heures de France.
- André, P., et Olivi, V. (2018). Manifestations psychomotrices dans les troubles psychiatriques. Dans : J-M Albaret, P Scialom, F Giromini, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (vol. 4, p. 569-601). De Boeck Supérieur.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau*. Dunod.
- Barnhill, J.W. (2016). Troubles dépressifs. *DSM-5 Cas cliniques*. Elsevier-Masson.

- Baudet, E. et Carrette, G. (2019). Spécificité et généralité de la psychomotricité en psychiatrie adulte. Dans : A Vachez-Gatecel et A Valentin-Lefranc, *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*. Dunod.
- Baudier, A. (2008). Les neurones miroirs dans Dossier - Émotion, postures et communication non verbale. *Évolutions Psychomotrices*, 20 (79).
- Bekier, S et Guinot, M. (2015). Equipement et compétences du nourrisson. Dans : P. Scialom, F. Giromini, J-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (vol.1, p. 87-110).
- Boulenger, J.-P. (2017). De la névrose aux troubles anxieux. Dans JD. Guelfi et F. Rouillon (dirs.), *Manuel de psychiatrie* (3^e éd.). Elsevier Masson.
- Brieghel-Müller, G. (1979). *Eutonie et relaxation, détente corporelle et mentale* (2^e éd.). Delachaux et Niestlé.
- Cacioppo J., et Patrick, W. (2008). *Loneliness : Human Nature and the Need for Social Connection*. W.W. Norton & Co.
- Carric, J-C., & Soufir, B. (2014). *Lexique pour le psychomotricien*. Editions Robert Atlani.
- Chambaud, L., et Depadt, V. (2020). Chapitre à juste distance de l'autre. Dans : E Hirsh (dir.), *Pandémie* (p. 351-365). Les Editions du Cerf.
- Chan-Cheee, C., Léon, C., Lasbeur, L., Lecrique, J-M., Raude, J., Arwidson, P., du Roscoät E. (2020, 7 mai). La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (13), p. 260-269. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-mentale-des-francais-face-au-covid-19-prevalences-evolutions-et-determinants-de-l-anxiete-au-cours-des-deux->

premieres-semaines-de-confi

- Chastang, F., Gérard, P., Makdassi, A., Collonge, L., et Boittiaux, G. (2020). Préserver le lien avec les plus vulnérables en psychiatrie. Dans E. Hirsh (dir.), *Pandémie* (p. 443- 449). Les Editions du Cerf.
- Clerget, J. (2014). Corps, image et transfert. Une présence à l'intime. Broché.
- Cologne, S. (2010). Corps, espace, mouvement... et bien dansons maintenant ! *Évolutions Psychomotrices*, 22 (87).
- Corraze, J. (1980). *Les communications non-verbales*. Broché.
- Corraze, J. (2015). La relation en psychomotricité. Dans : P Scialom, F Giromini J-M Albaret (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité (vol.1, p. 327-351)*. De Boeck Supérieur.
- Daaboul, J. , Tamouza, R. et Leboyer, M. (2021). Immuno-psychiatrie et pandémie de SARS-CoV-2 : liens et possibles conséquences. *L'Encéphale*, 47, Issue 2, p. 151-156, ISSN 0013-7006. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.07.002>
- Damasio, A. (2002). *Le sentiment même de soi*. Broché.
- Dardennes et Al Anbar. (2017). Dans : J-D Guelfi et F Rouillon (dirs.) *Manuel de psychiatrie* (3^e éd.). Elsevier Masson.
- Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (2e éd.). Editions Vernazobres-Grego
- Defiolles-Peltier, V. (2019, novembre). "Vous nous faites ressentir notre corps". *Santé*

mentale, (242), p.64-68.

- De Lièvre, B et Staes, L. (2012). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*. De Boeck.
- Descamps, M. (1993). La psychologie du regard. Dans : M. Descamps, *Le langage du corps et la communication corporelle* (p. 83-101). Presses Universitaires de France.
- D'Ignasio, A et Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Editions Tom Pousse.
- Dupont (2002). *Introduction à la psychomotricité*. Editions Vernazobres-Grego.
- Egrot, M. (2020). Le monde d'après... *Science et Vie*, (1232), p. 80-83.
- Escalon, H. Deschamps, V. Et Verdot, C. (2021, 19 mars). Activité physique et sédentarité des adultes pendant la période de confinement lié à l'épidémie de Covid-19 : état des lieux et évolutions perçues. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (3), p. 2-13. *Santé Publique France*. Consulté le 11 avril 2021 sur <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/activite-physique-et-sedentarite-des-adultes-pendant-la-periode-de-confinement-lie-a-l-epidemie-de-covid-19-etat-des-lieux-et-evolutions-percues>
- Ferreri, F et Birmes, P. (2017). Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Dans : *Manuel de psychiatrie*. Elsevier Masson.
- Fovet, T., Hernout, J., Pelissolo, A. (avril 2017). La sémiologie motrice dans les troubles anxieux et obsessionnels. *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*. <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1016%2Fj.amp.2017.03.005>

- Frayssines, F., Guldner, E., (2007). « Abord du corps souffrant : hydrothérapie, massage et relation d'aide ». Dans : E Ferragut, *Souffrance, maladie et soins*, Masson. Doi : 10.1016/B978-2-294-61201-5.05008-2
- Friard, D. (2019, janvier). Oser la relation ! *Santé Mentale*, (234), p.20-21.
- Gatecel, A. Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., Corraze, J. (2015) La relation en psychomotricité. Dans P Scialom, F Giromini J-M Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, (vol.1, p. 327-351).
- Galliano, A-C., Pavot, C., et Potel, C. (2015). L'espace et le temps. Dans : P Scialom, F Giromini J-M Albaret (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, (vol.1, p. 247-285). De Boeck Supérieur.
- Giromini, F. (2019). Spécificité de la formation corporelle en psychomotricité. Dans : A Vachez-Gatecel et A Valentin-Lefranc, *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 15-26). Dunod.
- Goni, S (2020) Chapitre à juste distance de l'autre. Dans E. Hirsh (dir.), *Pandémie* (p. 333-337). Les Editions du Cerf.
- Goutte, V. et Ergis, A. (2011). Traitement des émotions dans les pathologies neurodégénératives : une revue de la littérature. *Revue de neuropsychologie*, 3(3), 161-175. <https://doi.org/10.3917/rne.033.0161>
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Editions Heure de France.
- Gurovich, T. (2008). Comment la psychomotricité peut réduire les vécus de fragmentation corporelle postopératoire réflexion sur la relation soignant/patient. Dossier - Plasticité cérébrale et mémoire corporelle et le psycho-affectif... ? *Évolutions Psychomotrices*, 20 (81).

- Hall Edward, T. (1971). *La dimension cachée*. Editions du Seuil.
- Hatwell, Y (1986) *Toucher l'espace. La main et la perception tactile de l'espace*. Presses Universitaires de Lille.
- Jones, K., Patel, N., Levy, M., Storeygard, A., Balk, D., Gittleman, J. et Daszak, P. (2008, 21 février). Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*, (451), 990–993.
<https://doi.org/10.1038/nature06536>
- Lefèvre, C. (2019). Eléments de géronto-psychomotricité : la maladie d'Alzheimer et la psychomotricité. Dans : A Vachez-Gatecel et A Valentin-Lefranc, *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 371-374). Dunod.
- Lemperrière, T., Féline, A., Adès, J. Hardy, P., Rouillon, F. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. (2^e éd.). Masson.
- Lesage, B. (2018). L'espace et le temps en psychomotricité. Dans : J-M Albaret, P Scialom, F Giromini, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, (vol. 4, p. 81-93). De Boeck Supérieur.
- Lesage, B. (2021). *Un corps à construire*. Erès.
- Manoukian, A. et Massebeuf, A. (1995). *La relation soignant-soigné*. Editions Lamarre.
- Mazza C., Ricci E., Biondi S., Colasanti M., Ferracuti S., Napoli C., Roma P. A. (2020). Nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 17:3165. doi: 10.3390/ijerph17093165
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Editions Gallimard.

- Michaud, G. & Marc, E. (1981). 5. Les codes culturels et sociaux. Dans : G. Michaud & E. Marc (Dir), *Vers une science des civilisations* (p. 114-125). Éditions Complexe (programme ReLIRE).
- Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher*. Editions du Seuil.
- Ozamiz-Etxebarria N., Dosil-Santamaria M., Picaza-Gorrochategui M., Idoiaga-Mondragon N. (2020). *Stress, anxiety and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain*. Cad. Saude. Publica. 36(4) doi: 10.1590/0102-311X00054020.
- Özdin S., Özdin S.B. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society : the importance of gender. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 1 (8). doi: 10.1177/0020764020927051.
- Picard L., Eustache F., Piolino P. (2009). « De la mémoire épisodique à la mémoire autobiographique : approche développementale », *L'Année psychologique*, 2 (Vol. 109), p.197-236. DOI : 10.4074/S0003503309002012.
- Pireyre, Éric W. (2011). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.
- Potel, C. (2015). *Etre psychomotricien*. Editions Erès.
- Potel, C. (2019). *Du contre-transfert corporel*. Editions Erès.
- Potel, C. (2020). *Le corps en relaxation*. Editions Erès.
- Randin, J-M (2019, janvier). Soignant-soigné, un équilibre si délicat. Dossier Oser la relation en psychiatrie. *Santé mentale*, 234.

- Ras, P. (2012). *La communication non-verbale*. StudyramaPro.
- Robert-Ouvray, S. et Servant-Laval, A. (2015). Le tonus et la tonicité. Dans : P Scialom, F Giromini, A Albaret (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, (vol.1, p. 161-199
- Robert-Ouvray, S. (2020). *Psychomotricité du bébé* (3e éd.). Editions Desclée de Brouwer.
- Rousseau-Salvador, C. et Louvel, J-P. Chapitre 31 L'accompagnement du patient douloureux. Dans : A Vachez-Gatecel et A Valentin-Lefranc, *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 391-400). Dunod.
- Ruzniewski, M. (2020). A juste distance de l'autre. Dans : E Hirsh (dir.), *Pandémie* (p.339-342). Les Editions du Cerf.
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, 20(4), 86-95.
<https://doi.org/10.3917/ep.020.0086>
- Scialom, L. (2018). Manifestations psychomotrices dans les troubles psychiatriques. Dans : J-M. Albaret, P. Scialom, F. Giromini, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, (vol.4, p. 584-601). De Boeck Supérieur.
- Torre, A. (2020). A juste distance de l'autre. Dans : E Hirsh (dir.), *Pandémie* (p.343-349). Les Editions du Cerf.
- Veldam, F. (1998). *Haptonomie. Science de l'Affectivité*. 7^e Éd. Presses Universitaires de France.
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité* (traduit par C. Monod et J-B. Pontalis). Editions Gallimard.

Dictionnaires

- Le temps. (2013). Dans A. Rey (dir.), *Le Robert pratique*. Le Robert.
- Espace. (2013). Dans A. Rey (dir.), *Le Robert pratique*. Le Robert.
- Espace. (2013). Le Petit Larousse illustré. Larousse.
- Communication. (2013). Dans A. Rey (dir.), *Le Robert pratique*. Le Robert.
- Contact. (2013). Dans A. Rey (dir.), *Le Robert pratique*. Le Robert.
- Relation. (2013). Le Robert pratique

Sitographie

- INSERM 2019 « *s'ils se pérennisent, les symptômes liés à la dépression vont avoir des répercussions importantes sur le plan socio-professionnel. Le risque de suicide est particulièrement élevé et concerne 10 à 20 % de ces patients*
- Site du GHU Paris. *Qu'est-ce qu'un Centre médico-psychologique ?*. <https://www.ghu-paris.fr/fr/quest-ce-quun-centre-medico-psychologique>
- Gouvernement (2021, 28 janvier). *Comprendre la covid-19*. <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/comprendre-la-covid-19>
- Gouvernement. (2021, mars 3). *Les actions du gouvernement*. <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
- HCSP (2 avril 2020). Fiche structures de prise en charge ambulatoires en psychiatrie. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-psy-ambulatoire_covid-19.pdf
- Légifrance. (8 août 2004). *Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice*. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006066735/2004-08-07/>

- OMS. (2021, 29 janvier). *Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19*. <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.
- Haute Autorité de la Santé. Définition de l'EDC selon le DSM-5. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf
- OMS. (2002, 4 avril). *La sédentarité, une cause majeure de maladies et d'incapacités*. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/>
- OMS. (30 mars 2018). Santé mentale : renforcer notre action. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Vidéos

- Ajuriaguerra, J. (2020, 12 novembre). *Le normal et l'anormal dans le domaine mental*. [Vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=wYD4P5rQwiA>
- Nasio, J-D. (2021, 5 février). *“Allons-nous tous devenir des déprimés Covid-19 ?”*. [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=b-aycH24iuQ>
- NotreFamille.Com Santé (6 juin 2014). *A quoi sert un bilan psychomoteur ?* [Vidéo]. https://www.youtube.com/watch?v=uBpV_XG3InQ

Annexe I

Article 1 du Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice :

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

1. Bilan psychomoteur.
2. Education précoce et stimulations psychomotrices.
3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
 - retards du développement psychomoteur ;
 - troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
 - troubles du schéma corporel ;
 - troubles de la latéralité ;
 - troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
 - dysharmonies psychomotrices ;
 - troubles tonico-émotionnels ;
 - maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
 - débilité motrice ;
 - inhibition psychomotrice ;
 - instabilité psychomotrice ;
 - troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.
4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations

émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

(source: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006066735/2004-08-07/>)

Annexe II

Les recommandations du 23 mars 2020 applicables à l'organisation des prises en charges en ambulatoire dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie

(Fiche rédigée le 2 avril 2020 et transmise en annexe du Ministère de la Santé n°2020-41 du 23 mars 2020)

La présente fiche, ciblée sur les prises en charge, concerne :

- Les structures proposant une prise en charge ambulatoire en psychiatrie de secteur ou intersectorielle, ou en psychiatrie privée : Centres Médico-Psychologiques (CMP), équipes mobiles...
- Les alternatives à l'hospitalisation complète, en particulier les structures d'hospitalisation partielle telles que les hôpitaux de jour (HDJ) ;
- Les activités de consultation externe des services de psychiatrie.

Elle vise à proposer des éléments d'orientation, à adapter en fonction des situations locales, concernant la réorganisation de ces prises en charge dans le cadre du Covid 19.

Les patients présentant des pathologies psychiatriques constituant une population fragile, avec des comorbidités somatiques importantes et/ou en situation d'isolement psycho-social, il s'agit dans la mesure du possible de concentrer les moyens, pour :

- Maintenir une prise en charge de qualité malgré le contexte de l'épidémie ;
- Répondre aux nouveaux besoins de prise en charge liés au contexte ;
- Prévenir les urgences et les décompensations ;
- Eviter, autant que faire se peut, les reports vers l'hospitalisation à temps complet
- Limiter la perte de contact (les « perdus de vue ») et les ruptures de traitement notamment médicamenteuses ;
- Aider à la compréhension et à la meilleure application des gestes barrière et des mesures de confinement, en prenant en compte les récents assouplissements des conditions de sorties des personnes en situation de handicap.

Il est rappelé que les prises en charge et activités de groupe sont suspendues en présentiel (sauf situation particulière motivée, dans le strict respect des mesures barrière et si les conditions le permettent) pour limiter le risque de propagation virale et permettre de redéployer les moyens au profit des prises en charge individuelles : fermeture des ateliers thérapeutiques, maintien des HDJ dont l'activité est réorganisée pour proposer des prises en charge individuelles.

Il convient de privilégier la mise en place lorsque c'est possible de réponses en télésanté et, à défaut d'outils connectés, d'appels téléphoniques.

(Source : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-psy-ambulatoire_covid-19.pdf)

Annexe III

Généralités sur le SARS-CoV-2 et la COVID-19

Le SARS-CoV-2 et la COVID-19. Les informations suivantes proviennent du dossier de l'INSERM établi par d'Ortenzio, Yazdanpanah et Lina (2021).

Le virus SARS-CoV-2, responsable de la maladie de COVID-19, fait partie de l'immense famille de coronavirus, baptisés ainsi du fait de la couronne de protéines qui coiffe leur surface. Il est le 7ème coronavirus pathogène pour l'homme connu. Il s'agit d'un virus à ARN (acide ribonucléique). D'une façon générale, ce type de virus mute plus facilement qu'un virus à ADN, c'est pourquoi de nombreuses lignées de virus, appelés **variants**, apparaissent. La plupart sont inoffensifs mais depuis fin 2020, certains d'entre eux représentent un danger du fait de leur contagiosité et de leur sévérité. Les principaux d'entre eux sont les variants britannique, sud-africain, brésilien, indien et le variant breton.

Modes de transmission. Il est désormais établi que la transmission du SARS-CoV-2 se fait par deux voies principales :

-par **contact direct** entre une personne ou une surface infectée par le virus et une personne saine, via les muqueuses orale, nasale ou oculaire de cette dernière,

-par **transmission aérienne**, également dite "**aéroportée**" du virus, via des gouttelettes émises par la bouche ou par le nez et via des aérosols, de plus petite taille, qui constituent un ensemble de particules en suspension dans l'air. Plus le diamètre des gouttelettes est petit, plus elles pourront rester en suspension longtemps dans l'air. Si l'espace dans lequel elles se dispersent est mal aéré, elles peuvent s'accumuler et augmenter le risque de transmission.

Contagiosité. Le site du Gouvernement (2021, 28 janvier) stipule que la dangerosité du virus tient de sa **contagiosité** et explique que chaque personne infectée va contaminer au moins 3 personnes en l'absence de mesures de protection.

D'après l'INSERM, une personne est contagieuse cinq à huit jours après son infection par le virus, et elle le reste pendant environ quatorze jours, qu'elle présente ou non des symptômes. Si elle est symptomatique, le risque atteint son maximum après l'apparition des symptômes, puis diminue à partir du septième jour suivant leur apparition.

Les symptômes de la COVID-19. Une grande partie de la population infectée est asymptomatique. Les personnes symptomatiques, quant à elles, peuvent présenter une grande diversité de symptômes, principalement une fièvre et de la toux. Le tableau clinique peut parfois présenter une gêne respiratoire (dyspnée), des maux de tête (céphalées), un taux de saturation en oxygène bas, des nausées et/ou vomissements, des diarrhées, maux de gorge, congestion nasale, et parfois des manifestations dermatologiques comme des rougeurs ou éruptions cutanées. Deux autres symptômes très spécifiques sont désormais célèbres : la perte du goût (agueusie) et de l'odorat (anosmie). Certaines personnes âgées ont présenté des malaises, des chutes à répétition voire, dans certains cas, un syndrome confusionnel.

Evolution de la maladie. D'après les données de l'INSERM, les symptômes disparaissent dans 80% des cas en 5 à 14 jours, mais dans d'autres cas, les pathologies s'aggravent et conduisent à l'hospitalisation. Ce que l'on nomme "*forme grave*" de la COVID-19 peut se manifester par des pneumonies responsables d'un syndrome aigu de détresse respiratoire, une insuffisance rénale, des troubles du rythme cardiaque ou une surinfection.

Plus d'un an après l'apparition de la maladie, des cas de "COVID long" sont repérés et en cours d'étude. Des personnes conservent des séquelles de la maladie, principalement une fatigue et une dyspnée, parfois des troubles cardiaques. Il faudra encore du temps avant d'établir une sémiologie précise de la COVID-19 et de ses séquelles.

Annexe IV

Chronologie des actions de confinement, déconfinement et de couvre-feu

19 mai 2021 : le couvre-feu sera repoussé à 21h (au lieu de 19h)

3 avril 2021 : entrée en vigueur à partir de 19 h des mesures sanitaires renforcées sur l'ensemble du territoire métropolitain.

31 mars 2021 : allocution du Président de la République sur la situation sanitaire. Annonce de l'élargissement des restrictions sanitaires renforcées à l'ensemble du territoire métropolitain à partir du samedi 3 avril 19h.

25 mars 2021 : mise en place de restrictions sanitaires renforcées pour 3 départements supplémentaires, à compter du vendredi 26 mars à minuit : la Nièvre, le Rhône, l'Aube. 16 départements sont sous vigilance renforcée.

18 mars 2021 : mise en place de mesures restrictions sanitaires renforcées pour 16 départements à compter du vendredi 19 mars à minuit : la région Ile-de-France, la région Hauts-de-France, les Alpes-Maritimes, l'Eure et la Seine-Maritime.

4 mars 2021 : annonce que désormais 23 départements étaient sous surveillance renforcée, et extension du confinement le week-end sur l'ensemble du département du Pas-de-Calais.

25 février 2021 : annonce de la mise en place du confinement le week-end sur le littoral des Alpes-Maritimes et à Dunkerque et le passage de 20 départements sous surveillance renforcée.

19 février 2021 : le ministre des Solidarités et de la Santé annonce un prolongement de la durée d'isolement à 10 jours pour les cas positifs au Coronavirus.

1er février 2021 : fermeture des commerces non-alimentaires de plus de 20 000 mètres carrés

31 janvier 2021 : fermeture des frontières aux pays extérieurs à l'Espace Européen

16 janvier 2021 : Mise en place d'un couvre-feu de 18h00 à 06h00 sur l'ensemble du territoire métropolitain.

12 janvier 2021 : extension du couvre-feu à 18h00 à 06h00 aux départements de la Drôme et du Var.

10 janvier 2021 : extension du couvre-feu à 18h00 à 06h00 aux départements du Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, Haut-Rhin, Allier, Vaucluse, Cher, Côte d'Or, et des Alpes-de-Haute-Provence.

2 janvier 2021 : couvre-feu étendu de 18h00 à 06h00 dans les départements suivants : Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Ardennes, Doubs, Jura, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Vosges, Territoire de Belfort et Moselle

15 décembre 2020 : Mise en place d'un couvre-feu de 20h00 à 06h00 sur l'ensemble du territoire métropolitain

17 octobre 2020 : Début du couvre-feu en Ile-de-France ainsi qu'à Grenoble, Lille, Lyon, Aix Marseille, Saint-Etienne, Rouen, Montpellier et Toulouse.

14 octobre 2020 : le Président de la République annonce la mise en place d'un couvre-feu d'au moins 4 semaines en Ile de France et pour huit métropoles : Grenoble, Lille, Lyon, Aix Marseille, Saint-Etienne, Rouen, Montpellier et Toulouse. Les rassemblements sont limités à 6 personnes.

05 octobre 2020 : le Gouvernement annonce le passage de Paris et de trois départements de la petite couronne en alerte maximale.

17 septembre 2020 : le Ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé que les contrôles du respect de ces dispositions vont être renforcés et les visites dans les Ehpad encadrées. Dans les territoires où le virus circule activement, il a été fortement recommandé de limiter les rassemblements familiaux et amicaux, comme les

mariages ou les fêtes d'anniversaire.

11 septembre 2020 : le premier ministre annonce le passage de 42 départements en circulation active du virus et la stratégie de priorisation des tests. La durée d'isolement pour les cas contacts est ramenée à 7 jours.

27 août 2020 : face à la reprise de l'épidémie, le Premier ministre annonce le placement de 19 nouveaux départements en zone de circulation active du virus et rend obligatoire le port du masque dans l'ensemble des espaces fermés (y compris au travail).

20 juillet 2020 : Le port du masque "grand public" est rendu obligatoire dans tous les lieux clos (décret).

10 juillet 2020 : fin de l'état d'urgence sanitaire.

2 juin 2020 : deuxième phase de déconfinement.

11 mai 2020 : déconfinement progressif de la France.

13 avril 2020 : annonce de la prolongation du confinement de la population jusqu'au 11 mai par le président de la République.

27 mars 2020 : annonce par le Premier ministre de la prolongation de la période de confinement jusqu'au mercredi 15 avril 2020.

17 mars 2020 : restriction des déplacements au strict minimum dans l'Union Européenne ;

16 mars 2020 : allocution du président de la République

13 mars 2020 : annonce de l'interdiction des rassemblements de plus de 100 personnes par le Premier ministre.

12 mars 2020 : fermeture des crèches, écoles, collèges, lycées et universités jusqu'à nouvel ordre et mise en place d'un service de garde, région par région, pour les personnels qui sont indispensables à la gestion de la crise sanitaire ; mobilisation des médecins, des soignants, mais aussi d'étudiants et de jeunes retraités et report des soins non essentiels et opérations non urgentes à l'hôpital ;

8 mars 2020 : interdiction des rassemblements de plus de 1000 personnes non indispensables à la continuité de la vie de la Nation.

29 février 2020 : interdiction des rassemblements de plus de 5000 personnes en espace clos.

17 février 2020 : envoi d'un guide pratique sur le covid 19 aux professionnels de santé par le ministère des Solidarités et de la santé.

13 février 2020 : activation du plan d'organisation de la réponse du système de santé (ORSAN) qui vise à organiser la mobilisation du système de santé pour se préparer à une éventuelle circulation active du COVID-19 sur le territoire français.

27 janvier 2020 : activation du Centre de Crise Sanitaire ; développement d'un test diagnostique rapide par l'institut Pasteur permettant de donner un résultat en quelques heures.

14 janvier 2020 : sensibilisation des établissements hospitaliers, médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux à la situation et aux recommandations sanitaires

(Source : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>)

Annexe V

Critères diagnostics du DSM-5 de l'épisode dépressif caractérisé

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale. NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC. NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut

ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte. Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter. D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique. E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

(Source :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf)

Annexe VI

Critères diagnostics du DSM-5 du trouble anxieux généralisé.

Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tels le travail ou les performances scolaires).

A. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

B. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois ; N.B. Un seul item est requis chez l'enfant) :

1. agitation ou sensation d'être survolté ou à bout

2. fatigabilité

3. difficulté de concentration ou de mémoire

4. irritabilité

5. tension musculaire

6. perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

C. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

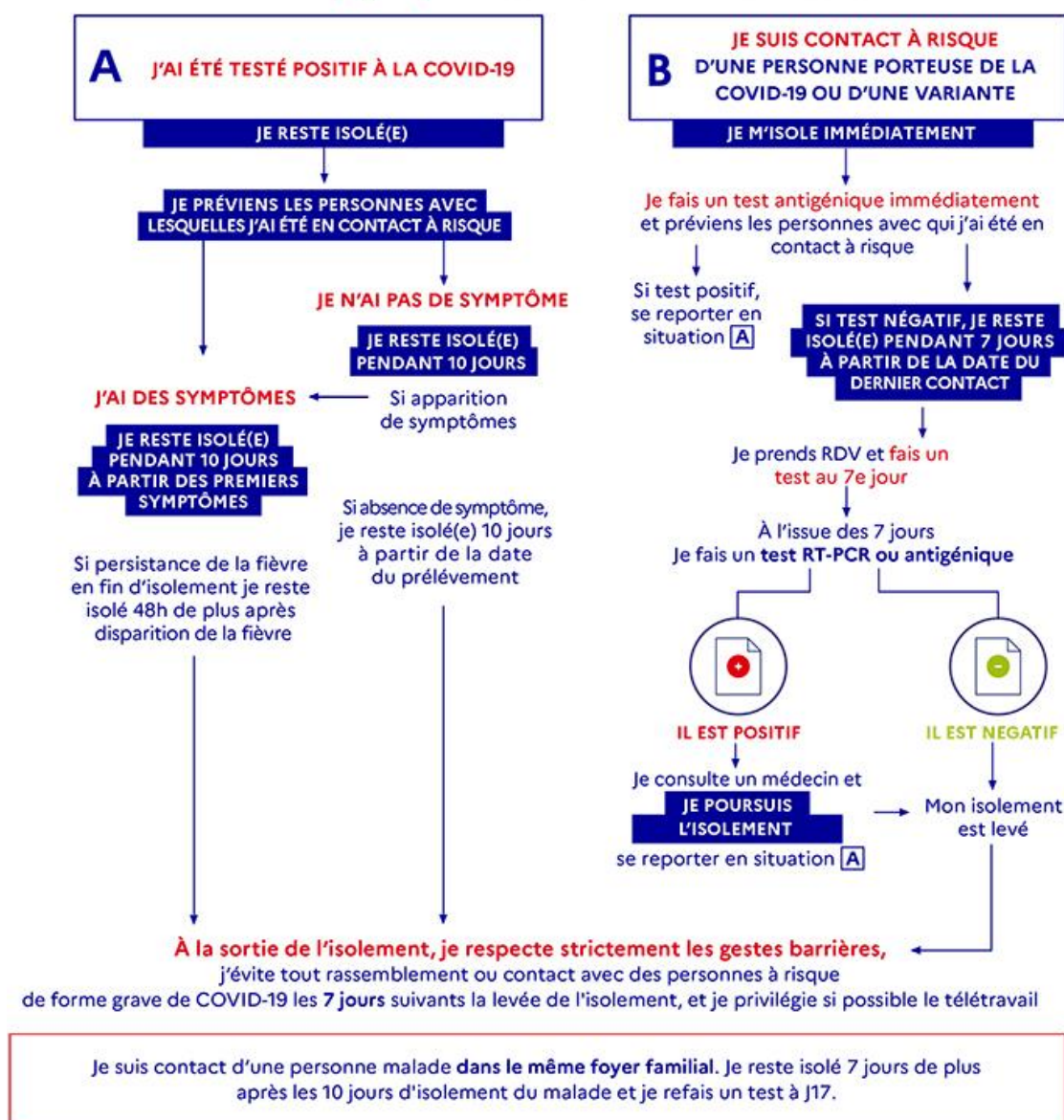
E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (ex., l'anxiété ou la préoccupation ne concernent pas seulement les attaques de panique dans le trouble panique, l'évaluation négative dans l'anxiété sociale, la contamination ou d'autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, la séparation des figures d'attachement dans le trouble anxiété de séparation, le rappel d'événements traumatiques dans le stress post-traumatique, la prise de poids dans l'anorexie, les symptômes somatiques dans le trouble de symptôme somatique, les défauts physiques dans le trouble de dysmorphie corporelle, les maladies graves dans le trouble anxiété de maladies, ou le contenu de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

(Source : Scialom, 2018, p. 605)

Annexe VII

ISOLEMENT : QUE FAIRE ?

Actuellement des variantes du SARS-CoV-2, plus contagieuses, circulent.
Il convient de rester extrêmement vigilant et d'appliquer chaque jour tous les gestes barrières.
Au moindre symptôme, isolez-vous immédiatement et faites-vous tester.



22/02/2021

Figure 1: Démarche à suivre en cas de test positif à la COVID-19 ou de statut de cas contact¹

¹ Source : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/thumbnails/image/infographie-isolement-que-faire.jpg>

Annexe VIII

Les médiations choisies

Les méthodes de relaxation.

« *La relaxation est une forme contenant de prise en charge, une alliance du tact et de la parole, ni trop près ou trop loin de l'autre, dans une approche où la finalité est une prise de conscience de soi, posé dans un moment précis, espace-temps qui plonge ses racines dans sa propre histoire* » (Soulignac Moreno, 1997, p. 14).

La relaxation progressive de Jacobson. D'après Guiose (2007), il s'agit d'une méthode de référence parmi les méthodes de relaxation dites neuro-musculaires à point de départ physiologique et centripètes, qui consistent en une action sur le circuit cortico-neuro-musculaire, par une mise au repos du cortex par la relaxation des muscles.

L'action va ainsi de la périphérie (les muscles) vers le centre (le cortex cérébral). Elle a été conçue par le docteur

Jacobson, peut se pratiquer assis ou allongé et consiste en l'alternance de la contraction de certains membres et de leur relâchement. Elle s'appuie sur l'éducation au repérage et à l'analyse, par le patient, de ses propres tensions, participant de fait à la conscience corporelle. Elle m'intéresse donc particulièrement par son aspect pédagogique et le fait qu'elle puisse accompagner le patient dans la connaissance de lui-même, par le repérage de ses schémas de tension/ relâchement musculaires et la maîtrise progressive de sa régulation tonique, dans un but d'autonomisation et d'économie d'énergie.

La relaxation activo-passive de Wintrebert. Il s'agit ici encore d'une méthode de relaxation de référence, utilisant le contact physique au cours de mobilisations lentes et rythmiques de segments du corps du sujet qui « *induit une expérience quasi fusionnelle, un maternage qui fait partie intégrante du traitement* » (Guisse, 2007, p. 24).

La méthode de l'eutonie, de Gerda Alexander. D'après l'ouvrage de Brieghel-Müller (1979). Elle peut se considérer comme une véritable exploration du corps à partir de la peau, des muscles, des os et de sa place dans l'espace. Ludique, adaptable à tous, elle affine la conscience corporelle, se basant sur une intégration sensorielle progressive (des appuis, des surfaces, des creux puis des volumes). Elle utilise classiquement 3 médiateurs (balle de tennis, bambous et marrons) et peut être explorée seul ou en binôme.

Le terme eutonie, littéralement le bon tonus, a été inventé par Gerda Alexander et suppose l'intérêt de trouver son propre équilibre tonique, en toute circonstance. Elle permet de développer la capacité à détecter ses schémas de tension ou de relâchement musculaire et a un rôle prophylactique (elle permet de prévenir l'état d'hypertension générale)

L'intérêt du massage a été présenté par Savatofski qui développa la méthode du "toucher-massage", une pratique différente du massage spécifique des kinésithérapeutes. Pour son fondateur, il s'agit d'« *une méthode plus subjective, une manière de faire et d'être, de communiquer, d'accompagner le soin, dans le but de rassurer, calmer, détendre immédiatement* » (Savatoski (1999, p. 2)

RÉSUMÉ

La pandémie de COVID-19 génère une crise sanitaire et sociale inédite qui transforme les paramètres de la relation humaine. Les mesures barrières prises pour lutter contre la propagation du coronavirus conduisent à une importante restriction des contacts entre humains et des situations d'isolement. Or, des études mettent en évidence l'impact de l'isolement sur la santé mentale. La situation sanitaire constitue donc un risque psycho-social et la recrudescence des troubles anxio-dépressifs est préoccupante. Ce problème de santé publique concerne la population générale mais également la population, déjà fragilisée, des patients admis en soin de psychiatrie adulte. L'objectif de ce mémoire est de montrer en quoi la thérapie psychomotrice peut contribuer à restaurer le sentiment d'être en relation mis à mal par la situation pandémique. L'établissement d'une relation thérapeutique constitue un premier élément de réponse au problème. Le toucher thérapeutique, permet d'approfondir le sentiment d'être en contact, mais d'autres moyens qui n'engagent pas le toucher constituent également des modalités de contact intéressantes.

Mots-clés : Pandémie COVID-19 - Mesures barrières - Troubles anxio-dépressifs - Relation thérapeutique - Toucher thérapeutique.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic is generating an unprecedented health and social crisis that is transforming the parameters of human relationships. The barrier measures taken to combat the spread of the coronavirus lead to significant restrictions in human contact and to situations of isolation. However, studies show the impact of isolation on mental health. The health situation therefore constitutes a psycho-social risk and the resurgence of anxiety-depressive disorders is worrying. This public health problem concerns the general population but also the already weakened population of patients admitted to psychiatric care. The objective of this dissertation is to show how psychomotor therapy can help restore the feeling of being in a relationship that was damaged by the pandemic situation. Establishing a therapeutic relationship is the first step to resolving the problem. Therapeutic touch deepens the feeling of being in contact, but other means that do not involve touch are also interesting contact modalities.

Keywords : COVID-19 pandemic - Barrier measures - Anxio-depressive disorders - Therapeutic relationship - Therapeutic touch.