



HAL
open science

Penser l'altérité en psychomotricité. À partir d'une pratique psychomotrice en situation transculturelle auprès de personnes incarcérées

Nine Bagnarosa

► **To cite this version:**

Nine Bagnarosa. Penser l'altérité en psychomotricité. À partir d'une pratique psychomotrice en situation transculturelle auprès de personnes incarcérées. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-04295974

HAL Id: dumas-04295974

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04295974>

Submitted on 20 Nov 2023

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.

Université de Bordeaux
Collèges des Sciences de l'Homme, et Santé
Facultés Département d'Anthropologie sociale – Ethnologie, et de
Médecine générale

Penser l'altérité en psychomotricité

A partir d'une pratique psychomotrice en situation
transculturelle auprès de personnes incarcérées

Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.U. :
« Médecines et soins transculturels »

Par

Nine Bagnarosa

Sous la direction de Mme LKHADIR Aicha

1° Session / 2017-2018

Remerciements

En premier lieu, je souhaite remercier, Mme LKHADIR Aïcha pour avoir accepté de superviser mon travail et pour ses conseils avisés,

Mes pensées vont également envers mes camarades de la promotion MALOYA, pour leur présence et la richesse des échanges, qui sont venus nourrir cette année de réflexion,

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique du D.U. « Médecines et soins transculturels » pour le partage de leurs expériences et de leurs connaissances,

Une attention particulière envers Mélanie LESUEUR et Céline CAUVY, collègues attentionnées, dont les échanges au quotidien me permettent de grandir professionnellement

Merci à l'ensemble des patients que j'ai pu rencontrer d'avoir accepté de faire un bout du chemin en ma présence,

A l'ensemble de l'équipe soignante de Figaro et d'Epernon, pour le travail d'équipe, sans lequel une unité de soins ne pourrait fonctionner,

Un clin d'œil à ma mère, Marie LISTUZZI, toujours présente, même dans les derniers temps de relecture

Une pensée en mouvements pour Antoine, Alain et Zoé, dont leur cours me permettent de me retrouver, d'étayer ma corporalité, et à l'ensemble des danseurs rencontrés dans la danse

Sommaire

RESUME:	4
INTRODUCTION :	6
I. Le milieu carcéral	8
a. Le système carcéral en France.....	8
b. Phénoménologie et anthropologie de l’incarcération	11
c. Réflexion autour du vécu des personnes immigrées en prison :.....	15
II. Thérapie psychomotrice en situation transculturelle :	17
a. Présentation de la psychomotricité	17
b. Le lien corps-psyché en psychomotricité	18
c. Les différentes dimensions de l’altérité :.....	19
III. Etudes de cas cliniques	22
a. Cadre du matériel clinique	22
b. Etude de cas n° 1 : Mr Y. : <i>du dehors au dedans</i>	22
c. Etude de cas n° 2 : Mme A : <i>en quête d’un portage</i>	24
d. Etude de cas n°3 : Mme X : <i>apprivoiser l’inquiétante étrangeté</i>	26
IV. Analyse et discussion :	31
a. Contre-transfert culturel	31
b. Corps, Altérité et Identité	32
c. L’altérité comme levier thérapeutique	34
d. La transitionnalité en thérapie psychomotrice.....	36
e. L’engagement du psychomotricien(ne).....	37
f. Psychomotricité interculturelle	38
g. Discussion autour de l’altérité en psychomotricité à l’UHSA.....	39
CONCLUSION	41
TABLE DES MATIERES	42
BIBLIOGRAPHIE	44

RESUME:

Ce travail propose une réflexion sur l'impact thérapeutique de l'abord de l'altérité en thérapie psychomotrice. Il se réalise à partir d'une clinique auprès de patients issus de l'immigration en milieu carcéral. Des apports théoriques, provenant de l'anthropologie et de la phénoménologie, nous éclairent sur l'impact de l'incarcération auprès de la corporéité et de l'identité du sujet. La relation thérapeutique s'en trouve affectée. L'étude de la notion d'altérité, d'un point de vue théorico-clinique, nous laisse à penser qu'elle constitue un levier thérapeutique. Elle semble favoriser la relation de soin en milieu carcéral, et permet au patient une ouverture à l'autre et à soi. Elle se retrouve au cœur de la pratique psychomotrice, elle est convoquée dans la mobilisation corporelle du sujet et la posture du psychomotricien.

Altérité ; consultation transculturelle ; thérapie psychomotrice ; milieu carcéral.

This work offers a reflection about the therapeutic impact of the approach of otherness in psychomotricity therapy. It was achieved through a clinical study alongside patients from a migrant background in a prison environment. Theoretical perspectives, originating from anthropology and phenomenology, shed a light on the impact of the imprisonment towards the subject corporeality and identity. The therapeutic relationship is therefore affected. The study of the concept of otherness, from a clinical and theoretical point of view, is an indication that offers therapeutic leverage. It seems to encourage the care relationship in the prison environment and allows openness to the patient, toward themselves and others. This study lies at the core of the psychomotor skills and is used in the subject's mobilisation of the body and the psychomotor's position.

Otherness ; Intercultural consultation ; psychomotricity therapy ; prison environment

« Faute de penser l'autre ; on construit l'étranger »

Marc Augé¹

¹ Cité dans Le Grand-Séville, 2010, p.458

INTRODUCTION :

L'élaboration de ce mémoire émane de réflexions à partir de ma pratique professionnelle, en tant que psychomotricienne, dans une unité de psychiatrie en milieu carcéral, en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (U.H.S.A). Présente dans ce service depuis son ouverture, cela m'a amenée (et encore aujourd'hui) à me questionner sur la place et l'ajustement de la pratique psychomotrice dans ce contexte singulier. La rencontre régulière avec des patients immigrés (de 1^{ère} ou de 2^o génération) est venue m'interpeller dans ma pratique, dans ma posture soignante, venant bousculer mes repères. Ces prises en soins ont fait émerger des questionnements, des réflexions, que j'ai souhaité aborder ici, en discutant sur la notion de l'altérité en thérapie psychomotrice.

Les U.H.S.A, parfois qualifiées comme des « hopitaux-prisons », permettent l'hospitalisation à temps complet (avec ou sans consentement) de personnes sous main de justice² nécessitant des soins psychiatriques. L'unité de soins est entourée par l'administration pénitentiaire qui assure la surveillance et la sécurisation des détenus et du personnel soignant. Le règlement interne est soumis à la fois aux règles hospitalières et pénitentiaires. Il persiste le statut de « détenu » pour les patients (cantine ; parloirs ; etc.). Dans la majeure partie des cas, les patients proviennent des établissements pénitentiaires, après un temps plus ou moins important passé en détention classique. L'U.H.S.A intervient avec les mêmes objectifs qu'une unité d'admission : stabiliser le patient et éclaircir le diagnostic clinique, pour l'orienter ensuite vers un service en ambulatoire (Service Médico-Psychologique Régional³ ou Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires⁴). La sortie s'organise ainsi le plus souvent, soit dans un retour à l'établissement d'origine, soit vers un SMPR ou vers l'extérieur, lorsque le détenu est en fin de peine.

Idéation suicidaire, état dépressif, décompensation psychotique, passage à l'acte sur soi ou sur autrui, état d'agitation ..etc. les motifs d'hospitalisations sont divers et leur durée varie en fonction de l'évolution clinique du patient. L'incarcération peut induire une souffrance psychique et/ou accentuer une pathologie psychiatrique, pré-existante à la mise sous écrou.

La prise en compte de l'impact de cet environnement et de cette condition sur la corporéité du sujet, par mon propre vécu et la rencontre avec les patients, me semble indispensable et indissociable du prendre soin en milieu carcéral. L'incarcération vient impacter le sujet dans son rapport au monde : l'espace est restreint et les mouvements contrôlés, le temps n'est plus que référé aux procédures judiciaires, le lien social et culturel se voit altéré, parfois même aboli, tout ceci conduisant à un contexte de fragilité et de vulnérabilité. Cette situation est d'autant plus déstabilisante pour les personnes immigrées : l'incompréhension du français empêche la communication et la compréhension du déroulement de l'incarcération,

² Les personnes sous main de justice font l'objet d'une mesure restrictive ou privative de liberté à la suite d'une décision de la justice, en milieu ouvert ou fermé.

³ Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) est une unité de soins psychiatrique à l'intérieur d'un centre pénitentiaire. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire : psychiatre, infirmiers, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute etc..

⁴ L'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) est une unité à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire. Elle peut regrouper des soins somatiques et /ou psychiatriques.

l'isolement social est d'autant plus marqué, la dimension culturelle n'est que peu pensée.

Le corps va souvent être un moyen d'expression de la souffrance psychique : par des somatisations, des passages à l'acte (scarifications, tentatives de suicides, crises clastiques) liés à un défaut d'élaboration ou d'une difficulté à mettre en mots ses ressentis. Il peut ainsi être une voie d'accès pour rencontrer le patient et l'accompagner dans un processus de soin. Il est également le réceptacle de la souffrance psychique : corps figé et inexpressif, dissociation, hallucinations cénesthésiques, vécu d'étrangeté, de dépersonnalisation, etc. L'absence d'une langue commune, les représentations différentes en situation transculturelle peuvent amener une difficulté à mettre du sens sur ce qui est observé, ressenti, et conduire à de l'incompréhension, du rejet, une incapacité à penser.

Cette envie d'écriture à partir de mon expérience professionnelle se veut dans une quête de mettre du sens et des mots face à des sensations en flottement, diffuses, souvent déroutantes à la rencontre de ces patients venus d'ailleurs. La difficulté à appréhender certains éléments me donnait l'impression de « passer à côté » du patient : la place de la culture dans le soin, l'altérité, mes possibilités personnelles face à l'inconnu, au différent etc. Ainsi, ce travail vient nourrir une réflexion en mouvement à partir d'une pratique professionnelle.

Comment, dans ce contexte d'hospitalisation en milieu carcéral, penser l'altérité dans l'approche psychomotrice ?

Quelle place et quel intérêt de l'accompagnement en psychomotricité durant l'incarcération ? La pratique psychomotrice serait-elle une méthode privilégiée pour aborder la question de l'altérité ? Quelle nouvelle approche à soi et à l'autre ?

Nous avançons ainsi l'hypothèse que « L'expérience carcérale », comme l'identifie Rostaing C. (2006, p.29), constitue un contexte de fragilité et de vulnérabilité, impactant le sujet dans son rapport au monde, qui viendrait faire résonance aux événements antérieurs vécus dans le processus de la migration. L'approche psychomotrice, s'intéressant au corps en relation, viendrait étayer le sujet dans le lien à soi, à l'autre soutenant ainsi la dimension identitaire du sujet altéré par l'incarcération et l'acculturation.

En premier lieu, l'impact de l'incarcération étant difficile à quantifier, une approche anthropologique et phénoménologique nous permettra d'aborder au plus près les répercussions sur la corporéité et l'identité du sujet. La partie théorique qui s'en suit, sur la psychomotricité et l'altérité, aidera à spécifier le propos en explicitant ces termes. L'outil méthodologique utilisé concerne des études de cas, réalisées à partir de suivis en psychomotricité à l'UHSA. Nous nous baserons sur ces écrits pour analyser et réfléchir aux processus opérants de l'altérité en psychomotricité. Nous chercherons ainsi à discuter de l'hypothèse suivante : l'altérité est au centre de la pratique psychomotrice. Penser « l'altérité », en psychomotricité, serait un levier thérapeutique permettant de favoriser la rencontre et d'étayer la dimension identitaire du patient. Dans une situation transculturelle, l'approche psychomotrice induirait la mobilisation et la mise en lien de sensations, d'affects et de pensées permettant au sujet de se-réinscrire dans son histoire, dans ses affiliations. Le propos se terminera par une discussion sur l'intérêt de cette pratique en UHSA.

I. Le milieu carcéral

Le milieu carcéral reste, encore de nos jours, un espace exclu de la société. Les représentations sont nombreuses, souvent erronées, falsifiées ou soumises à un imaginaire débordant. Pour contextualiser notre propos, nous allons brièvement aborder, de manière historique et factuelle, la question de la privation de liberté, de la population carcérale et du soin psychiatrique en détention.

a. Le système carcéral en France

i. *La privation de liberté*

Au regard des mesures pénales, la privation de liberté est majoritaire. L'incarcération constitue le mode principal d'exécution des peines. L'enfermement vient répondre à une condamnation ou à une « mise sous mandat de dépôt » (dans l'attente de la procédure judiciaire pour les personnes prévenues).

Le 1^o code pénal apparaît en France, en 1791. La privation de liberté va alors être considérée comme une peine possible, les châtimens corporels exposés devenant inacceptables pour la société. La prison est instituée dans une forme punitive et sécuritaire. En 1994, Le conseil constitutionnel précise que « l'exécution des peines privatives de liberté en matière correctionnelle et criminelle a été conçue, non seulement pour protéger la société et assurer la punition du condamné, mais aussi pour favoriser l'amendement de celui-ci et permettre son éventuelle réinsertion »⁵.

Les centres de détention se voient dotés de différentes fonctions : fonction punitive, sécuritaire, de réhabilitation et thérapeutique. Les deux premières restent au premier plan, l'architecture carcérale en est le témoin. Celle-ci est soumise à différentes exigences : nécessité de « séparation, sécurité, contrôle et visibilité », au détriment d'espaces collectifs et de partage. Selon Milhaud O. (2015, p. 158), il y a « un surinvestissement des capacités spatiales aux dépens du rôle essentiel des interactions sociales ». L'isolement est double, de part une privation de l'espace extérieur de liberté et de la séparation des détenus entre eux. Les contacts avec la société extérieure sont régulés, contrôlés (parloirs, correspondances etc.) mais également les échanges entre détenus (cellules individuelles, régulation des activités et temps de promenades). L'isolement « absolu » (hormis les agents de la pénitencier) persiste dans certains cas, (personnes signalées ou considérées comme « dangereuses », placées alors dans le quartier d'isolement). Le Comité National Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) qualifie de « torture blanche » (rapport CNCDH, 2004) l'isolement de longue durée qui peut être infligé aux détenus.

D'après Michel Foucault (1972), dans *Histoire de la folie à l'âge classique*, l'évolution du système carcéral s'observe par « la manière d'appréhender le « corps des condamnés » ». Depuis la naissance des prisons, du fait notamment des associations de défense des droits des détenus, des améliorations sont observées

⁵ Décision n°93.634 du 20 janvier 1994.

dans les conditions des personnes incarcérées. La non systématisation de la fouille au corps en est un bon exemple⁶. Lors de son rapport en 2017, le Comité européen pour la Prévention de la Torture (CPT) a déclamé la surpopulation carcérale et l'insalubrité des lieux, portant atteinte à la dignité et l'intimité des détenus.

L'accompagnement vers la réinsertion est fragilisé, du fait des restrictions budgétaires, du manque de personnel et de la surpopulation carcérale. La possibilité de mettre en place des aménagements de peine est réduite et l'accès aux activités restreint, pourtant essentiel pour éviter la récidive. L'accent est porté sur le sécuritaire, ce que l'on retrouve également au niveau pénal, par la transformation d'infractions en délits, pouvant conduire à une peine d'emprisonnement.

ii. Population carcérale

Il paraît pertinent de s'intéresser à la constitution de la population carcérale, à partir des travaux de Fassin D. (2017), pour éviter les amalgames.

Fassin D. (p.122) évoque une « surreprésentation des personnes appartenant à des minorités ethniques ou raciales ». Les étrangers représentent 1/5^e de la population carcérale, en baisse depuis l'ouverture des centres de rétention administratifs. Au 1^{er} Janvier 2014, 18.5 % de la population carcérale était de nationalité étrangère⁷(cela représenterait 6% de plus que dans la population générale). La nationalité la plus représentée est originaire des pays africains.

En 2013, 77% des détenus étaient de minorités ethniques et raciales. (Fassin, p.130) La plupart de ces personnes sont de nationalité française, des immigrés de seconde génération. Il est cependant difficile de faire le lien avec la démographie française, mais il est facilement pensable que ce taux est plus élevé qu'au niveau national.

Fassin D. éclaire également le lien entre les législations mises en place, les pratiques policières et la constitution de la population carcérale. Pour exemple, ces dernières années, il s'observe une augmentation des infractions liées aux stupéfiants en répercussion à la législation. Elles sont facilement repérables par les policiers, au détour d'un contrôle d'identité. On tend alors vers une discrimination policière. Les agents, pour remplir les quotas, interviennent de manière ciblée dans des quartiers populaires, au sein de minorités.

La population carcérale reflète différents enjeux (politiques, sociétaux) et vient également questionner sur l'accueil et l'intégration des personnes immigrées (de première ou de deuxième génération) en France.

⁶ Le Comité européen pour la Prévention de la Torture (CPT) a dénoncé le caractère intrusif et dégradant des fouilles à nu et leur caractère trop systématique. L'article 57 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 énonce l'individualisation et l'adaptation de la fouille à chaque personne.

⁷ Selon le journal officiel de la république française, texte 69 / 95 n° 127

iii. Prison et santé mentale – entre soigner et punir

Après la révolution française, sont déterminées deux formes légales de l'enfermement : une, liée au « carcéral », l'autre au « médico-administratif ». Dans le deuxième cas, la personne est hospitalisée durant une période déterminée selon l'avis médical. L'enfermement est ainsi justifié par une nécessité de soin et de protection de la société. Une complexité apparaît dans des situations « d'entre-deux », autour de la question de la responsabilité : la personne est-elle responsable ou irresponsable par rapport à l'acte commis ? Le code pénal de 1810 (article 64) énonce la notion d'irresponsabilité pénale⁸ lors d'une abolition du discernement. En 1992, l'article sera révisé avec l'ajout de la notion d'altération du discernement, conduisant à une atténuation de la responsabilité.⁹

En lien avec l'accès au droit et la prise en compte d'une surreprésentation des pathologies psychiatriques en détention, se développent des services de psychiatries à l'intérieur des prisons. Les SMPR, apparus en 1986, permettent un accueil en hospitalisation de jour, avec des consultations et ateliers thérapeutiques par une équipe pluridisciplinaire.

Lorsqu'une personne détenue nécessite une hospitalisation complète dans un état de crise ou d'inadaptation à l'environnement carcéral, elle est accueillie dans une unité de psychiatrie de secteur, selon l'article D.398 du code de procédure pénale en hospitalisation d'office. Ces situations restent difficiles autant pour le patient que pour l'équipe soignante : les soignants sont responsables si une évasion se produit, les patients sont alors souvent placés en isolement même si leur état de santé ne le justifie pas. D'autant plus qu'avec les politiques actuelles d'ouverture des unités de psychiatrie et la diminution du nombre de soignants, l'hospitalisation de patients avec des troubles du comportement ou sans consentement devient de plus en plus délicate.

Afin de pallier à ces difficultés et pour offrir un soin psychiatrique adapté aux détenus (en réponse à la constatation par le CPT de l'état dramatique de la psychiatrie pénitentiaire), la loi Perben I en 2002 décrète l'ouverture d'U.H.S.A.. Il existe, à l'heure actuelle, neuf U.H.S.A., répartis sur le territoire français.

Ce rapprochement entre la psychiatrie et l'univers carcéral n'est pas sans soulever des débats et des craintes. L'Observatoire International des Prisons (OIP, 2011) observe une diminution du pourcentage de personnes déclarées irresponsables depuis 1980, venant renforcer la crainte d'une incarcération plus systématique de personnes atteintes de troubles psychiatriques, certains redoutant une « carcéralisation » de la psychiatrie et une disparition de l'irresponsabilité. Cela amène également un questionnement sur les soins sous contrainte : les personnes sont reconnues responsables pour leur acte mais pas assez lucides pour accéder à des soins.

A la suite de ce bref état des lieux, nécessaire pour mieux contextualiser ce propos, nous allons aborder la corporéité du détenu, par une approche phénoménologique et anthropologique de l'incarcération.

⁸ Article 122-1 du Code pénal: « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

⁹ Article 122-1 du Code pénal : « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ».

b. Phénoménologie et anthropologie de l'incarcération

i. La temporalité

La temporalité est une appropriation éminemment subjective. « (...) *l'inexistence du temps réel, qui n'est jamais qu'un temps socialement défini que chacun appréhende avec sa propre subjectivité, ses représentations et son imaginaire* ». (Englebert, 2013, p.253)

La temporalité carcérale est marquée par un « *éternel retour du même* », un quotidien répétitif. Les détenus essaient de trouver des repères lors de rendez-vous, de rencontres, qui viennent ponctuer, amener une variable dans une routine incessante. Il y a ainsi un avant, pendant, après rendez-vous, quand la personne est au courant de celui-ci, et peut donc s'y préparer physiquement et psychiquement, donnant ainsi une certaine possibilité d'appropriation.

En fonction, également, du moment de l'incarcération (en préventive, avant le jugement, en demande d'un projet d'aménagement), le rapport au temps va être différent. Durant l'instruction, la procédure judiciaire va venir rythmer l'incarcération et mobiliser le sujet, le renvoyant parfois sur l'avant détention et le passage à l'acte. Lors d'un aménagement de peine, la personne va se projeter dans un futur possible, sur l'extérieur, et qui s'associe parfois à une reprise de contact avec la réalité extérieure. Après le jugement, on peut observer comme une fixation de la vie psychique, le sujet est en suspens, avec une difficulté (impossibilité ?) d'investir le temps présent de l'incarcération.

La temporalité carcérale est gérée par une autorité externe, indépendante du sujet, empêchant ainsi une appropriation subjective du temps. Le détenu s'adapte « en surface » et ne peut avoir une réelle prise sur ce temps, dénuée de subjectivité. Englebert (p.248) parle d'un « *hiatus temporel*, c'est-à-dire un « trou » ou un « vide » dans la trame narrative propre à tout être humain. » La dimension identitaire du sujet se trouve ainsi touchée, altérée.

L'appropriation de la temporalité carcérale se fait à partir d'un cadre de référence et d'une norme : la temporalité extérieure. Le sujet compare ainsi son quotidien à une réalité différente, extérieure dans laquelle, il n'est plus. Il est toutefois important que le sujet garde de manière « imaginaire », implicite un lien avec cette temporalité extérieure, subjective pour ne pas s'inscrire seulement dans la temporalité carcérale, au risque de ne pouvoir s'y réinscrire à la fin de la peine. En effet, « le temps carcéral s'organise donc sous forme d'impasse autour du principe de l'*adaptation temporelle*. Le détenu ne peut pas échapper à cette temporalité folle tout en ne pouvant *raisonnablement* pas s'y adapter » (Englebert, p.251). Les personnes qui s'adaptent sans faille à la temporalité carcérale semblent prises dans un mouvement sans fin, dans une nécessité d'un cadre immuable, qui vient pallier à des fragilités existentielles et qui apporte contenance. L'adaptation est alors pathologique.

ii. La spatialité

L'espace carcéral est le « signifiant formel » du monde carcéral. La liberté de mouvement est réduite et contrôlée, dépendante du système et de l'organisation pénitentiaire. Les agents de la pénitencier doivent avoir connaissance de l'emplacement de chaque personne, à chaque instant. C'est tout un système qui organise l'espace du détenu, empêchant ainsi les possibilités d'appropriation subjective de l'environnement.

La cellule, espace potentiellement subjectivable, reste soumise aux règlements de la pénitencier. Il devient rare, la possibilité d'un espace propre; du fait de la surpopulation carcérale, la cellule devient d'emblée un espace partagé, rendant l'intimité impossible. D'après Englebert (2013, p.263) cela rend difficile la territorialisation, qui « est cette faculté pour un sujet de s'approprier son espace ». Par un réaménagement, des touches personnelles, le sujet va pouvoir transformer un espace « objectif », en un « chez soi », lieu de vie. En milieu carcéral, la territorialisation est difficile, car l'espace est déjà un territoire marqué par une autorité externe, puissante, non identifiable.

A l'extrême, lorsque le sujet fait de la cellule « son territoire », cela rend difficile les possibilités d'adaptation à la vie extérieure. Le détenu est en difficulté pour réinvestir un espace source de subjectivité, ce qui va être à l'origine d'angoisses (nous recevons régulièrement des patients en fin de peine). Il y a comme une certaine introjection de cet espace carcéral, un espace devenu rassurant, contenant au fil de la durée de la peine, qui « révèle une véritable dimension identitaire ». (Englebert, p. 263)

A l'extrême, cela peut amener à des comportements inadaptés, le sujet se repliant complètement dans sa cellule, et vivant chaque entrée comme une intrusion. L'espace de la cellule étant vécu comme l'espace de son propre corps.

Comme l'affirme paradoxalement Englebert (p.268) « l'adaptation est non adaptative ».

Aborder la question de l'espace et du temps, cela renvoie indéniablement à la notion de rythme : « celui-ci est la combinaison de deux mouvements : celui produit par le sujet, marquant de son empreinte l'environnement et celui produit par l'environnement, vécu passivement par un sujet marqué » (Englebert J., p.268). L'équilibre entre les deux est important et constitue un élément fondateur de la vie psychique.

Le milieu carcéral remet en question cet équilibre, imposant un « vécu rythmique passif » au niveau des besoins physiologiques de base (alimentation, rythme veille/sommeil, hygiène, contact social). Comme l'affirme Englebert (p.272) « la rythmique est parfaitement déterritorialisée ».

En milieu carcéral, il y a impossibilité d'un investissement subjectif de ces trois dimensions que sont : le temps, l'espace et le rythme. Le sujet est placé dans une position de passivité, l'adaptation y est complexe.

iii. « Corps carcéral ; identité carcérale »

L'incarcération vient transformer le sujet dans le rapport à son corps propre. Un conflit d'appropriation du corps apparaît entre le détenu et l'emprise pénitentiaire. Les différents auteurs, (Chamond, Decocq, Leroy-viemon et Moreira, 2014, p.674) considère que la condition carcérale peut être vue « comme une clinique de la désappropriation du corps propre avec ses modalités de réactions et de résistances ». La lutte pour maintenir un sentiment d'appropriation de son corps et en réaffirmer la propriété peut passer par diverses stratégies, plus ou moins économes, pouvant aller jusqu'à la destruction de celui-ci.

Pour certains, la pratique sportive (souvent intensive) va être une manière de reprendre la maîtrise sur son corps, tout en se construisant un corps musclé pour maintenir l'autre à distance. Pour d'autres, la consommation de toxiques permet l'illusion d'un contrôle de ses états corporels et émotionnels, voir la recherche d'une anesthésie affective. L'atteinte de l'intégrité corporelle vise à maîtriser des sensations corporelles, marquer la propriété de son corps et rendre visible une souffrance interne. La recherche d'une mise à l'isolement est une manière de gérer ses émotions et son corps, quand la rencontre avec l'autre devient impossible. Le suicide peut être une manière de « mettre fin à l'emprise de l'autre sur son corps » le sujet « tente de redevenir maître de sa propre finitude en dépossédant l'institution pénitentiaire de son objet ; à savoir son corps ; au prix de sa propre destruction » (Chamond *et al*, p. 681).

Lorsque le sujet ne peut plus mettre en place de stratégie d'adaptation, sous le poids des années de détention, il s'observe une dissociation du corps et de l'esprit, le corps étant désinvesti, nié, et le sujet survit sans consistance. Ce pouvoir sur le corps des détenus est défini par Sami-Ali (cité par Englebert, 2013, p.320) comme un « Surmoi corporel » : « Le Surmoi corporel incarne une autorité à la fois physique et morale qui *définit* au sujet la façon de vivre son corps ».

Ainsi la dialectique « corps sujet - corps objet » se trouve bouleversée, avec une tendance vers l'objectalisation du corps. Nous pouvons lier à cela la perte de subjectivité au niveau identitaire que vit le détenu une fois sous écrou. Le sujet est alors identifié à un numéro, le numéro d'écrou, qui est le principal indicateur de son identité en détention.

C'est le regard de l'autre, la mécanique carcérale qui entraîne cette dérive vers le « corps-objet ». L'autorité n'a pas de subjectivité, d'identité, elle est transmise par le personnel pénitentiaire qui n'en est que l'exécutant. L'univers carcéral empêche la possibilité d'un investissement subjectif des actes quotidiens, les ramenant à leur nécessité primaire. Les mouvements du corps du détenu sont contrôlés, organisés, ramenés à leur fonction primaire : le déplacement, mais un déplacement qui reste sans possibilité subjective. La mécanique carcérale définit également une manière de s'occuper de son corps, nommée « la technique du corps carcéral » par Englebert J. (2013, p.320), notamment autour de l'hygiène corporelle : heure de la douche, liste restrictive des produits d'hygiène sur la cantine.

Les effets de déshumanisation liés à l'incarcération (l'acculturation, la désocialisation, l'altération de la temporalité et de la spatialité, la violence etc.) conduisent à une profonde atteinte de l'identité du sujet. Cette objectalisation du corps

tend vers une négativité de l'identité du sujet : la subjectivité, l'imaginaire, la créativité étant annihilés par l'univers carcéral. De par la visibilité et le contrôle sur le corps du détenu, celui-ci est un « objet de contemplation », jamais sujet. Paradoxalement, le prisonnier craint de devenir invisible, de par l'absence d'un regard humanisant. Ainsi l'identité carcérale est « une identité en réaction, une identité en devenir » en lutte contre la dépossession corporelle (Englebert, p.322).

iv. La violence en détention

De par son architecture, LHUILIER et LEMINSZEWSKA (2001, p.45) affirment que la prison « figure l'espace d'accueil du négatif et le lieu de recyclage de l'exclu et de l'impensable », amenant ainsi une stigmatisation des détenus et leur renvoyant de la dangerosité.

A ceci s'ajoute la promiscuité, de par la surpopulation carcérale, qui amène un climat hostile et de tension. Comme l'écrivent Chamond *et al* (2014, p.678) « La relation aux autres est d'abord une intercorporéité imposée, génératrice de conflictualité, réelle ou potentielle, durant vingt-deux heures par jour. » L'autre peut rapidement être vécu comme intrusif, persécuteur, menaçant. Dans cet espace clos, la contagion émotionnelle est de mise, entre les détenus mais également avec les agents de la pénitenciaire, se renvoyant mutuellement un état de tension.

D'après Fassin, (2017, p. 335) parler de la violence entre détenus, dont on entend souvent les auteurs de violences sexuelles en être victime, ne peut se faire sans prendre en compte « l'homosocialité » des prisons. Cet univers d'homme requiert perpétuellement la nécessité de manifester sa masculinité, les rapports entre eux étant régis par la virilité. Ainsi violenter un autre, plus faible généralement, « c'est à la fois diminuer la virilité de l'autre et accroître la sienne propre » (Fassin, p.336). Il faut toutefois nuancer, cela ne concerne pas l'ensemble de la population carcérale. Malgré tout, cette place de la virilité s'observe également dans le « masque d'impassibilité » (Chamond *et al*, p. 679), ce « faux-self » que l'on retrouve souvent chez les détenus : cette nécessité de voiler la face, d'inhiber l'expression de ses émotions pour ne pas laisser entrevoir sa souffrance, et donc sa fragilité.

Dans ce climat de tension, un petit événement peut conduire à une explosion de violence, d'agressivité. Parfois, une réponse contradictoire ou l'application d'une règle avec moins de souplesse, suffisent à faire exploser l'agressivité qui était contenue jusqu'alors.

Dans son livre, *L'ombre du monde*, Fassin D. évoque la violence institutionnelle des lieux de privation de liberté, du fait des conséquences de l'univers carcéral sur le sujet ainsi que la force physique qui peut être employé, en toute légalité par l'administration pénitentiaire. Les scarifications peuvent être une manière de lutter contre la violence institutionnelle en se la retournant contre soi. Le nombre de suicide (plus de cent vingt par an) est également un manifeste de cette violence. Violence dont a conscience l'institution puisqu'il y a régulièrement des réformes, soit concernant la dignité des détenus soit la sécurité du personnel.

Ce climat persiste, bien qu'à minima, dans les lieux de soins. A l'U.H.S.A., les soignants se retrouvent parfois, malgré eux, en position intermédiaire entre le détenu et l'administration pénitentiaire. Ils deviennent dépositaires de cette violence. La souffrance a également tendance à s'exprimer par l'agressivité. L'ambiance, dans l'unité, est souvent teintée de tensions, venant altérer les capacités de penser le soin.

A partir de cet exposé, nous voyons bien l'impact de l'incarcération sur le sujet détenu. Relier la souffrance psychique ou la pathologie psychiatrique seulement à l'environnement carcéral serait un raccourci inexact et qui omettrait la complexité de chaque situation et la subjectivité du sujet. A l'inverse, nier cet impact, reviendrait à ne pas considérer l'individu dans sa globalité, à dénaturer sa souffrance, et empêcher tout travail de liens psychiques. L'altération, touchant la corporéité du sujet, est parfois difficile à identifier et à exprimer mais reste, néanmoins, importante à prendre en compte.

c. Réflexion autour du vécu des personnes immigrées en prison :

Dans le précédent chapitre, nous avons abordé les différentes dimensions existentielles de l'homme altérées par l'univers carcéral : la temporalité, la spatialité, le rythme, la corporéité qui sont des éléments fondateurs d'une conscience de soi et d'un socle identitaire stable. Nous pouvons nous questionner sur l'impact de cette période de vulnérabilité pour les personnes immigrées.

Comme décrit précédemment, la population immigrée représente une part non négligeable des détenus en France. Dans la réalité, l'égalité au niveau des droits n'est pas respectée. La difficulté à mobiliser des interprètes réduit les possibilités de compréhension, de réaliser des démarches judiciaires et administratives, de préparer un aménagement de peine. Des associations (notamment la CIMADE) interviennent afin de palier à ce manque et de les accompagner.

La migration, qu'elle soit voulue ou subie, est synonyme de rupture et de perte : rupture familiale, sociale, culturelle, perte du statut social etc. Marie-Rose Moro affirme que « la rupture du cadre externe qu'elle implique, (...) entraîne par ricochet une rupture au niveau du cadre culturel intériorisé du patient ». Ce traumatisme lié à la migration peut entraîner une difficulté à mettre du sens sur des événements vécus, des conflits intrapsychiques, des souffrances, source d'angoisses, d'incompréhension et d'un vide de la pensée.

Elle entraîne également un bouleversement de repères à différents niveaux : environnemental et sensoriel, de la communication, du statut social, des règles et des lois etc. L'accueil dans le pays d'arrivée peut être également plus ou moins bienveillant, venant parfois accentuer le parcours déjà bien difficile. L'adaptation et l'inscription dans la société d'accueil va dépendre des capacités individuelles, du parcours migratoire, des possibilités de remaniements psychologiques et identitaires.

La détention amène également une nouvelle rupture: la personne immigrée est d'autant plus isolée socialement. La prise de contact avec son entourage peut être

fastidieux s'il ne réside pas en France, dû aux procédures judiciaires (nécessité d'une facture téléphonique pour valider un contact). Celles-ci ne sont pas adaptées à la réalité des personnes étrangères, altérant ainsi l'accès au droit et fragilisant le vécu de la détention. L'absence d'interprète en détention réduit les possibilités d'échange et d'interaction sociale, pouvant venir majorer des comportements agressifs (sur soi ou sur autrui).

Bien que la détention soit un lieu culturellement pauvre, (par la difficulté d'accès à la culture) elle s'inscrit dans un contexte culturel et sociétal. D'après Camilleri, (2007, p.25), dans *Migration, blessure psychique et somatisation*, « lorsqu'il y a rencontre entre une culture dominante, celle du pays d'accueil et une culture minoritaire celle du migrant, ce dernier est confronté à la dévalorisation et à la destruction ». Nous pouvons supposer la violence vécue pour ces personnes lors de l'enfermement.

Sironi et Pinet (2007, p.132) mettent en avant que « les problématiques de la filiation et de l'affiliation sont souvent présentes dès avant la migration. Elles sont renforcées par la coupure de la migration et révélées à cette occasion ou celle du nième traumatisme qui entraîne la maladie ou son aggravation et la demande de soins ». A partir de la rencontre des personnes immigrées à l'UHSA, l'incarcération semble venir réveiller, par résonance, le parcours migratoire et les difficultés de filiation et d'affiliation culturelle. Nous y reviendrons lors des études de cas

II. Thérapie psychomotrice en situation transculturelle :

Afin de contextualiser et d'explicitier le caractère orienté des études de cas et de ce mémoire, nous allons reprendre les fondements de la psychomotricité.

a. Présentation de la psychomotricité

En rupture avec la vision cartésienne, dualiste du corps et de l'esprit, les prémices de la psychomotricité émergent à la fin du 19^e siècle, où il est mis en évidence un lien entre la sensation, le mouvement et la volonté. Il en découle des rééducations psychomotrices, visant, par des exercices physiques à améliorer les processus cognitifs. Les fondements de la psychomotricité et son inscription thérapeutique s'établissent réellement dans les années 1950 sous l'effigie de De Ajuriaguerra et Mme Soubiran.

« Le sens de la psychomotricité, c'est l'expérience du corps en relation, le bon fonctionnement des fonctions dans leurs colorations affectives, historiques et relationnelles [...] ; son but n'est pas de considérer le symptôme moteur en soi, mais le sens que le symptôme assume pour le sujet, et comment le symptôme est inscrit dans son histoire personnelle en tant qu'expression de son univers cognitif et, principalement, affectif et relationnel ». (Ajuriaguerra et Soubiran, citée par Cristaldi, 2013)

C'est en mettant en relation les travaux, à l'époque, dans le domaine de la neuropsychiatrie, de la psychologie développementale, de la phénoménologie et de la psychanalyse, que Julian De Ajuriaguerra (neuropsychiatre et psychanalyste) élabore les fondements de la psychomotricité. Ces différents apports constituent encore de nos jours l'identité des psychomotricien(ne)s.

En premier lieu, la pratique psychomotrice s'intéresse au désordre moteur non lié à des lésions du système nerveux. Selon Ajuriaguerra (cité par Ballouard, 2008, p.) les troubles psychomoteurs « répondent à des modes particuliers d'organisation motrice tonique ou somatognosique et sont le plus souvent liés au développement psychoaffectif d'une manière primitive ou secondaire ». La psychomotricité s'intéresse donc au corps en relation, ce qui amène Bernard Jolivet en 1964 à décrire que « la psychomotricité est une motricité en relation ».

La pratique psychomotrice s'est progressivement ouverte à d'autres champs d'applications que la sémiologie psychomotrice ; dès lors, que le corps se trouve entravé dans sa dynamique développementale et structurante, expressive et identitaire conduisant à la création de postes dans des services variés : néonatalogie, gériatrie, cancérologie, psychiatrie (enfant, adolescent, adulte), soins palliatifs, rééducation physique, crèche etc. Le décret d'acte de 1988 (en cours de réactualisation) répertorie les différents actes et domaines d'interventions des psychomotriciens.

b. Le lien corps-psyché en psychomotricité

Le postulat de base de la psychomotricité est l'unité psychocorporelle du sujet, en soulignant l'importance du lien corps-psyché et d'une approche globale de la personne. Cela sous-entend la prise en compte de l'individu dans l'ensemble de ses capacités cognitives, expressives, motrices, relationnelles et de son environnement.

La spécificité de l'approche psychomotrice est de considérer que le corps et la psyché s'étaient mutuellement. Le corps n'est pas seulement un « objet » de médiation, d'accès au psychisme et au langage mais pris en compte comme structure fondamentale de l'unité psychocorporelle du sujet. Concernant ce lien corps-psyché, nous pouvons prendre comme exemple, les travaux de Didier Anzieu sur le concept du Moi-Peau. Selon lui, « Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique »(ANZIEU D., 1995, p.39). Le Moi-Peau vient ainsi représenter cet étayage, où par analogie, les fonctions psychiques du Moi et les fonctions physiologiques de la peau sont liées. Ces théorisations mettent du sens sur les approches psychocorporelles, notamment autour de la conscience de la peau, de cette « enveloppe corporelle », auprès de patients en difficultés de contenance.

Benoit Lesage (2012, p.46) identifie différents éléments de la structuration psychocorporelle : la densification / les appuis/ la différenciation dedans-dehors/ la limitation et contenance / la tonicité / l'énergétique / l'axialité / la spatialisation et la temporalisation, à aborder en lien avec les processus expressif, relationnel et symbolique. Par des propositions corporelles permettant une expérimentation de ces éléments (en lien avec la problématique du patient), cela permet d'aborder et d'étayer différentes dimensions du sujet : le schéma corporel et l'image du corps, la conscience de soi et l'identité, le rapport à l'autre et à soi, à ses éprouvés et affects, la régulation émotionnelle etc...

Elles sont induites dans une interrelation constante entre ce qui est éprouvé, vécu, l'imaginaire, le symbolique et l'histoire du sujet. Ainsi, le regard du psychomotricien(ne) ne se porte pas sur la réalisation du geste ou du faire, mais sur le vécu et sa résonance chez le sujet. L'importance est de lier le corps sensible à la représentation. Le sujet est ainsi renvoyé à sa subjectivité, son rapport au corps et à son histoire.

L'approche corporelle est loin d'être anodine. Le corps n'est pas seulement un média à l'image, de l'argile, de la peinture, de la musique etc. il est mobilisable en fonction de l'état global du sujet sur l'instant et de la manière dont il se vit dans son corps. Il est d'emblée expressif, inscrit dans la relation à l'autre.

Mobiliser le corps, c'est également mobiliser les traces des prémices de la relation à l'autre, la mémoire corporelle avec les différentes expériences vécues (et parfois traumatiques...), toucher à la subjectivité du sujet, entrer dans une intersubjectivité.

Le psychomotricien est garant de cet espace de partage et d'expérimentation. Cela se réalise dans un espace transitionnel, au sens de WINNICOTT, et nécessite un engagement singulier du professionnel. Nous en discuterons de manière plus spécifique lors de l'analyse des situations cliniques.

c. Les différentes dimensions de l'altérité :

La situation transculturelle s'accompagne de la rencontre avec l'altérité, celle de l'autre mais également la sienne. Les paragraphes suivants vont nous permettre de définir cette notion, d'un point de vue anthropologique et phénoménologique.

i. Définition de l'altérité

Le mot « altérité » puise son origine dans la racine latine, « alter », qui signifie : autre. En philosophie, l'altérité signifie ce qui est autre, différent, que ce soit dans une dimension ethnique, sociale, culturelle ou religieuse. L'altérité est la reconnaissance de l'autre dans sa différence.

Le concept « d'altérité » recouvre deux dimensions différentes, qu'il soit pris sous un angle anthropologique ou psychologique.

Dans le premier cas, l'autre, le différent est à l'extérieur de soi, qu'autrefois on identifiait comme « le sauvage, le barbare », d'une vision ethnocentriste. Kilani (2012, p.25) montre bien l'évolution de cette pensée en affirmant que : « l'altérité doit être considérée comme une notion relative et conjoncturelle : on n'est « Autre » que dans le regard de quelqu'un ». L'autre, est finalement, tout un chacun, dans sa qualité propre d'être humain avec sa singularité et sa complexité. Le sujet va être considéré dans ses relations de filiations et d'affiliations. Les représentations culturelles qui structurent sa société, le lien à l'autre, à soi, à la vie, à la mort vont être prises en compte. L'universalisme de l'être humain rend possible les études anthropologiques, car dans le différent il persiste du même. Une forme d'identification est possible.

Dans le domaine de la psychologie, « l'autre » est un concept intrapsychique. Chacun a une altérité à l'intérieur de soi (que l'on associe à l'inconscient) qui réapparaît, sous forme d'un retour du refoulé, et qui peut être source d'angoisses et / ou d'un vécu d'étrangeté. La rencontre avec « l'autre », en tant que « autre-que-moi » peut venir faire émerger et mettre en lien avec une partie de soi, alors inconsciente.

La rencontre avec l'altérité de l'autre ne laisse pas indifférente, source d'angoisse ou de fascination, elle vient également faire écho à notre propre altérité, interne. Nous allons donc voir les enjeux de cette rencontre, en alternant entre l'altérité en soi et l'altérité de l'autre, que l'on va ici associer à la dimension culturelle du sujet.

ii. L'altérité en soi - « L'inquiétante étrangeté » :

Freud (cité par Nathan, 2011, p.53) évoque qu'un sentiment « d'inquiétante étrangeté » apparaît dans certaines situations comme dans « la rencontre de son propre double, la répétition du semblable, confirmation de la toute-puissance de la pensée, la réapparition du refoulé, la réapparition des morts ». Il émerge lors d'un bouleversement des limites entre le passé/présent ; soi/autre ; la psyché/le monde extérieur, le dedans/le dehors, moi conscient/refoulement, représentation de l'objet vivant/ représentation de l'objet incorporé, introjecté. En conclusion pour Tobie Nathan

(p.53), lorsque « tout [...] rompt l'harmonie de la logique globalisante du moi ». A ce moment-là, il y a une abolition de la fonction symbolique du mot, l'objet existe dans le réel.

Kristeva J.(1988, p.270) exprime que « ce qui est étrangement inquiétant serait ce qui a été familier [...] et qui, dans certaines conditions [...], se manifeste » Ce sentiment d'inquiétante étrangeté est alors associé à une réapparition du refoulé, du passé dans le présent.

Dans son livre *Etrangers à nous-même*, Kristeva met en lien l'apparition de ce sentiment et la rencontre avec l'autre. Celle-ci viendrait éveiller les difficultés dans la relation à l'autre ainsi que les prémices de l'autonomie, aux confins des processus d'identification-projection. « Le choc de l'autre, l'identification du moi avec ce bon ou mauvais autre qui viole les limites fragiles du moi incertain, seraient donc à la source d'une inquiétante étrangeté ». (Kristeva, p.278) Elle énonce que ce vécu « renoue avec nos désirs et nos peurs infantiles de l'autre – l'autre de la mort, l'autre de la femme, l'autre de la pulsion immaîtrisable ». (p.283) Ainsi, l'étranger est, avant tout, interne et lorsque nous sommes confrontés à l'autre, nous sommes finalement face à notre propre inconscient, à « cet impropre » de notre « propre » impossible » (Kristeva, p.283)

L'inquiétante étrangeté peut faire émerger des affects divers : choc, étonnement, fascination, angoisse pouvant amener à un vécu de dépersonnalisation. Cette fragilisation du moi amoindrit les capacités psychiques et peut conduire au passage à l'acte, à l'atteinte de l'autre.

iii. *L'altérité de l'autre : La culture*

Un individu se construit dans un environnement social et culturel. Le Grand-Sebille C. (2010, p.460) en souligne l'importance dans la construction du sujet : « La personne est un sujet dont les catégories de perception et de pensée, les structures, les schèmes avec lesquels elle va construire le monde, sont pour une part, les structures du monde dans lequel elle est ».

Dans son livre *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Kaes R. (1998) explicite les fonctions psychiques de la culture. Celle-ci apporte contenance en offrant au sujet des « repères identificatoires et des systèmes de représentations » (p.46). Elle « rend possible l'accès à la symbolisation » et permet l'inscription du sujet dans un groupe social . Elle « assure un ensemble de défenses communes » (p.47). Il est alors possible de construire du même et du différent.

Bien que tout sujet est soumis à un « façonnage culturel », dans une société, il va s'observer des différences individuelles qui vont dépendre de la liberté de pensée, de la classe sociale, des affiliations, du genre, de la génération, de l'ouverture vers d'autres cultures. En effet, comme l'exprime David Le Breton, chaque sujet va s'approprier les différents éléments de la culture dans laquelle il évolue et y mettre sa couleur personnelle. L'acculturation que Le Grand-Sebille (2010, p460) définit comme un « processus constant et universel de contact, d'échange, de réinterprétation et d'intégration entre les groupes et les cultures », peut amener à un métissage culturel chez les personnes immigrées. Il est donc important de prendre en compte la

complexité de la personne et de ne pas la stigmatiser par rapport à son origine ethnique et culturelle.

iv. Altérité et identité

L'altérité est également constitutive du processus identitaire du sujet. J. Jung (2015) met en lien la relation objectale et narcissique, ainsi qu'une dialectique entre le même et l'autre dans la construction identitaire du sujet.

La rencontre avec l'environnement et l'objet, si celui-ci est « suffisant bon » au sens de Winnicott, permet, dans un premier temps, « l'illusion narcissique primaire », fondement pour une conscience de soi stable. Celle-ci est possible grâce au « double animique » (C. et S. Botella,2010) qui est « un état du psychisme qui se saisit du monde que ce qu'il est lui-même, le monde n'étant qu'un miroir où il se reflète par projection ». Dans cette phase du développement psychique, l'altérité est ignorée au profit de la prise en compte du même chez l'autre. Toutefois, J. Jung (2015) défend l'hypothèse d'une certaine conscience de l'altérité dès les premiers temps de l'existence, mais une altérité sous forme « impensable » et indifférencié, du fait d'une non distinction du dedans-dehors.

Progressivement, l'investissement de relation avec l'objet permettra un travail de différenciation et de construction d'une l'altérité élaborée et consistera à « fabriquer de l'autre là où le sujet rencontre du même » (Jung,2015, p.80). Cet auteur parle alors d'un « double « transitionnel » », du fait de la possibilité d'investir un double à la fois « même et différent de soi » qui permet au sujet de faire l'expérience de l'altérité. Dans sa forme la plus élaborée, l'altérité « symbolique » permet la prise de conscience et une différenciation entre altérité interne et altérité externe. Elle permet également la reconnaissance de l'autre en tant que sujet avec ses propres intentions, son unité psychocorporelle, ses émotions.

Lorsque la continuité animique ne peut s'installer, la construction identitaire du sujet est altérée et celui-ci présente une faille narcissique. « « L'altérité rencontrée trop tôt s'impose à la psyché et envahit la subjectivité : *le sujet rencontre de l'autre là où il échoue à le constituer comme même* », (Jung, 2015, p.80) ce qui va entraver la possibilité d'investir l'autre comme un « autre sujet ».

Ainsi, pour construire de l'autre, il faut avant tout du même. L'altérité, d'un point de vue anthropologique et psychologique, est indissociable de la structuration identitaire du sujet. Quelle place prend-elle en thérapie psychomotrice et comment la penser

III. Etudes de cas cliniques

Il s'agit, à travers les études de cas, de détailler le travail réalisé en psychomotricité lors de situations transculturelles. Par une analyse de ces situations, cela nous permettra de discuter sur l'intérêt et l'impact thérapeutique de la prise en compte de l'altérité en thérapie psychomotrice.

a. Cadre du matériel clinique

Les patients sont des personnes détenues et hospitalisées au sein d'une U.H.S.A. Ils bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire. Les trois personnes présentées sont prévenues, il ne sera donc pas évoqué leur motif d'incarcération. L'initiale de leur nom est également modifiée pour préserver leur anonymat. Les études de cas sont réalisées à partir de prises de notes pendant et après les séances en psychomotricité et du dossier médical.

b. Etude de cas n° 1 : Mr Y. : *du dehors au dedans*

Mr Y. est un patient d'une trentaine d'années, d'origine Camerounaise. Il est le second d'une fratrie de 3. Il s'agit de sa deuxième incarcération. La première fait suite à un passage à l'acte hétéro-agressif. Il décrira un repli total dans sa cellule, avec un vécu de persécution envers l'administration pénitentiaire. A la sortie, il est hospitalisé pendant deux mois dans un service de psychiatrie. Cinq mois après, il est à nouveau réincarcéré. Il ne restera que quelques jours en maison d'arrêt avant de nous être orienté suite à un épisode clastique avec le personnel pénitentiaire. Il est adressé en Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE), il présente un état de décompensation psychotique (épisode préexistant à l'incarcération). Au cours des six dernières années, il a été hospitalisé, à plusieurs reprises, en psychiatrie en soins sans consentement, à la suite de menaces ou d'hétéro-agressivité.

Au début de l'hospitalisation, Mr Y. présente un discours cohérent, une importante maîtrise. Il se montre sur la défensive, maintenant l'autre à distance tout en étant dans l'interaction. Les éléments délirants ne s'observent que dans la trace, Mr Y. passe du temps à dessiner et s'enferme dans sa bulle à ce moment-là. Les orientations en psychomotricité ainsi qu'en ergothérapie sont faites devant la nécessité de médiatiser la relation pour créer un lien et accéder à son vécu, la relation duelle et formelle renforçant la maîtrise chez lui, car sûrement vécu de manière trop intrusive.

Lors des premières séances, Mr Y. est dans la maîtrise, dans un rationalisme morbide, ne verbalisant aucune difficulté et exprimant avoir tout contrôlé pour arriver à l'UHSA. Au niveau corporel, j'observe une hyper-vigilance, la nécessité de garder une grande distance physique avec l'autre et une image du corps teintée d'étrangeté. Dans la relation, je ressens une méfiance en fond qui, en lien avec les observations, laisse à penser à une enveloppe corporelle altérée. Les limites corporelles fragiles, le dehors peut rapidement devenir intrusif.

Mr Y investit rapidement les propositions corporelles. Elles attisent sa curiosité, notamment la proposition d'automassage qui vient éveiller la conscience de

la peau et de la tonicité du corps. Il la réalise, dans un premier temps, par imitation, en étant attentif à ma manière de faire, pour reproduire au mieux sur lui. Progressivement, il se l'approprie et l'adapte à son vécu corporel.

Au cours de la troisième séance, il commence à évoquer son vécu corporel en lien avec un ancrage dans la réalité et la baisse des éléments productifs (Un traitement neuroleptique a été instauré). Il met en mot son « corps en relation » : se dit « blindé », avec une « carapace dure comme du béton ». Nous pouvons le mettre en lien avec la présence d'une hypertonie globale, une « carapace tonique », qui vient couper tout échange avec l'extérieur et l'intérieur. Le sujet est coupé de ses sensations corporelles. Selon Anzieu D. (1995, p.221), cette seconde peau musculaire « est anormalement surdéveloppée lorsqu'elle vient compenser une grave insuffisance du Moi-Peau et colmater les failles, fissures et trous de la première peau contenante ». Cette « carapace » vient ainsi pallier à une enveloppe corporelle friable. Par l'investissement de la proposition d'automassage, Mr Y. semble avoir pris conscience de son hypertonie, le reliant à la fois à ces sensations corporelles et à l'autre.

Par la suite, il est possible d'aborder son histoire, de manière plus authentique. Nous évoquons alors le vécu de la migration du Cameroun en France : Mr Y. décrit un bouleversement, une perte de repère, une rupture et les émotions liées. Il n'a pas pu s'y préparer. C'est lors de vacances en France que sa mère lui annonce la séparation avec son père (vivant au Cameroun). Il y retournera une fois, quelques années plus tard. La période au Cameroun, qui correspond aux douze premières années de sa vie, représente que du bon, à laquelle il se rattache dans des moments difficiles : « J'ai quand même vécu », dit-il en y pensant. La vie en France étant associée au mauvais, à des difficultés de plus en plus importante. Un travail corporel en parallèle s'oriente sur la conscience des appuis et du rythme (externe/interne) afin de travailler les repères corporels et la différenciation dedans/dehors.

Le sujet de l'intégration dans un groupe arrive ensuite, soulignant l'ouverture aux autres et l'envie de s'inscrire dans la dynamique groupale. Mr Y. exprime avoir trouvé sa place au sein de l'unité, qui reste toutefois plus géographique que dans l'interaction, hormis une relation privilégiée avec une patiente métisse martiniquaise. Le bien-être que cela lui apporte m'amène à le questionner sur cette intégration. En faisant le lien entre le présent et le passé, Mr Y. verbalise n'avoir « jamais été intégré quelque part », « en France, on me voit comme un black ; au Cameroun, comme un blanc ». Il fait ainsi le rapprochement avec son corps, la couleur de peau métissée. Nous pouvons nous questionner sur l'importance de la dimension culturelle dans la relation entre les deux patients. En parallèle, nous poursuivons les propositions d'automassage, au vu de l'investissement. Il s'intériorise progressivement une contenance et une sécurité interne, observable par la diminution du sentiment de persécution.

De la question du groupe, nous passerons à l'individu. A la séance suivante, Mr Y. évoque sa souffrance existentielle. Pour se sentir vivant, il a besoin de faire du « sport » (de son point de vue), ou plutôt, il est à la quête d'une tension corporelle (de mon regard). Il apparaît des affects de tristesse en lien avec une prise de conscience : c'est « un gâchis total lié à une vie très compliqué ». En renouant avec son corps, son histoire, des émotions émergent.

Les dernières séances se réalisent autour de propositions de mise en jeu corporelle dans la relation à l'autre, Mr Y. étant plus sécure. Cela lui permet d'exprimer son vécu dans la relation à l'autre : le sentiment « d'être ridicule », se sentir « rabaissé » sous le regard de l'autre, laissant ainsi percevoir les failles narcissiques. Lors d'une proposition où il doit guider l'autre dans le mouvement par l'intermédiaire d'un objet, il évoque se sentir mal à l'aise par peur de ce qu'il pourrait faire, en faisant le lien avec des événements passés (passages à l'acte hétéro-agressif). Mr Y. semble avoir peur d'une perte de contrôle. La « carapace tonique » permettait-elle de se couper de l'autre, vécu comme menace, et de son propre corps, menaçant également par la perte de contrôle ?

Lors du bilan du suivi, au vu d'un retour en détention, Mr Y. verbalise que le travail réalisé ensemble lui a permis de « sentir son corps différemment », de se « remettre en accord avec moi-même » et de trouver une « sensation d'apaisement » qu'il ne connaissait pas. Il décrit également cet espace thérapeutique « comme un jeu » en faisant le lien entre l'espace du dedans de la séance et du dehors, à l'extérieur.

Après de Mr Y., l'approche psychomotrice est venue convoquer des éléments culturels et de son histoire, notamment autour de l'investissement de la couleur de sa peau. Nous pouvons supposer que le déroulement du récit, l'évocation de son altérité culturelle, de sa filiation sont venus apporter un étayage. Le travail corporel sur les limites corporelles (éléments structurels fondamentaux du sujet) semble avoir permis d'apporter contenance et qu'une ouverture à l'autre et à soi soit possible. Par la consolidation de l'enveloppe corporelle, la tension corporelle a diminué permettant un apaisement interne. Nous observons bien la qualité médiatrice de cet espace thérapeutique : médiatrice dans la mise en lien du vécu et des représentations et dans la relation à l'autre et à soi.

c. Etude de cas n° 2 : Mme A : en quête d'un portage

Mme A. est une patiente d'une vingtaine d'années, d'origine de Guinée Conakry. Ses parents sont décédés lorsqu'elle était enfant. Sa grand-mère maternelle les a accueillis avec son frère et sa sœur. Elle est arrivée en France en 2015 suite à un mariage arrangé. Elle a vécu avec son mari quelques temps puis a quitté le foyer, enceinte, car la relation était conflictuelle. Mme A. a accouché dans un service de maternité, puis, a été accueillie dans un foyer mère-enfant. Un suivi en pédopsychiatrie a été mis en place de par l'observation d'un retard global du développement de son enfant. La relation entre Mme A. et son fils est décrite comme fusionnelle.

Elle est incarcérée depuis octobre 2017 et arrive en SDRE, quatre mois plus tard. Nous l'accueillons suite à un repli important en détention et un vécu de persécution. L'équipe du SMPR est également en demande d'un éclairage diagnostique. Mme A. est séparé de son fils, depuis l'incarcération, il est placé en famille d'accueil. Elle montre de la méfiance envers l'équipe du SMPR, elle est en demande perpétuelle de revoir son enfant.

A son arrivée dans l'unité, Mme A. est repliée sur elle-même. Elle est souvent installée dans un coin de l'unité, assise ou allongée, et absente à l'environnement. Toutefois, sur sollicitation, elle peut être dans l'échange mais celui-ci reste bref et peu spontané. Mme A. parle le soussou et le français. Bien qu'elle possède un vocabulaire moins étoffé en français, elle échange facilement et exprime lorsqu'elle ne comprend pas, nous permettant de reformuler.

Lors de notre première rencontre, Mme A. est présente dans la relation. Elle décrit cette posture de repli, avec le langage verbal et corporel, et une méfiance envers les autres patients. Nous évoquons son parcours de vie. Mme A. ne souhaite pas aborder certains sujets (notamment les événements difficiles), cela s'exprime corporellement (tension interne, regard fixe, elle joue avec ses ongles de manière intense). La mise en mot du non verbal aura une grande place dans ce suivi. En lui renvoyant ce que son corps raconte, cela permettra de faire le lien entre la mise en acte, les affects et la représentation. La mise en mot du vécu corporel se fait ainsi, durant le suivi, par l'autre, permettant le travail de symbolisation.

Au début du suivi, la mise en mouvement semble difficile pour Mme A. La marche est lente, peu déployée, en fermeture. Elle se rassoit à la fin de la proposition, au bout de dix minutes, renvoyant cette difficulté. Elle verbalise à la suite une douleur dorsale, présente depuis longtemps qu'elle associe à « comme de la fatigue ». Elle montre un investissement singulier de cette zone corporelle. Je n'en comprendrai le sens qu'aux séances suivantes. Toutefois, dans mon imaginaire, cela me fait penser au portage de l'enfant sur le dos. Régulièrement, elle réalise des gestes de rotation du haut du corps amenant à faire craquer sa colonne vertébrale. A la suite, elle reste mutique, dans un silence signifiant, donnant l'impression d'être dans ses pensées. A ce moment, la présence de l'autre semble apporter étayage et apaisement.

Mme A. présente une hypotonie axiale, renvoyant une difficulté à se porter et à exister seule. La suite du travail psychocorporel se réalise par le biais de la sensorialité, en étant installé au sol au regard de la difficulté d'être en mouvement et en station debout. Mme A. est dans l'exploration des différentes textures du matériel sensoriel. Au vu de l'investissement de la sensorialité des balles, je lui propose un temps de massage qu'elle choisira au niveau du dos, en position assise au sol.

Au fil des séances, Mme A. prendra une position allongée au sol, permettant d'étendre cette proposition à d'autres parties du corps. Cette possibilité de s'allonger sur le ventre, accompagnée d'une baisse de la vigilance et d'un réajustement corporel pour se rendre disponible à l'autre, montre l'introjection d'une certaine contenance du cadre thérapeutique. A la suite du travail corporel, Mme A. se montre de plus en plus ouverte à l'autre et à l'environnement. Elle aborde les différences entre la France et la Guinée Conakry : au niveau culturel, sensoriel, de l'habillement, du comportement. Elle pourra également explorer les différents matériaux spontanément et avec plaisir, dans le mouvement, renvoyant l'image d'un enfant à la découverte du monde.

Mme A. est plus présente dans la relation. Elle prend également du plaisir à se mouvoir, il sera alors possible d'explorer des propositions corporelles plus expressives et dans le mouvement. Mme A. viendra alors représenter des images autour de la grossesse et du portage de son fils.

A l'avant dernière séance, nous évoquons l'accouchement et son vécu à la maternité (ces éléments étant apparus de manière implicite dans le suivi). Dans ses propos, il apparaît de l'agressivité tournée vers les soignants de la maternité, « personne ne s'est occupé de moi », « j'ai du tout faire ». En prenant appui sur mes propos, qui amènent la possibilité que dans d'autres cultures l'accompagnement de la mère et de l'enfant soit différent, Mme A. verbalise qu'en Guinée, tout l'entourage prend soin du bébé et de la mère, pour que celle-ci puisse se reposer.

Derrière les mots, les affects laissent entendre la profonde solitude, l'isolement et la fatigue vécus lors de cet événement, le seul membre de sa famille étant son fils, nouveau-né. Le surinvestissement de son enfant est-il en lien avec l'isolement dû à la migration ?

A la suite de cet échange, Mme A. souhaite reprendre la proposition de massage avec les balles sensorielles. Elle viendra mettre en jeu ce qui a été mobilisé en début de séance : Mme A. demandant à ce que je continue le massage jusqu'à ce qu'elle s'endorme, puis de revenir quand elle se réveille pour lui donner à manger, puis repartir, et revenir etc. faisant écho aux interactions primaires mère-enfant. J'entends ainsi par là son désir d'avoir voulu être portée, soignée, entourée à la suite de l'accouchement et dans l'instant présent.

L'hospitalisation sera courte, du fait de son désir de retourner au centre de détention, plus proche géographiquement de son fils. Au vu de l'évolution qui reste fragile de la patiente, une réunion de synthèse a eu lieu avec le SMPR pour faire lien et réfléchir autour de sa situation. Toutefois, nous avons pu observer une ouverture de Mme A. à l'environnement (l'investissement de l'espace de l'unité s'est étendu) et aux autres (patients comme soignants). L'entrée en relation se faisait de manière plus spontanée, avec également l'apparition d'émotions, positives comme négatives.

En parallèle de ce qui se jouait également dans l'unité (investissement des soignants), il semble que l'espace en psychomotricité fût un espace transitionnel, régressif permettant de symboliser ce qui était en jeu : le portage : le portage de son fils, le manque et le désir d'être portée. La porte d'entrée a été finalement la « douleur dorsale », qui plus qu'une douleur, semblait être une sensation qui symbolisait le lien à l'autre, son enfant,, difficilement pensable. Le portage, psychique et corporel, semble avoir permis une certaine différenciation de Mme A. Je l'observais corporellement par une diminution de l'hypotonie axiale, une corporéité plus subjective et expressive, une diminution de la douleur qui n'apparaissait plus dans le discours. Par l'abord de la sensorialité, il a pu être nommé et convoqué des mondes sensoriels différents, entre la France et la Guinée, marqué le même et le différent.

d. Etude de cas n°3 : Mme X : apprivoiser l'inquiétante étrangeté

Mme X. est une patiente d'origine sénégalaise, d'une trentaine d'années. La fratrie est composée de 8 enfants, elle est la 4°. Elle parle le wolof et le français. Elle est arrivée en France en 2000, pour rejoindre son futur mari français, rencontré au Sénégal. Ils ont construit un foyer ensemble, avec la naissance d'une petite fille, âgée de 10 ans à l'heure actuelle. Mme X. a travaillé dans la société de son mari, avant le

divorce en 2014. Une garde alternée, d'une semaine sur deux, a ensuite été mise en place pour leur enfant, Mme X. habitant dans la même ville que son ex-mari. Elle retourne régulièrement au Sénégal, pour les vacances.

Lors de son entretien d'accueil, elle rapporte un premier épisode hallucinatoire en 2012, que l'ensemble de la famille associe à un maraboutage ce qui l'amènera à réaliser un rituel au Sénégal pour chasser le mauvais esprit. Peu de temps avant l'incarcération, Mme X. vit un deuxième épisode hallucinatoire, qu'elle essaie de contenir par la consommation d'alcool et de cannabis (à visée anxiolytique et hypnotique). A cette période, Mme X. était sur le point de déménager dans une autre ville pour faciliter la recherche d'emploi.

Incarcérée depuis fin 2017, elle arrive, deux mois plus tard, dans notre service suite à un état de décompensation délirante avec des symptômes de persécution. Elle est hospitalisée en SDRE. Il n'est pas noté d'antécédents de suivi en psychiatrie, hormis durant les deux premiers mois de l'incarcération en hôpital psychiatrique général.

L'indication en psychomotricité est faite au regard des manifestations d'angoisses en lien avec les hallucinations cénesthésiques. Lors de la première rencontre, Mme X. verbalise un vécu corporel teinté d'étrangeté (hallucinations cénesthésiques, auditives et visuelles) qu'elle met en lien avec un épisode de dépersonnalisation préexistant à l'incarcération, avec l'impression de ne plus être soi-même. Elle évoque également les rituels et sacrifices associés à sa culture et l'inscription dans la dynamique familiale. Elle met en lien son incarcération avec la non réalisation d'un sacrifice, qu'elle réalise normalement une fois par an par le biais de sa mère, pour se protéger des mauvais esprits. Pour se défendre des « mauvais sorts », à l'heure actuelle, elle passe par la lecture du coran, qu'elle associe aux gri-gri sénégalais, en attendant de pouvoir recontacter sa mère. Mme X. est dans l'attente, impatientement, d'avoir le droit de la contacter pour lui envoyer de l'argent, nécessaire à la réalisation du rituel.

Elle verbalise « reprendre une tête normale » depuis son hospitalisation. La mise à distance du lieu vécu comme persécutif (Maison d'arrêt) semble lui offrir un soulagement et une diminution, temporaire, des phénomènes hallucinatoires. Toutefois, dans le dessin d'une personne qu'elle réalise en fin de séance, celui-ci lui renvoie du « bizarre », et lui fait peur, nécessitant de le cacher. Vient-elle déposer le vécu d'étrangeté, menaçant, de la rencontre avec l'autre ? Qu'est-ce que cela raconte de sa propre altérité ?

Mme X. ne se considère pas comme malade. Elle explique les différentes expériences vécues par des étiologies culturelles (présence de djinns bons ou mauvais). Elle verbalise se sentir incomprise lorsqu'elle aborde ce sujet avec des français, l'amenant à ne pas en parler. Toutefois, elle aborde spontanément « son don », une « sorte de voyance », qui la « domine ». Celui-ci lui proviendrait de sa grand-mère maternelle et lui font « voir les choses différemment ». Elle exprime qu'elle aurait souhaité « ne pas l'avoir », sa grand-mère l'incitant à ne surtout pas l'utiliser car c'est dangereux pour elle. A partir de ce sujet, elle évoque une période de l'adolescence où elle est « devenue dingue » et pour se soigner, elle a réalisé un rituel où des personnes la lavaient.

Ainsi, les représentations culturelles tiennent une place signifiante pour Mme X. aussi bien dans le lien à l'autre, à la communauté, à soi. L'angoisse se majore par l'impossibilité de prendre contact avec sa famille et de réaliser le rituel, nous mettant en difficulté pour l'accompagner. Je me questionne alors sur la manière de pouvoir aborder un travail psychocorporel et que cela prenne sens pour la patiente. De mon regard, l'objectif du suivi est de l'accompagner dans une réappropriation de son corps en abordant les sous-composantes de l'image du corps. En effet, à partir de ses paroles, de ses affects (angoisses) et des observations cliniques (tension corporelle, distance physique, évitement), l'enveloppe corporelle semble altérée et l'image du corps peu sécurisée.

La verbalisation d'angoisses va être le point d'accroche pour engager un travail corporel. Je lui présente alors le travail comme une manière autre, en plus de ses prières, pour pouvoir s'apaiser. Rapidement Mme X. investit la proposition d'automassage, ici réalisée avec une certaine pression permettant de ressentir aussi bien les limites que la consistance du corps. Elle verbalise reprendre cet exercice, seule en chambre pour « sentir son corps », ce qui la détend. Egalement, elle semble se réinscrire dans son corps et dans son histoire, par la mobilisation de la mémoire corporelle en reprenant des mouvements corporels anciens (danse sénégalaise), au cours d'une proposition en imitation. A la suite de ce travail, des événements traumatiques ayant touchés à l'intégrité corporelle vont émerger. Elle exprime n'avoir pu en parler à son entourage durant son enfance, par peur des conséquences. Elle se présentait « comme une femme forte, qui n'avait besoin de personne », et reconnaît maintenant, que « l'on est tous humains avec son lot de souffrance ».

Les échanges avec l'équipe soignante vont amener à la mise en place d'un suivi psychologique, qui se réalisera, dans un premier temps à la suite des séances de psychomotricité. Mme X. est moins désorganisée dans cet espace, le travail corporel semble apporter contenance. Ce suivi permet de soutenir le travail du lien corps-psyché par l'élaboration des vécus émergents en psychomotricité.

Une instabilité psychomotrice apparaît et s'intensifie, en même temps qu'elle s'investit dans un travail thérapeutique. Mme X. a l'impression de perdre la maîtrise de son corps, qu'elle retrouve pendant les séances en psychomotricité, où son corps « se pause ». Elle fait des associations entre son vécu corporel actuel et un vécu corporel plus ancien. Elle revient sur une période où elle a été hospitalisée suite à des maladies graves (forme de ténia et fièvre jaune, selon elle). Les perceptions corporelles liées sont angoissantes, avec des êtres vivants (des vers) qui sortent de différents « trous » du corps. Elle aurait été éloignée, du fait de l'hospitalisation, un certain temps de sa famille, qui l'aurait pensée comme morte. L'instabilité psychomotrice permettait-elle de lutter contre des angoisses de mort ?

La prégnance du vécu questionne sur la limite entre le passé et le présent. A nouveau, un vécu d'effraction du corps, avec une altération du dedans/dehors est évoqué.

A ce moment du suivi, je me sens impuissante au vue de la majoration des troubles, perdue face à l'inconnu, entre le réel et l'imaginaire, entre « le normal et le pathologique ». Je remets en question le suivi, mon travail, ce qui me met dans l'inconfort du fait « de ne pas savoir ». La mise en mots de mon vécu, avec mes collègues soignants, me permet de prendre du recul, d'identifier mes sensations, et aussi de différencier mes propres ressentis, suite à la rencontre avec l'altérité de l'autre, de la perception du vécu de la patiente. Il m'apparaît alors plus clairement le

vécu de « l'inquiétante étrangeté » de Mme X., dans la mise en lien de ses paroles (elle s'interroge régulièrement « suis-je bizarre ? »), de ses affects, et de l'observation d'une altération des limites (dedans/dehors ; soi/autre ; passé/présent ; mort/vivant).

Mme X. investit alors les séances en psychomotricité pour « pauser son corps », dans une quête d'appropriation, verbalisant être en lutte contre. Elle évoque également des préoccupations autour de l'absence des règles et des représentations culturelles associés (le sang reste à l'intérieur et le mal avec).

A la séance suivante, Mme X exprime son vécu par une expression sénégalaise. Elle verbalise être « sénégalaisement » : « je mange, je ne suis pas malade, je dors bien ». Elle évoque, en suivant, avoir entendu une voix masculine lui parler en wolof, un soir en chambre. Elle l'associe à un bon esprit. La reprise de contact avec sa famille, par téléphone, aura lieu quelques jours plus tard.

D'autres épisodes d'hallucinations auditives et cénesthésiques vont réapparaître, en devenant de plus en plus angoissants, majorant le vécu « d'inquiétante étrangeté ». Mme X. ressent des présences la nuit dans sa chambre, qui la touchent, qui parlent. NATHAN (2001, p.92) met en avant que « les être du délire (...) ont une réalité culturelle, leur rencontre et leur compagnie sont ressenties par le sujet comme une expérience subjective, un vécu et non une simple croyance ». A partir de son vécu et de son discours, nous entendons que les représentations culturelles ne sont plus que croyance, mais réelles. Il y a une déculturation du matériel culturel, celui-ci n'offre plus ses qualités de contenant de pensées et de fonction symbolisante. Le lien retrouvé avec l'enveloppe culturelle d'origine, de par la reprise de contact avec les parents, est-il venu bouleversé un équilibre, un métissage qui était en train de s'instaurer ? La mère de Mme X. l'invitait à ne pas parler de ce qu'elle vivait et des esprits. A cette période, Mme X. nous semble perdue entre deux systèmes de représentations différents et se retrouve alors en difficulté pour penser.

En parallèle de l'ajustement du traitement par l'instauration d'un neuroleptique, un travail de différenciation des croyances et des symptômes de la maladie psychiatrique est engagé par les différents membres de l'équipe auprès de Mme X. A cette période, elle évoque la perte d'un enfant à 7 mois de grossesse, dont l'âme serait bloquée entre le monde des vivants et des morts, du fait de l'absence d'enterrement. (Nous apprendrons plus tard, que la veille, Mme X. a eu une extraction judiciaire au sujet de la garde de sa fille). Elle évoque une confusion du monde des vivants et des morts avec la psychologue. En psychomotricité, Mme X., décrit une effraction des limites corporelles, du dehors au dedans, par un mauvais esprit qui vient intruser son corps, la nuit.

Une phase aiguë s'en suit, brève, où les symptômes délirants se majorent, Mme X. devient méfiante dans le contact et ne souhaite plus aborder ses croyances et ses ruminations, celles-ci devenant envahissantes. A partir des travaux de Collomb (in Moro M-R, 2011, p.240) sur la bouffée délirante aiguë au Sénégal (dont la description correspond à l'état clinique de la patiente), nous pouvons nous questionner sur la valeur thérapeutique de cet épisode aiguë. Selon lui, elle « constituait une défense à l'angoisse, en même temps qu'une tentative de remaniement identitaire et qu'un appel au groupe ». Est-ce une manière d'exprimer et d'élaborer le lien à ses enfants ? au groupe familial ?

Cette phase aigüe a entraîné une mobilisation de l'ensemble de l'équipe soignante. Des temps de réflexion nous amènent à penser à la réalisation d'un génogramme pour lui permettre de différencier, tout en les liants au même groupe familial, les morts et les vivants. L'alliance thérapeutique qui s'est instaurée ainsi que la pensée plus organisée permettent de retracer ses liens familiaux. La réalisation du génogramme permet à Mme X. d'évoquer ses croyances autour de la perte de son enfant mort-né.

L'apaisement apporté par le traitement et l'accompagnement par l'ensemble de l'équipe vont permettre un ancrage plus important dans le soin et la possibilité d'un « entre-deux culturel » (Harmant V., 2013, p.57), c'est-à-dire, « l'identification à deux modèles différents sans attitude de rejet, mais plutôt vers leur intégration positive et complémentaire ». Il persiste ses représentations culturelles, en même temps, qu'apparaît une prise de conscience du caractère bénéfique des traitements et des symptômes de la maladie.

En psychomotricité, Mme X. verbalise une diminution des sensations de présence, mais toujours ce vécu d'être « possédé ». Toutefois, celui-ci est beaucoup moins angoissant, signifiant une appropriation du sentiment d'étrangeté et de sa propre altérité. La différenciation soi/ autrui est également plus défini permettant la possibilité d'un travail de touché médiatisé. L'acquisition d'une sécurité interne dans la relation à l'autre donne accès à des propositions plus régressive, avec baisse de la vigilance.

Elle apprendra le décès de son père, des suites d'une maladie, par téléphone. La manière dont elle gère ce deuil, qui vient, à nouveau impacter son groupe familial, nous montre son évolution clinique. Mme X. va désinvestir les différents espaces thérapeutiques, au profit d'activités occupationnelles en groupe. Son retour en détention, qu'elle demande et appréhende à la fois, est prévu en suivant.

Le suivi de Mme X. est venu à plusieurs reprises nous questionner, nous déstabiliser. C'est la première fois que nous étions, à l'UHSA, confrontés à une dimension culturelle si marquée chez le patient.

En psychomotricité, j'ai eu l'impression d'avoir traversé avec elle cette période, dans le partage de son vécu et du sentiment « d'inquiétante étrangeté ». Je me suis sentie dans une position « plutôt passive », d'accueil et d'écoute de sa souffrance qui semble avoir permis une certaine élaboration et mise en sens de son vécu.

L'abord du corps est venu faire réémerger des événements traumatiques passés, non élaborés, qui ont pris forme dans la rencontre intersubjective. La mobilisation progressive de l'ensemble de l'équipe soignante a pu constituer un groupe, une enveloppe contenant venant soutenir un travail d'élaboration. Collomb (in Moro M-R, 2011, p.240) souligne « la gravité de la BDA chez le patient migrant » du fait d'être « privé des systèmes de sens, de compréhension, et de soins offerts par l'environnement d'origine ». La dynamique groupale a rendu possible un métissage culturel, nécessaire à l'établissement d'un cadre de pensées structurant.

IV. Analyse et discussion :

A partir de ces trois études de cas et en lien avec les propos théoriques développés en première partie, nous allons discuter de l'altérité en thérapie psychomotrice dans un univers carcéral.

a. Contre-transfert culturel

Précédemment, dans la partie théorique, il a été développé que la rencontre avec l'autre, le différent, pouvait s'accompagner de l'expérience de l'altérité en soi. Ainsi, dans la rencontre clinique, « un des défis centraux qui se posent est de penser et de mettre en acte une position paradoxale de grande proximité et d'étrangeté ». (Corin, 2013, p.435)

Durant le suivi de Mme X., je ressens de l'étrangeté qui m'amène à vouloir prendre de la distance (cela provoque chez moi une remise en question du suivi et un désinvestissement).

Il s'agit là du contre-transfert culturel que j'éprouve envers Mme X. En effet, on peut le définir comme « la somme de toutes les réactions du clinicien explicites et implicites par rapport à son patient ou à son objet de recherche ». (Moro M-R, 2001, p.123)

La rencontre avec l'altérité de l'autre peut conduire à des comportements de rejet, de déni, d'idéalisation ou de banalisation de la dimension culturelle du sujet devant l'incompréhension, l'angoisse, la non maîtrise et/ou la difficulté à mettre du sens. Elle peut venir convoquer chez le clinicien un sentiment « d'inquiétante étrangeté » et le confronter à de « l'impensable » venant ainsi altérer les capacités de penser et être source de passage à l'acte dans la relation de soin (ex : rejet, fascination morbide, séparation brutale, incapacité à penser la souffrance de l'autre).

L'investissement des représentations culturelles chez Mme X. et l'aggravation des symptômes m'ont déstabilisée. Je me retrouvais dans l'incapacité de pouvoir penser le soin en psychomotricité et aux prises de sensations diffuses, archaïques, difficilement identifiables.

La mobilisation de ces affects liée à la rencontre des cultures peut s'expliquer par les enjeux de celles-ci dans l'identité des sujets. Kaes (1998, p.47) nous explique que la rencontre « les confronte avec les refoulés primordiaux et les figures de l'archaïque sur lesquelles la culture s'établit, avec les systèmes de défense contre l'angoisse qui sont « l'étoffe même dont la culture est faite » ».

Par la difficulté à penser, cela peut conduire à de la stigmatisation. Coller une référence culturelle sur un comportement, sans en chercher la complexité, peut amener une non prise en compte de la souffrance de l'autre et une lecture erronée de la situation clinique.

Pour analyser ce contre-transfert culturel, j'ai repensé à d'autres suivis avec des patients issus de l'immigration. Cela m'a ramené vers des ressentis vécus en situation transculturelle en l'absence d'une langue commune (en situation professionnelle et personnelle). J'ai pu

identifier des ressentis corporels (tensions) et des affects (anxiété, colère, nervosité) liés à la difficulté de communiquer avec l'autre.

En effet, la différence de langue va venir amoindrir nos capacités à dire et à entendre, ce qui peut renvoyer de la violence. Kaes (p.60) affirme que cela « nous confronte alors plus fondamentalement à notre manque à dire et à entendre ». Il rapporte également, à partir de l'expérience d'un dispositif groupal, que la souffrance de la langue peut amener des plaintes « à propos de la façon d'être et d'exister dans son corps » (Kaes, p.58), avec la nostalgie et l'illusion d'une communication universelle et corporelle.

L'analyse du contre-transfert culturel m'a permis de mettre à distance ce par quoi j'étais affectée et d'atténuer l'impact sur mon identité personnelle, professionnelle et culturelle. Cette phase a nécessité l'acceptation et l'écoute d'émotions et d'affects peu agréables, pour y mettre du sens. Le contre-transfert culturel venait raconter le lien à ma propre altérité. L'élaboration a rendu possible la continuité du suivi, une meilleure disponibilité au vécu de la patiente et l'instauration d'une distance relationnelle ajustée, entre « proximité et étrangeté ».

b. Corps, Altérité et Identité

Le corps est à la fois, le porteur du même et du différent : substrat organique commun à tout être humain, il est également porteur de la différence : d'un point de vue biologique (morphotype, génération, sexe etc.) mais également d'un point de vue social, culturel et subjectif (chacun à son propre rapport à son corps).

Mr Y. nous le rappelle bien en évoquant la couleur de sa peau, métisse, qui donne à voir sa différence et ses origines. Il est également intéressant de souligner que sur les trois patients présentés, il est le seul à signifier son altérité par sa couleur de peau, montrant ainsi la singularité du rapport au corps.

Chaque groupe social va donner une place au corps, du sens et des représentations qui vont induire des comportements dans une société. En effet, comme nous l'indique Fournier L-S et Raveneau G. (2008, p.11), « Le corps est le lieu et le moyen d'inscription de la culture sur la personne, mais également le résultat même de cette inscription. A chaque représentation et usage dominant du corps correspond un ensemble de comportements prescrits et interdits qui vise à façonner les corps ». Cela se traduit par les rites corporels, par ce qu'il est possible de rendre visible du corps, au rapport à la sexualité, aux coutumes de l'habillement mais également dans la manière de percevoir la naissance, le développement de l'être humain et l'accompagnement vers la mort. A la différence d'une conception dualiste du corps dans les sociétés occidentales, d'autres groupes sociaux ont une conception du corps et du psychisme unifié amenant d'autres formes et pratiques d'approche de l'être humain (ex : médecine chinoise).

Par la description de son histoire, Mme X. nous montre bien la manière dont sont pensés la maladie et le corps, le monde du visible et de l'invisible, lors des rituels dans son environnement social et

culturel. Cette approche est indissociable d'une conception de l'être humain.

Pour traduire ce lien entre le corps et la culture, Margareth Mead (cité par Kaes, 1998, p. 112) parle d'*enculturation*: « l'incarnation culturelle de la culture ». Elle va « coder le corps, les perceptions, les sensations ». Selon cet auteur, elle est transmise et incorporée dès la naissance de l'enfant, lors des soins et des modalités éducatives. Cette transmission va donc se réaliser à la fois par le langage et dans de l'indicible, par la communication non verbale (ex : le toucher). La culture va ainsi orienter le rapport aux sensations (agréable et de douleur), aux émotions, à la manière de s'exprimer et de se mouvoir. Dans un abord psychanalytique, J.C. Rouchy parle « d'incorporats culturels » (cité dans Kaes, p.182) : « habitat, rythme de vie, coutumes alimentaires, contact et distances corporelles, odeurs, gestuelles, zones érogènes, tonalité et position de voix, etc ». Ceux-ci s'intériorisent au contact du « groupe d'appartenance primaire » et « rendent compte de la dimension somatique des investissements culturels des sens ». Ils soulignent ainsi que l'investissement de la sensorialité et la sensorialité en elle-même est singulière à chaque culture.

Lors des séances avec Mme A., la sensorialité éveillée par la proposition de massage semble raviver le vécu sensoriel de la Guinée. Elle aborde la différence sensorielle à différents niveaux : température, gustatif, tactile. Sa corporéité, différente entre l'avant et l'après (plus vive et expressive), souligne l'importance de ces sensations dans la structuration du sujet.

Marcel MAUSS, dans les *Techniques du corps*, affirme que « la corporéité est culturelle en ce sens que la culture n'est pas qu'environnement mais fondation » (cité dans Baudry, p.388). Il y a une véritable incorporation de la culture qui offre un contenant de pensées pour élaborer les différentes expériences corporelles mais qui inscrit également l'individu dans le groupe social par l'intériorisation des manières d'être et de faire. Elle vient également colorer le rapport du sujet à son propre corps.

Par cette intrication du corps et de la culture, nous pouvons déjà apercevoir la spécificité et la place de l'approche corporelle auprès de patients d'une autre culture : en venant convoquer le corps, cela peut permettre de faire ré-émerger les systèmes de représentations culturels.

L'altérité peut également concerner le lien à son corps propre, nous parlons alors de l'altérité en soi. Certains patients, dans des épisodes de dépersonnalisation ou de décompensation psychotique aigüe, décrivent des vécus d'étrangetés, des hallucinations cénesthésiques

Mme X. a pu verbaliser son vécu « d'inquiétante étrangeté », en parlant à plusieurs reprises de sensations « bizarres ». Il devient de plus en plus important en même temps que les limites s'effritent pendant la phase aigüe. Nous retrouvons bien le contexte d'apparition décrit par Tobie Nathan.

Lors de différents suivis, il est apparu des signes d'animalités dans l'observation de l'image du corps des patients. Je me questionne sur le lien entre l'identification à l'animal et le vécu de déshumanisation que peut provoquer l'incarcération ou le

passage à l'acte. La rencontre intersubjective était alors marquée par l'animalité, il fallait alors ramener du même, de l'humain.

L'approche du corps devient d'une grande complexité lorsqu'on s'éloigne d'un regard simplement biologique. Comme nous le souligne Duvignaud (2007, p.389), « le corps ne suffit plus à comprendre le corps parce qu'il faut analyser le rapport au corps, l'idée de corps, la corporéité ». En effet, Baudry (2007, p.391) le confirme : « le corps peut inquiéter quand on a cessé de croire qu'il est une donnée biologique ou un agréable véhicule : le banal s'y montre complexe et l'évident obscur ».

Nous retrouvons ainsi la complexité de l'approche psychomotrice dans le soin : Le corps doit être à la fois entendu dans son substrat organique, affectif, structurel mais également dans son inscription culturelle et sociale en lien avec la subjectivité du sujet.

c. L'altérité comme levier thérapeutique

L'environnement culturel fait partie intégrante du développement du sujet, la culture peut ainsi être utilisée comme un « tiers », facilitateur de la relation.

L'écoute active de Mme X., la prise en compte de ses représentations culturelles semblent avoir soutenu la relation et l'inscription dans cet espace thérapeutique. Il me semble que la présentation d'un travail psychocorporel, tout en validant et soutenant ses propres moyens d'auto-apaisements (prière), en reconnaissant par là son altérité, a permis un engagement de sa part dans ce travail.

En effet, comme l'exprime, Corin E. (2013, p.436) « c'est la prise en compte de son altérité qui peut faire pont avec lui ». L'autre est ainsi placé dans une position de détenteur « d'un savoir », d'une place, si l'écoute de ce discours se réalise dans une certaine « neutralité », sans jugement, avec bienveillance. Il est important d'avoir conscience des manifestations/réactions que l'altérité du patient peut générer dans la société (ex : stigmatisation, victime d'exclusion) et auxquels il a pu être confronté. En détention, les propos racistes ou diffamatoires restent bien présents.

Mme X. nous exprime bien ce vécu en disant éviter certains sujets avec les français, ces propos étant associés à la folie. Mr Y. a verbalisé également, à plusieurs reprises lors du suivi, les paroles racistes dont il a été victime au cours de son adolescence en lien avec sa couleur de peau.

Il faut avoir conscience, qu'avant tout, les patients font régulièrement l'expérience de l'altérité qui peut être accompagné d'une telle violence qu'elle vient ensuite brider la parole et la relation. Il est important alors, de « mettre en acte une éthique de l'hospitalité » (Le Grand-Sebille, 2010, p.466). Elle transparaît dans la posture du soignant, par la prise en compte de ses filiations culturelles et de sa différence, dans une écoute active et attentive, sans recherche, dans un premier temps de mise en sens ou de lien à soi et dans l'analyse de son contre-transfert. Comme l'écrit Corin E., (2013, p. 443) « il s'agit plutôt d'une certaine orientation du regard et de l'écoute, attentifs à ce qui détonne et ne cadre pas dans l'autre mais aussi en soi ; une attitude qui peut supporter l'épreuve du suspend ou du doute ».

Pour soutenir une « éthique de l'hospitalité », Le Grand-Séville met en avant l'importance du silence et d'accueillir l'autre sans l'obligation d'une mise en mots de son vécu, de son histoire. En effet, dit-elle, « il est demandé si souvent à l'autre, le plus vulnérable, de se dévoiler, de se mettre à découvert, de raconter. Alors que la force de l'hospitalité en direction de celui qui est vraiment accueilli pourrait consister précisément à pouvoir se passer de mots, à échapper à l'ordre du dicible pour préférer un sourire, un geste, une éthique de la relation qui désarmerait le soupçon » (2010, p.467).

Pour pouvoir accéder à ce levier thérapeutique, cela passe avant tout par la posture du soignant. Le « décentrage », c'est –à –dire la mise à distance de ces propres représentations, est nécessaire pour aller à la rencontre de l'autre et accéder à sa souffrance psychique.

L'altérité est un levier thérapeutique, dans le sens où il va permettre qu'un récit se déroule, avec des associations d'idées, des souvenirs qui émergent et une mobilisation des affects.

Par la reconnaissance de l'altérité dans le processus de soin, Moro M.-R., (2005, p.108) défend une « *stratégie de complexification (...) du champ psychopathologique* ». En effet, dans la clinique transculturelle, l'autre est pris dans « sa complexité », en lien à son parcours de vie singulier, son histoire parfois marqué de multiples ruptures, ses affiliations diverses et l'expression de sa souffrance. A cela, peut s'ajouter la difficulté de compréhension au niveau de la langue, de la situation sociale et de des représentations culturelles et comportementales. Afin de favoriser un cadre contenant, Moro (p. 109) évoque deux éléments fondamentaux à prendre en compte : « *l'appartenance culturelle de la famille* » et le « *voyage migratoire* ».

Par exemple, l'évocation des origines camerounaises de Mr Y., soutenue par le travail psychocorporel, a permis la mise en mots d'affects et d'événements constitutifs de son histoire

Ainsi, l'abord de la dimension culturelle du sujet permet le déroulement d'un récit et la ré-inscription du sujet dans un espace/temps subjectivé. L'approche psychomotrice en venant convoquer le corps et son altérité soutient également la structuration identitaire du sujet. Nous avons vu précédemment la place de l'altérité dans la dimension identitaire de l'individu.

La difficulté à aborder l'altérité culturelle peut venir signifier la problématique du lien avec les personnes restées au pays, les conflits familiaux, les événements traumatiques et la souffrance.

Au début de l'hospitalisation, il est difficile d'évoquer le passé de Me A. Elle se referme, une tension interne apparaît nous laissant penser à des événements antérieurs douloureux. Plus tard, elle nous parlera des violences physiques qu'elle a subies dans sa famille.

La question de l'altérité, la manière dont elle est mobilisable et qu'elle résonne chez le patient, vient raconter quelque chose du lien à sa propre altérité, à la relation à l'autre, au groupe familial et social. Lorsqu'elle est organisatrice et structurante, son abord peut permettre d'étayer les capacités de contenance du sujet. L'approche psychomotrice, en mobilisant le sujet dans sa dimension psychocorporelle, semble venir convoquer de manière explicite ou implicite, l'altérité du patient.

d. La transitionnalité en thérapie psychomotrice

L'espace transitionnel c'est cette « aire intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure ». (Winnicott ,2002, p.30). Elle représente un « entre-deux » indispensable pour l'élaboration d'une relation entre soi et le monde, soi et autrui et de soi à soi. En thérapie psychomotrice, le patient peut projeter ses problématiques de son « corps en relation », dans le lien à l'autre, parfois avec des mécanismes d'identification et/ou de projection sur le corps du psychomotricien.

Mr Y. en décrivant l'espace en psychomotricité comme « un jeu », représente bien cette aire potentielle d'expérience. Cela lui a permis de mettre en acte et d'exprimer ses ressentis dans le lien à l'autre, sans vécu de destruction ou de persécution.

Quant à Mme. A., elle a pu investir cet espace pour symboliser, dans la mise en acte, la question du portage. L'accès à la représentation, par mes mots et ma posture, est venu l'accompagner dans cette mise en jeu psychocorporelle, entre le dedans et le dehors, soi et autrui.

Comme l'énonce Giromini F. (2012, p.256) la psychomotricité est « médiatrice en soi par sa fonction miroir, sa fonction expressive et sa fonction créatrice, en supposant que c'est la corporéité du psychomotricien, en tant qu'instrument de la relation à l'autre qui est le médiateur ».

La pratique psychomotrice en s'inscrivant dans une dynamique de nouage entre les éprouvés et une mise en sens, (par le langage ou une mise en acte) est d'emblée une pratique médiatrice. Le patient peut également, en investissant les objets médiateurs (objets concrets ou corps du psychomotricien), créer son propre environnement en y jouant ses problématiques actuelles.

C'est ce que j'ai pu observer chez Mme A, notamment lors de l'avant dernière séance décrite précédemment. Elle crée son propre environnement, en s'installant sur le sol et en décrivant les faits et gestes que je dois réaliser. A ce moment-là, je mets de côté une part de mon altérité, pour rentrer dans la mise en jeu et être support de symbolisation.

Le psychomotricien exerce une fonction réflexive / miroir, c'est-à-dire qu'il va représenter à l'autre ce par quoi il est affecté et/ou sa corporéité afin de l'amener vers une prise de conscience. La fonction miroir engage la subjectivité, et donc l'altérité du professionnel, altérité que celui-ci va nuancer en fonction de l'état psychique du patient, de sa structuration et de l'axe thérapeutique. Au cours du processus thérapeutique, il peut venir jouer avec sa propre altérité, au niveau culturel, corporelle, pour amener de la différenciation, de l'écart entre soi et l'autre. En amenant ainsi une altérité plus marquée, cela permet au patient de prendre conscience de sa subjectivité propre, de ses capacités expressives et de soutenir les processus identitaires du sujet.

Lesage B. (2012, p.63) décrit, de manière précise, la dynamique relationnelle et l'inter-subjectivité présente lors du travail thérapeutique : « un travail psychocorporel est un jeu sur les possibles du corps, c'est-à-dire de soi, ouvert au monde, à autrui, l'expérience d'un corps resubjectivé, réintentionnalisé, réinscrit dans le flux des

interactions, avec les possibilités de miroitage, d'appui réciproque, de différenciation par contraste, une exploration de ce que le patient est et de ce qu'il peut devenir sans se perdre ».

Dans le cas où la relation thérapeutique est marquée par l'altérité, la distance rendant la rencontre difficile, les premières séances vont être de remettre du même, en utilisant un médiateur concret. L'utilisation d'un objet et l'adaptation tonique du psychomotricien à la corporéité du patient permettent de créer un accordage tonique et une communication non verbale, favorisant la relation.

Lors de la 1° séance de travail corporel avec Mr. Y., nous avons commencé avec un échange de balles (exercice que j'utilise régulièrement en début de suivi). La régularité et la continuité de cet échange, par une adaptation posturale et tonique de ma part, ont permis d'instaurer un premier lien sécure et l'ouverture en retour de Mr Y.

L'altérité se retrouve ainsi au cœur même de la pratique psychomotrice. L'altérité du patient mais également celle du soignant se trouvent convoquées. En avoir conscience peut permettre d'adapter le cadre thérapeutique et d'éclairer la lecture clinique.

e. L'engagement du psychomotricien(ne)

Comme nous avons commencé à voir précédemment, l'engagement psychocorporel du psychomotricien est fondamental dans cet espace thérapeutique. Pour cela, Desobeau F. (2010, p. 59) rappelle qu'il « doit posséder un savoir être, et qui plus est, un savoir exister dans son corps ».

Cela s'expérimente pendant la formation et la poursuite d'un travail psychocorporel permet de faire face à la désorganisation, à la rencontre de corps morcelé, attaqué, vidé. J'en observe moi-même la nécessité, par la pratique régulière de la danse contemporaine, qui me permet de continuer mon propre cheminement concernant ma corporéité. Cette pratique me permet d'affiner ma conscience corporelle, ma disponibilité tonique et ma solidité psychocorporelle, étayant pour accueillir les vécus parfois désorganisant, effrayants des patients et différencier le soi du non-soi. Lesage B. (2012, p.239) parle d'un « corps antenne », à la fois « assez sensible » mais également « assez solide et structuré ».

Lors des séances avec Mme. X, le début du travail corporel était rempli d'angoisses. Je recevais là ce qu'elle cherchait, au quotidien, à maintenir à distance. Je devais alors contenir ces affects, corporellement, en régulant mon propre tonus. L'expérience corporelle partagée permettait de diminuer la charge d'angoisses.

Par l'écoute et l'ajustement tonique, le psychomotricien va favoriser l'instauration d'un dialogue tonique. "cette adaptation tonique réciproque devient l'ancrage et le support des affects dans le corps à corps » (Desobeau, p. 60). Le dialogue tonico-émotionnel qui s'instaure va venir soutenir la rencontre et permettre l'émergence de sensations, d'affects et de représentations.

En s'impliquant corporellement, le psychomotricien offre un étayage permettant au patient de réinvestir ce corps, qui était source d'angoisses, d'étrangeté, de vécus

douloureux dans une expérience partagée. Cette intercorporéité permettra la symbolisation de vécus douloureux et leur mise à distance.

De part ce « corps antenne », le psychomotricien va ajuster sa posture et ses propositions au possibilité du patient et de ses problématiques. Son corps est ainsi « malléable » se prêtant à l'expérimentation avec le patient, jouant avec sa propre expressivité, à l'écoute de son imaginaire pour venir soutenir le travail d'élaboration.

Le contre-transfert corporel, dans l'intercorporéité, vient mobiliser le thérapeute par l'écoute de vécus primitifs, et par des jeux de résonances, conscientes et inconscientes. En effet, Potel (2015, p.116) énonce que le psychomotricien prête « son appareil perceptif, sa sensibilité, sa sensori-motricité, sa corporéité pour accueillir et résonner aux sensations ». Le contre-transfert corporel vient également mobiliser l'histoire, la personnalité, les affects, l'imaginaire du soignant. Cela va conduire le soignant à la rencontre du trauma, de l'effroi, du vide, de l'inquiétante étrangeté, notamment dans une clinique du passage à l'acte, en milieu carcéral.

La prise de conscience du contre-transfert corporel permet également un ajustement, une mise en acte et une élaboration de ce qui est mobilisé chez le patient. « L'acceptation de l'émotion, ressentie et immédiate, la prise en compte des perceptions, y compris celles qui sont a priori incompréhensibles, la mise en conscience des résonances induites par le patient, cette somme de mouvements internes va aboutir à une qualité de gestes qui peuvent alors, à certains moments, prendre une valeur quasi interprétative. » Potel C. (p.116) vient ici expliciter, tout le jeu implicite, qui se réalise en thérapie psychomotrice et qui transparaît dans les différentes études de cas décrites.

Le psychomotricien doit avoir conscience de sa propre altérité afin d'atténuer les interférences dans la relation en analysant le contre-transfert corporel.

f. Psychomotricité interculturelle

Clôturer cette partie d'analyse, en abordant les travaux de Cristaldi M. sur la psychomotricité interculturelle, nous permet de généraliser la thématique abordée.

Cristaldi M. (2013) prône l'existence et la pertinence d'une psychomotricité interculturelle. Elle entend par cela, dans la continuité du courant de l'ethnopsychiatrie de Devereux, l'existence d'un courant de la psychomotricité et non pas une pratique à part de la pratique psychomotrice de référence.

Il ne s'agit pas d'avoir toutes les connaissances des cultures du corps mais de considérer la place et l'importance de celles-ci, au niveau thérapeutique, dans le rapport au corps et la structuration du sujet. La présence d'un interprète peut permettre d'apporter un éclairage au niveau des représentations et de l'investissement du corps dans une société, tout en omettant pas que l'appropriation d'une culture reste subjective.

La prise de conscience d'une diversité de possibilité d'investir son corps et de l'engagement de celui-ci dans la relation à l'autre, au niveau culturel, permet d'éviter « des malentendus », une « pathologisation » de comportements. Dans certaines

cultures, une importance est donnée à la méta-communication et au langage paraverbal. Il s'agit, aussi bien du côté soignant que patient, de venir expliciter l'implicite de la culture afin de partager la différence des significations et du sens et d'éviter toute interprétation erronée. Cela permet également de venir éclairer et de partager sur les modalités culturelles corporelles et de l'être en relation (par ex : au niveau de la posture, du regard, du toucher, de l'expression des émotions etc.).

Il est important de prendre en compte la culturalité de la pratique psychomotrice, associé à une thérapeutique du corps occidental, enfin de considérer les enjeux culturels dans la rencontre. L'espace en psychomotricité doit ainsi pouvoir être un espace *neutre*, permettant au patient de faire émerger et de déposer ses représentations culturelles, mais également un espace *pont* permettant de lier les différents mondes culturels sans les confondre.

Cristaldi (2013, p.269) définit celui-ci comme « un espace *intermédiaire culturel et psychique* : un espace capable de gérer dynamiquement les conflits qui peuvent être suscités par la différence culturelle pour trouver des compromis entre modernité et tradition, culture d'origine et culture d'accueil, langue maternelle et langue sociale ».

Pour cela, il est nécessaire de questionner les références culturelles dans le rapport au corps du patient, de prendre également en compte les représentations sur la maladie mentale au niveau social et familial, ainsi que les références symboliques liées au corps. Cette adaptation du cadre thérapeutique permet au patient de venir exprimer son propre rapport au corps et de laisser la possibilité de l'émergence de représentations culturelles étayantes.

g. Discussion autour de l'altérité en psychomotricité à l'UHSA

L'analyse des cas cliniques, en appuie d'un étayage théorique, nous permet de valider l'hypothèse formulée en début de cet écrit.

L'approche psychomotrice est une clinique du lien, médiatrice, du sensible à la représentation, de soi à l'autre. Elle amène ainsi le patient à s'approprier son corps, lieu d'inscription de son altérité. Dans la clinique, les dimensions culturelle et corporelle s'étaient mutuellement. Le psychomotricien, par sa « malléabilité », va nuancer son altérité, au niveau de sa corporéité, prenant parfois la place d'un « double transitionnel » pour soutenir le travail en jeu. Cette posture permet une ouverture progressive du sujet à l'autre et à soi, un lien entre le dehors et le dedans. L'investissement de cet espace transitionnel va permettre la possibilité d'un « entre-deux », un métissage culturel. La psychomotricité serait ainsi une voie d'accès possible à l'altérité du sujet, venant soutenir la dimension identitaire altérée.

Qu'en est-il dans une pratique en U.H.S.A ?

Dans le soin, l'individu est à prendre en compte dans sa complexité. La difficulté de mise en lien des différents thèmes abordés dans ce travail, me semble souligner la complexité des situations cliniques. Comme nous l'avons vu précédemment, la situation transculturelle, ainsi que l'approche psychomotrice, sont rempli de complexité. Les liens entre la psychopathologie et l'anthropologie, la phénoménologie de l'enfermement ne sont également pas d'une simple causalité. Englebert (p.268)

l'affirme, « un tel phénomène (...) ne peut être abordé que sous l'égide du causalisme circulaire ». Toutefois, nous ne pouvons omettre cet impact sur le sujet, ce qui peut nous amener à formuler des hypothèses.

La mobilisation psychocorporelle du sujet, en le réinscrivant dans un espace-temps subjectivé, semble étayer une mise en lien là où il y a eu rupture dû à l'impact de l'incarcération (rupture de l'identité narrative, altération corps/psyché, perte de la filiation etc.). La réappropriation de l'espace/temps permettrait de relancer la dialectique « corps sujet-corps objet », au profit d'une subjectivation. L'approche psychomotrice accompagnerait ainsi le sujet à trouver une certaine adaptation à l'environnement carcéral. La co-construction des séances, en inter-relation avec le patient, exprimée de manière implicite ou explicite, renvoie d'emblée à l'autre sa condition d'être humain, éminemment expressif et dans la relation. Il semble, parfois, que le soin à l'UHSA consiste à accompagner le patient à pouvoir réinvestir une relation à l'autre humanisée et retrouver une place de sujet.

La relation thérapeutique, en milieu carcéral, peut être difficile à installer. L'univers carcéral, en induisant le statut de « détenu » au sujet, le marque en tant qu'autre, différent de soi, associé à de la dangerosité. Les passages à l'acte nous confrontent aussi parfois à la folie, la cruauté. Cela affecte la relation de soin, aussi bien du côté du soignant que du patient. La difficulté de différenciation du soin et de la justice, de par l'UHSA, semble également y jouer un rôle. Le patient arrive également avec tout son vécu antérieur, qui peut être marqué de difficulté face à son intégration en France et un parcours migratoire traumatique.

L'instauration d'un cadre contenant va être nécessaire pour que le patient puisse se sentir en sécurité, entendu et qu'il s'ouvre à la relation. Il est important alors d'amener du même, du commun. Un espace médiatisé, où la parole n'est pas d'emblée sollicitée, tout en induisant une communication non verbale paraît pertinent. Cela peut permettre qu'une rencontre est lieu et favoriser l'alliance thérapeutique. Seul l'espace en psychomotricité a été évoqué ici, mais celui-ci ne peut se réaliser qu'au sein d'une dynamique institutionnelle. Au regard de l'impact sur le corps du sujet et de son cadre thérapeutique, l'approche psychomotrice semble avoir toute sa place au sein d'un service en milieu carcéral.

Toutefois, la pratique psychomotrice ne convient pas à tous les patients. L'éveil de sensations corporelles peut parfois être source d'une excitation difficile à contenir pour le patient, ce qui le déborde et empêche un travail d'élaboration. En phase aiguë, la relation à l'autre et à son propre corps est parfois trop menaçante pour pouvoir entamer un travail. Un dispositif groupal est parfois plus adapté ou complémentaire. Il peut être pertinent pour aborder la question du même et du différent, par la matérialisation de l'altérité.

Il est également important d'entendre le besoin de certains patients de garder la maîtrise et l'équilibre trouvé. Le travail en psychomotricité peut induire un lâcher-prise et un remaniement identitaire en travaillant sur le rapport au corps. Pour certains patients, se risquer à ce soin pourrait venir bousculer l'adaptation trouvée au milieu carcéral. Il est important de respecter leur rythme et leurs mécanismes de défenses afin de ne pas les mettre en difficulté lors d'un retour en détention classique.

CONCLUSION

La mise en lien d'un matériel clinique, à partir de suivis en psychomotricité en situation transculturelle, avec des concepts théoriques, nous a permis d'aborder l'intérêt de la prise en compte de l'altérité dans un service de psychiatrie en milieu carcéral.

L'incarcération, venant impacter la corporéité du détenu, altère son identité et sa relation à l'autre. La relation thérapeutique s'en trouve affectée, une distance est d'emblée présente. La perte de subjectivité induite par « l'objectalisation du corps » du détenu, le renvoie à une altérité marquée : c'est l'autre, le dangereux, l'exclu de la société. Parallèlement, le sujet se voit nier sa propre altérité : il est identifié au groupe « détenu » et coupé de ses filiations et affiliations. La perte de l'enveloppe culturelle, pour les personnes issues de l'immigration, crée un contexte de vulnérabilité, qui semble réveiller des événements antérieurs majeurs. L'abord du corps, en psychomotricité, semble offrir un étayage structurant en venant mobiliser des éléments fondateurs de l'identité du sujet (ex : sensorialité).

L'accompagnement du patient vers une réappropriation de son corps permet également qu'il se réinscrive dans un espace/temps, dans son histoire, par la mobilisation d'émotions, de sensations et de sa mémoire corporelle. Les dimensions culturelle et corporelle du sujet s'étaient mutuellement, dans le travail thérapeutique. Il s'observe progressivement une ouverture à l'autre et à soi. Le psychomotricien se trouve également convoqué dans sa propre altérité, qui, s'il en a conscience, peut venir favoriser le travail thérapeutique.

L'écriture de ce mémoire est venue mettre des mots sur des vécus, parfois archaïques, par lesquels j'étais traversée. Le cheminement au cours de ce travail m'a permis de m'approprier une part de mon altérité, et d'accueillir en retour celle des patients. Mon regard clinique s'en trouve enrichi, complexifié par l'ouverture à la transculturalité qui vient nourrir de nouvelles réflexions.

La posture, décrite ici en situation transculturelle, me semble importante auprès de tout patient. Au regard de la subjectivité de la dimension culturelle et le contexte interculturel contemporain, le transculturel concerne également des personnes d'une même nationalité.

Ce besoin d'écriture vient-il souligner la nécessité pour moi de clarifier, consolider mon identité en tant que psychomotricienne ? Nous avons détaillé l'impact de l'enfermement auprès des patients. Qu'en est-il des soignants, de l'atteinte au niveau de leur identité personnelle, professionnelle, culturelle ?

TABLE DES MATIERES

RESUME:	4
INTRODUCTION :	6
I. Le milieu carcéral	8
a. Le système carcéral en France.....	8
i. La privation de liberté	8
ii. Population carcérale.....	9
iii. Prison et santé mentale – entre soigner et punir	10
b. Phénoménologie et anthropologie de l’incarcération	11
i. La temporalité.....	11
ii. La spatialité	12
iii. « Corps carcéral ; identité carcérale ».....	13
iv. La violence en détention	14
c. Réflexion autour du vécu des personnes immigrées en prison :.....	15
II. Thérapie psychomotrice en situation transculturelle :	17
a. Présentation de la psychomotricité	17
b. Le lien corps-psyché en psychomotricité	18
c. Les différentes dimensions de l’altérité :.....	19
i. Définition de l’altérité	19
ii. L’altérité en soi - « L’inquiétante étrangeté » :.....	19
iii. L’altérité de l’autre : La culture	20
iv. Altérité et identité	21
III. Etudes de cas cliniques	22
a. Cadre du matériel clinique	22
b. Etude de cas n° 1 : Mr Y. : <i>du dehors au dedans</i>	22

c. Etude de cas n° 2 : Mme A : <i>en quête d'un portage</i>	24
d. Etude de cas n°3 : Mme X : <i>apprivoiser l'inquiétante étrangeté</i>	26
IV. Analyse et discussion :	31
a. Contre-transfert culturel	31
b. Corps, Altérité et Identité	32
c. L'altérité comme levier thérapeutique	34
d. La transitionnalité en thérapie psychomotrice	36
e. L'engagement du psychomotricien(ne).....	37
f. Psychomotricité interculturelle	38
g. Discussion autour de l'altérité en psychomotricité à l'UHSA.....	39
CONCLUSION	41
TABLE DES MATIERES	42
BIBLIOGRAPHIE	44

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU Didier, 1995, *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod
- BALLOUARD C., 2008, « Les fondements historiques de la psychomotricité », in *Contraste*, n°28-29, pp. 17-26
- BAUBET T., MORO M-R, 2011, *Psychopathologie transculturelle*, Amsterdam, Elsevier B.V.
- BAUDRY P., 2007, « De l'identité à la singularité ou le corps métissé par lui-même », in FINTZ C., *le corps comme lieu de métissages*, Paris, Edition l'Harmattan, pp. 387-406
- CHAMOND J., DECOCQ F., LEROY-VIEMON B., MOREIRA V., 2014, « La dénaturation carcérale. Pour une psychologie et une phénoménologie du corps en prison », in *L'information psychiatrique*, n°90, pp. 673-682
- CIPRUT Marie-Andrée, 2007, *Migration, blessure psychique et somatisation*, Chêne-Bourg, Editions Médecine & Hygiène.
- CORIN E., 2013, « Entre le même et l'autre, l'altérité comme passeur », in *L'information psychiatrique*, n°89, pp. 435-443
- CRISTALDI Melita, *Psychomotricité et interculturalité dans la méditerranée*, thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Toulouse 2-Le Mirail, 2013.
- DESOBEAU F., 2010, « Identité & fonction du psychomotricien », in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, pp.58-69
- ENGLEBERT Jérôme, 2013, *Psychopathologie de l'homme en situation, le corps du détenu dans l'univers carcéral*, Paris, Editions Hermann.
- FASSIN Didier, 2017, *L'ombre du monde, une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, Editions Points.
- FOURNIER L-S, RAVENEAU G., 2008, « Anthropologie des usages sociaux et culturels du corps », in *Journal des anthropologues*, n° 112-113, pp.9-22
- GIROMINI F., 2012, « La médiation en psychomotricité », in LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle– Structure, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Erès, pp.253-264

- HARMANT V.,2013, « Quête identitaire et troubles de la filiation : réflexion sur un cas de possession par les djinns à Mayotte », in *L'Autre*, n°14, pp.54-62
- JUNG J.,2015, « Le narcissisme primaire, le double et l'altérité », in *Recherches en psychanalyse*, n°19, pp.77-86
- KAES R.,1998, « Différence culturelle, souffrance de la langue et travail du préconscient dans deux dispositifs de groupe », in KAES R., *Différences culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod. pp.45-86
- KILANI M., 2012, « Objets. L'anthropologie : science du traditionnel et/ou science de l'actuel ? », in KILANI M., *Anthropologie : du local au global*, Paris, Armand Colin, pp. 19-40
- KRISTEVA Julia,1988, *Etrangers à nous-mêmes*, Barcelone, Folio essais.
- Le GRAND-SEBILLE C., 2010, « Douleur et soins. Altérité sociale et culturelle », in HIRSCH E., *Traité de bioéthique III- handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes*, Toulouse, Erès, pp. 458-468
- LESAGE Benoît, 2012, *Jalons pour une pratique psychocorporelle – Structure, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Erès
- LHUILIER D., LEMINSZEWSKA A., 2001, *Le choc carcéral : survivre en prison*, Paris, Bayard.
- MILHAUD Olivier, 2015, « L'enfermement ou la tentation spatialiste. De « l'action aveugle, mais sûre » des murs des prisons », in *Annales de Géographie*, n° 702-703, pp. 140-162
- MORO M-R., REVAH-LEVY A.,2005, « Soi-même dans l'exil –les figures de l'altérité dans un dispositif psychothérapeutique », in KAES R., *Différences culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod, pp. 107-129
- Observatoire International des Prisons, 2011, *Les conditions de détention en France*, Mercuès, La découverte.
- POTEL C., 2015, « Le contre-transfert corporel », in *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapeutique du corps*, Toulouse, Eres, pp.111-124
- ROSTAING C., 2006, « La compréhension sociologique de l'expérience carcérale », in *Revue européenne des sciences sociales*, n°135, pp. 29-43
- TOBIE Nathan, 2001, *La folie des autres : traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, 2° édition Dunod.
- WINNICOTT Donald Woods, 2002, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

Sources électroniques :

- http://www.cncdh.fr/sites/default/files/les_prisons_en_france_volume_1.pdf (consulté le 02/04/2018)
- <https://rm.coe.int/1680707074> (consulté le 02/04/2018)
- http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/06/CGLPL_Avis-JO_20140603.pdf (consulté le 02/04/2018)
- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F38B70772C2385D61C4F5932314F9887.tplqfr30s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006149818&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180527 (consulté le 27/05/2018)