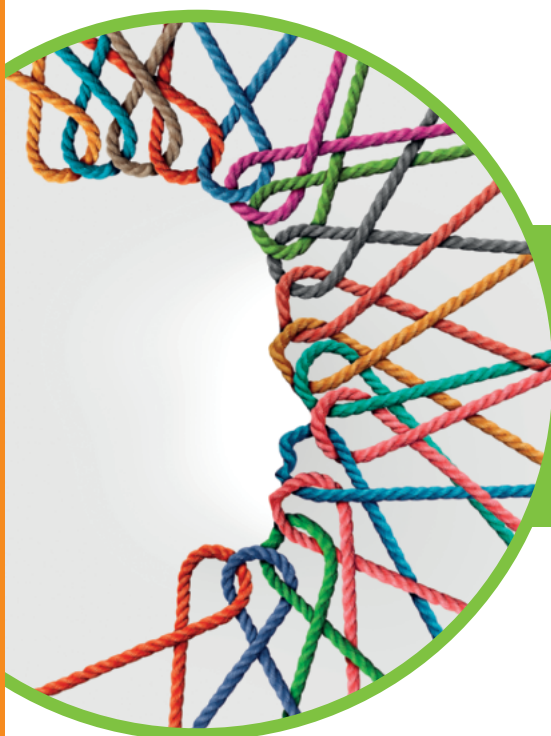


Dirigé par Mélisande Le Corre, Sarah Bacrie et Agnès Hélias-Péan
Préface de Françoise Giromini

Psychomotricité

PSYCHOMOTRICITÉ EN PSYCHIATRIE ADULTE



- Profils psychomoteurs
- Clinique psychomotrice
- Nouveaux champs d'application

+ EN LIGNE

30 chapitres complémentaires



Psychomotricité en psychiatrie adulte

Dirigé par

Mélanie LE CORRE, Sarah BACRIE et Agnès HELIAS-PEAN

De Boeck Supérieur SA, 2022

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans
votre domaine de spécialisation, consultez notre site web :
www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur SA, 2022

Rue du Bosquet, 7 – B1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :

Bibliothèque royale de Belgique : 2022/13647/120

Bibliothèque nationale, Paris : août 2022

ISBN : 978-2-8073-4080-0

Sommaire

Auteurs	14
Remerciements	19
Préface	20
Prologue	22
Chapitre 1. Histoire des soins et de la psychomotricité en santé mentale	24
1. Histoire et organisation des soins.....	24
1.1. De l'asile au dispensaire.....	24
1.2. Le désaliénisme	26
1.3. Du désaliénisme à la psychothérapie institutionnelle	27
1.4. De la psychothérapie institutionnelle à la politique de secteur	28
1.5. Du secteur au médico-social	30
1.6. Du médico-social à la pair-aidance.....	31
1.7. Les soins contraints	32
2. Histoire des thérapies corporelles et émergence de la psychomotricité dans les services de psychiatrie	34
2.1. L'Histoire des thérapies corporelles.....	34
2.2. La naissance de la psychomotricité clinique.....	36
3. Le développement de la psychomotricité en psychiatrie adulte 	38

Chapitre 2. Fondements théoriques de la psychomotricité en psychiatrie adulte	39
1. Éclairages sur le corps des grandes disciplines à l'origine de la psychomotricité, appliquées à la psychiatrie	39
1.1. La psychanalyse.....	39
1.1.1. Les origines de la psychanalyse, en lien avec la psychomotricité	39
1.1.2. Psychomotricité et psychanalyse lacanienne.....	45
1.1.3. Corps réel, symbolique et imaginaire.....	48
1.1.4. Conclusion	49
1.2. La phénoménologie.....	50
1.2.1. La psychopathologie phénoménologique et la psychomotricité : le corps phénoménologique	50
1.2.2. Phénoménologie et clinique : un regard sur « l'humain-patient ».....	61
1.3. Les neurosciences	65
1.3.1. Maladies psychiatriques et anomalies neuromotrices : perspectives scientifiques et cliniques	65
1.3.2. Conclusion	76
2. Penser le corps en psychiatrie adulte 	76
Chapitre 3. Des représentations du corps en psychiatrie adulte	77
1. Nos corps ont leurs raisons que nos raisons le plus souvent ignorent.....	77
1.1. Être psychiatre, c'est d'abord avoir un corps à soi... C'est aussi avoir une psyché à soi.....	77
1.2. La rencontre clinique	78
1.3. Lieu du soin, lieux des soins, lieux des rencontres.....	79
1.3.1. Le couloir.....	79
1.3.2. Le bureau	79
1.3.3. Le patio	80
1.3.4. La salle d'activité, la réunion soignants/soignés	80
1.3.5. L'espace d'isolement	80
1.4. Conclusion.....	81
2. Le corps, entre fantasme et tabou.....	82
2.1. Introduction	82

2.1.1. Cachez ce corps que je ne saurai voir : le corps qui embarrasse tout le monde	83
2.1.2. Le traitement du corps.....	83
2.2. Penser la place du corps en psychiatrie 	84

Chapitre 4. Place des psychomotriciens dans les équipes pluridisciplinaires

1. La prescription médicale de psychomotricité.....	85
1.1. La prescription du médecin psychiatre	85
1.1.1. Intérêt, prescription et indications de la psychomotricité pour les patients hospitalisés en psychiatrie générale	85
1.1.2. « Il n'y a pas de psychiatrie sans corps » : psychomotricité en extra-hospitalier.....	93
1.1.3. Conclusion	96
1.2. La prescription du médecin généraliste.....	96
1.2.1. Les différentes étapes du soin somatique en psychiatrie et l'apport de la psychomotricité.....	96
1.2.2. Aide à l'anamnèse.....	97
1.2.3. Approfondissement de l'examen clinique	100
1.2.4. Examens complémentaires	102
1.2.5. Décision thérapeutique	102
1.2.6. Exemples de types de prescription.....	103
2. La pluridisciplinarité	104
2.1. La place du psychomotricien vue par l'encadrement	104
2.2. La place du psychomotricien vue par les équipes	107

Chapitre 5. Éléments de sémiologie psychomotrice à partir d'un examen psychomoteur standardisé

1. Présentation de l'examen.....	116
1.1. Intérêt de l'examen	116
1.2. Description	118
1.3. Structuration	120
1.3.1. Standardisation et quantification.....	120
1.3.2. Étalonnage des épreuves existantes	121
1.3.3. L'échelle psychomotrice	122
2. Utilisation et pertinence de l'examen.....	123
2.1. Précision de l'indication thérapeutique psychomotrice.....	124

2.2. Discussion du diagnostic psychomoteur et psychiatrique.....	125
2.3. Axes de recherche concernant l'examen psychomoteur en psychiatrie de l'adulte	126
3. Premiers éléments de sémiologie psychomotrice.....	128
3.1. Le tonus.....	128
3.1.1. Dans la schizophrénie.....	128
3.1.2. Dans la dépression	130
3.1.3. Dans les troubles limites de la personnalité.....	130
3.2. La cénesthésie.....	131
3.2.1. Dans la schizophrénie.....	132
3.2.2. Dans la dépression	134
3.2.3. Dans les troubles limites de la personnalité.....	136
3.3. Organisation gestuelle.....	137
3.3.1. Dans la schizophrénie.....	138
3.3.2. Dans la dépression	140
3.3.3. Dans les troubles limites de la personnalité.....	142
3.4. L'image du corps.....	143
3.4.1. Dans la schizophrénie.....	143
3.4.2. Dans la dépression	145
3.4.3. Dans les troubles limites de la personnalité.....	147
3.5. Le système émotionnel.....	149
3.5.1. Dans la schizophrénie.....	150
3.5.2. Dans la dépression	154
3.5.3. Dans les troubles limites de la personnalité.....	156
4. La dissociation.....	161
5. Profils psychomoteurs 	164
Chapitre 6. La temporalité de la maladie psychiatrique	165
1. De la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte : les adolescents 	165
2. Les jeunes adultes.....	165
2.1. Devenir adulte... Quand et comment ?	166
2.2. Soins psychiatriques du jeune adulte : quelles offres et quels accès ?.....	168
2.3. Psychomotricité et psychopathologie du jeune adulte : quels repères ?	169

2.3.1. Accompagnement en psychomotricité de jeunes adultes pris dans des problématiques post-adolescentes : un impossible renoncement.....	170
2.3.2. Accompagner la décompensation d'une pathologie psychiatrique au début de l'âge adulte	171
2.3.3. Accompagner la pathologie psychiatrique déclarée au début de l'âge adulte et stabilisée	171
3. Les adultes.....	172
3.1. Introduction	172
3.2. La décompensation et l'état de crise	173
3.2.1. Introduction.....	173
3.2.2. Intérêt de la psychomotricité dans les situations de décompensation et de crise.....	175
3.3. Évolution et suivi au long cours : stabilisation et chronicité.....	185
3.3.1. Introduction.....	185
3.3.2. Prise en charge en psychomotricité des patients stabilisés et chroniques	186
3.4. Les patients vieillissants.....	197
3.4.1. La complexité des troubles.....	197
3.4.2. Les limites de l'accompagnement	199
3.4.3. Psychomotricité et sujet vieillissant en psychiatrie	200
Chapitre 7. Projet et cadre thérapeutiques.....	204
1. Les objectifs thérapeutiques	204
1.1. Des objectifs à l'alliance thérapeutique.....	204
1.2. Des objectifs spécifiques	205
1.3. Différentes temporalités pour poser les objectifs thérapeutiques.....	206
1.3.1. La temporalité de la séance	206
1.3.2. La temporalité de la prise en charge	206
1.3.3. La temporalité du patient.....	207
2. Les spécificités de la relation psychomotrice	207
2.1. Le positionnement thérapeutique	207
2.1.1. À l'origine, la transmission des auteurs de référence	208
2.1.2. Être en soi et avec l'autre, la richesse de l'expérientiel	208
2.1.3. De l'implication corporelle à l'éthique relationnelle	209
2.1.4. L'être en mouvement : adaptabilité et co-construction du projet	209

2.2. La communication verbale et non-verbale	210
2.2.1. De l'axiome à l'intentionnalité	210
2.2.2. La communication « non-verbale »	211
2.2.3. La « juste distance »	212
2.2.4. Dialogue tonique et communication.....	212
2.2.5. Corps réceptacle, contenir et transformer	213
2.2.6. Empathie tonique.....	214
2.2.7. La communication verbale :	
quelle place dans nos espaces ?.....	214
2.2.8. Parole aux différents temps de la séance.....	216
2.3. La subjectivité dans la relation psychomotrice.....	217
2.3.1. La qualité de présence, une construction	
personnelle	217
2.3.2. Expérience d'authenticité et intersubjectivité	218
2.3.3. Éthique relationnelle et formation continue	218
3. Des outils du soin.....	219
3.1. Les médiations corporelles	219
3.1.1. La médiation corporelle : définition	219
3.1.2. Classification des activités à médiations corporelles.....	220
3.1.3. Structure de la médiation corporelle	220
3.1.4. Métapsychologie de la médiation thérapeutique,	
notion de medium malléable	223
3.1.5. Thérapie psychomotrice et médiation.....	224
3.1.6. La posture soignante	224
3.1.7. L'implication corporelle et la corporéité.....	224
3.1.8. L'utilisation du jeu	225
3.2. Les techniques psychomotrices	226
3.2.1. Processus thérapeutique de la médiation.....	226
3.2.2. La psychomotricité, une médiation en tant que telle ?	227
3.2.3. Les techniques psychomotrices, quelle spécificité	
pour les psychomotriciens ?.....	227
4. Réflexions sur le cadre thérapeutique individuel	229
4.1. L'installation d'un cadre thérapeutique individualisé	230
4.1.1. Le cadre concret : cadre de référence	
pour construire un dispositif individualisé	230
4.1.2. Un cadre à contrarier ?	232
5. Le groupe	234
5.1. Construire un groupe en psychomotricité.....	234

5.1.1. Comment un groupe devient-il thérapeutique ?	234
5.1.2. Comment construire un groupe thérapeutique en psychomotricité ?	237
5.1.3. Conclusion	240
5.2. Le binôme	241
5.2.1. Naissance d'une réflexion... ..	241
5.2.2. Cadre thérapeutique vs réalité de terrain.....	242
5.2.3. Deux patients... Un groupe ?	242
5.2.4. Intérêts thérapeutiques du binôme.....	243
5.2.5. La place du psychomotricien dans le binôme de patients	245
5.3. Corps et groupe : une lecture psychomotrice 	246
6. La co-thérapie.....	247
6.1. Couple thérapeutique et partage de compétences	247
6.1.1. Régulation émotionnelle et subjectivité	247
6.1.2. Observation clinique et ajustement thérapeutique	247
6.1.3. Enrichissement professionnel	248
6.2. Modalités pratiques de la co-thérapie dans le cadre institutionnel	249
6.2.1. La place de chacun	249
6.2.2. Quelle différence entre co-thérapie et co-animation ?	250
6.2.3. Un cadre éayant et sécurisant.....	250
6.2.4. Espaces et temporalité	251
7. Le temps de la psychomotricité : entre archaïsme et langage 	251

Chapitre 8. La temporalité de la prise en charge : écrits théorico-cliniques

1. Les lieux de privation de liberté	252
1.1. Introduction	252
1.2. La prison	253
1.2.1. Groupes thérapeutiques à médiation corporelle auprès de sujets auteurs de violence extrême 	253
1.2.2. Corps et traces : groupe à médiation picturale en centre de détention 	254
1.3. L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).....	254

1.3.1. Cultures, croyances, migrations ; une rencontre avec l'altérité 	254
1.3.2. Paranoïa, psychopathie... Le jeu dramatique, une perspective de soin pour ces patients complexes ?	254
1.3.3. La paranoïa	255
1.3.4. La psychopathie.....	270
1.4. Des services intra-hospitaliers	276
1.4.1. La chambre d'isolement thérapeutique, la contention et l'espace d'apaisement	276
1.4.2. Spécificités de la prise en charge en psychomotricité en chambre d'isolement : une alternative ?	278
1.4.3. L'enveloppement humide : un soin institutionnel qui laisse place au corps en psychiatrie 	288
1.4.4. Histoires d'appuis... 	289
1.4.5. Clinique et prise en charge du traumatisme psychique 	289
1.4.6. Anorexie, boulimie : adaptation de la remédiation cognitive et diversité musicale 	289
1.4.7. « Le corps en jeu » : apport d'un groupe ouvert en co-thérapie en unité fermée.....	290
2. Liens entre l'intra et l'extra-hospitalier.....	301
2.1. Intervenir de l'intra-hospitalier à l'extra-hospitalier	301
2.1.1. De la théorie à la pratique	302
2.1.2. Notre place dans le dispositif de soins ?.....	308
2.1.3. Attentes institutionnelles et positionnement	309
2.2. Prendre corps : une expérience d'individuation dans l'eau 	310
3. Des structures extra-hospitalières sectorielles	310
3.1. Le centre médico-psychologique 	310
3.1.1. Un pivot des soins	310
3.1.2. Retrouver un axe pour traverser la dépression	310
3.1.3. Une porte d'entrée dans le soin.....	311
3.1.4. Des relaxations thérapeutiques	312
3.1.5. Groupe et axialité	316
3.1.6. Conclusion	319
3.2. L'hôpital de jour.....	319
3.2.1. Danser en psychiatrie : organiser les corps pour ouvrir l'espace relationnel.....	319

3.2.2. Conscience corporelle avec un patient présentant des troubles anxio-phobiques et une obésité 	328
3.2.3. Douleur et psychomotricité : une prise en charge en hôpital de jour géronto-psychiatrique 	329
3.3. Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	329
3.3.1. Soins des mains : une approche psychocorporelle 	329
3.3.2. L'expression théâtrale	330
4. Des structures ambulatoires hors secteur.....	338
4.1. Psychomotricité et réhabilitation psychosociale	338
4.1.1. Rencontre et éléments de vie	338
4.1.2. Évaluation des ressources et des limites.....	341
4.1.3. Soins et accompagnement.....	343
4.2. Retisser des liens : accompagnement psychomoteur en addictologie 	346
4.3. Psychiatrie et parentalités : entre incertitude et potentialité 	346
4.4. La psychomotricité à l'épreuve de la grande précarité 	347
5. Suivis de patients présentant des troubles psychiatriques en dehors de services dédiés.....	347
5.1. Le libéral.....	347
5.1.1. Suivi psychomoteur en libéral	347
5.1.2. La thérapie avec le cheval 	356
5.2. Groupe de prévention du burn-out en ville 	357
5.3. L'accompagnement psychomoteur des patients présentant des troubles psychiatriques durant un séjour en rééducation neurologique 	357
5.4. Suivi d'un patient psychotique, malvoyant et déficient intellectuel en foyer de vie 	357
6. Dimension cyclique de la maladie mentale : quelle fin pour le suivi en psychomotricité ?	358
6.1. Introduction 	358
6.2. Des fins... ..	359
6.2.1. Penser et accompagner la fin : l'idéal du psychomotricien.....	359
6.2.2. Rupture de suivi par le patient : une fin difficilement négociée	362

6.2.3. Ruptures du fait de l'institution sanitaire : un problème sociétal	363
6.3. ... et des non fins	365
6.3.1. Suivis interminables : une impossible fin ?	365
6.4. Des fins qui ne disent pas leur nom	367
6.4.1. La « rechute »	368
6.5. Conclusion.....	370
Chapitre 9. Prévention et activités physiques adaptées.....	372
1. L'activité physique : un enjeu de santé publique	372
1.1. La pratique de l'AP dans la population générale.....	372
1.2. La pratique dans la population psychiatrique	374
1.3. Les politiques publiques et réglementations de l'APA (activité physique adaptée).....	374
1.4. Conclusion.....	375
2. Le psychomotricien dans la pratique de l'activité physique adaptée ...	375
2.1. La place des AP dans la culture professionnelle.....	375
2.2. Les compétences relatives à l'exercice de l'AP	376
2.3. Des suggestions pour l'évaluation des fonctions psychomotrices	377
3. Les enjeux spécifiques de l'APA en psychiatrie adulte	378
3.1. L'indication d'activité physique adaptée en hôpital psychiatrique	379
3.2. L'efficacité de l'activité physique en psychiatrie.....	380
3.3. Un programme adapté au profil du sujet.....	381
4. Témoignages de psychomotriciens sur l'activité physique adaptée : une aide thérapeutique dans le parcours de soins en psychiatrie adulte 	382
Chapitre 10. La recherche en psychomotricité	383
1. Les enjeux et les contraintes.....	383
1.1. La recherche en psychomotricité.....	383
1.2. Les enjeux de la recherche	384
1.3. L'évaluation des interventions non médicamenteuses (INM)	385
1.4. Contraintes de la recherche en psychiatrie	386
2. La recherche sur la psychomotricité en psychiatrie à l'échelle internationale	388

2.1. La visibilité et le développement internationaux	388
2.2. Les publications indexées	389
2.3. Les recherches expérimentales et leurs conclusions	390
3. Présentation de différentes recherches	393
3.1. Perceptions et représentations de l'intérieur du corps dans l'anorexie mentale	393
3.2. Le bilan psychomoteur dans la dépression	394
3.3. La proprioception en psychomotricité en unités pour malades difficiles (UMD) et en unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) 	396
Bibliographie 	397

Auteurs

Justine Afonso, psychomotricienne, formatrice

Dr Marie Agostinucci, psychomotricienne, docteure en Sciences et techniques des activités physiques et sportives, attachée temporaire d'enseignement et de recherche

Mathilde Akian, psychomotricienne, Master international en psychomotricité, coordinatrice de formation DPC, membre fondateur de l'Association psychomotricité et psychotraumatisme

Nathalie Anneheim, psychomotricienne, chargée d'enseignement à l'IFPM de Mulhouse, formatrice

Sarah Bacrie, psychomotricienne, chargée d'enseignement à l'IFPM d'Orléans

Margot Barbet, psychomotricienne, hypnothérapeute, Master international en psychomotricité, titre d'expert en psychomotricité, chargée d'enseignement à l'ISRP de Paris et dans le Master international en psychomotricité

Marie Barenton, psychomotricienne, infirmière

Emilie Baudet, psychomotricienne, danse-thérapeute

Claire Bertin, psychomotricienne, danse-thérapeute, thérapeute de groupe, psychodramatiste analytique, formatrice, responsable d'Entre Sens-formation

Elisabeth Bohanan, psychologue clinicienne, psychanalyste

Anne Boizot, psychomotricienne

Yasmine Boubrit, praticien attachée associée en psychiatrie, Diplôme Universitaire d'hypnose médicale, Diplôme Universitaire de psychopharmacologie

Romane Boucrault, psychomotricienne, Diplôme Universitaire d'hypnose et communication thérapeutiques, chargée d'enseignement à l'ISTR de Lyon

Leïla Brusseaux, psychomotricienne, ostéopathe, Diplôme Universitaire d'approches psychanalytiques du corps, chargée d'enseignement à l'IFP de Paris

Adeline Burlot, psychologue clinicienne, expert à la Cour d'appel

Apolline Carne, psychologue clinicienne, psychomotricienne, doctorante contractuelle en mission d'enseignement au CRPMS de l'Université Paris-Diderot

Gaëlle Carrette, psychomotricienne, sophrologue, chargée d'enseignement à l'IFP de Paris et à l'IFSI de Longjumeau

Angélique Cerf, infirmière

Pr Georges Charbonneau, docteur en médecine, ancien psychiatre des hôpitaux, directeur de recherche à l'Université Paris VII-Diderot, directeur de la revue *Le Cercle Herméneutique* (Vrin), Prix 2011 de l'*Évolution Psychiatrique*, auteur de nombreux ouvrages et publications dont *Introduction à la psychopathologie phénoménologique*, tomes 1 et 2 (MWJ Fédition, 2010)

Dr Nadia Chaumartin, médecin généraliste, cheffe de service de soins somatiques

Sandrine Clergeot, psychomotricienne, psychothérapeute

Dr Coralie Coffin, psychiatre praticien hospitalier, Diplôme Universitaire de psychiatrie légale, Diplôme Universitaire de psychothérapie des théories au traitement

Simon Commare, psychomotricien, Licence de sciences et techniques de la réadaptation

Alexandre Constant, psychologue clinicien, psychomotricien, Diplôme Universitaire d'addictologie, chargé d'enseignement à l'IFP de Paris

Laëtitia Cottin, psychomotricienne, Diplôme Universitaire de continuité et discontinuité de l'enfance à l'âge adulte – clinique de l'adolescence

Dr Charlotte Danset-Alexandre, psychologue, neuropsychologue, docteure en neurosciences

Dr Diane de Labrouhe, psychiatre praticien hospitalier, Diplôme Universitaire de criminologie appliquée à l'expertise

Dr Fabrice de Sainte Maréville, psychiatre praticien hospitalier, pédopsychiatre, chargé d'enseignement à l'ISRP de Paris

Véronique Defiolles-Peltier, psychomotricienne, titre d'expert en psychomotricité, chargée d'enseignement à l'ISRP de Paris et de Marseille, et à l'IFP de Paris, formatrice

Dorothée Défontaine, psychomotricienne, Diplôme Universitaire d'initiation à la recherche clinique en psychomotricité

Yannick Delamarre, infirmier

Domitille Delarue, psychologue clinicienne, thérapeute familial, Master de recherche en psychopathologie clinique psychanalytique

Dr Carole Depierre, psychiatre praticien hospitalier, psychanalyste, psychodramatiste psychanalytique

Natali Desserprit, cadre supérieure de santé, Master en gestion des services de santé

Dr Roberto Dobrin, psychiatre praticien hospitalier, Diplôme Universitaire de psychiatrie légale, thérapeute praticien en TCC

Dr Alexis Erb, psychiatre praticien hospitalier

Claire Exposito, psychomotricienne, psychothérapeute

Marion Figarol, ergothérapeute, Master de psychanalyse

Philippe Geoffroy, éducateur spécialisé

Lara Germain, psychomotricienne, Master handicaps sensoriels et cognitifs, Master santé

Elsa Gilbert, psychomotricienne, thérapeute avec le cheval, accompagnatrice en tourisme équestre, chargée d'enseignement à l'IFP de Paris et l'IFRES d'Alençon, formatrice, membre de la Fédération nationale de thérapie avec le cheval

Dr Pascale Giravalli, psychiatre praticien hospitalier, Diplôme d'Études supérieures de psychiatrie et médecine légale, Diplôme Universitaire de psychiatrie et compétences transculturelles

Françoise Giromini, professeure associée, ancienne directrice de l'IFP de Paris (2001-2010), présidente du Conseil national professionnel des psychomotriciens, directrice pédagogique de l'ISRP Paris

Laura Gouabault, psychomotricienne, Master international en psychomotricité, titre d'expert en psychomotricité, chargée d'enseignement à l'ISRP de Paris, secrétaire de l'Association française des psychomotriciens intervenant dans le sport, parasport et activités physiques

Carole Guerra-Serres, cadre supérieure de santé

Agnès Hélias-Péan, psychomotricienne, Master international en psychomotricité, titre d'expert en psychomotricité, chargée d'enseignement à l'ISRP de Paris, à l'IFPM d'Orléans et à l'IFRES d'Alençon, formatrice, coordinatrice de formation à UEFP-ISRP

Pr Marie-Odile Krebs, professeure de psychiatrie, cheffe de pôle, directrice de recherche à l'Institut de Psychiatrie et Neurosciences de Paris (IPNP, UMR 1266), directrice d'un consortium collaboratif national, coordonnatrice du programme national PsyCare (PIA)

Zélia Krebs, psychomotricienne, praticienne en shiatsu, Diplôme Universitaire de soins palliatifs

Mélisande Le Corre, psychomotricienne, danse-thérapeute, Diplôme Universitaire de psychiatrie et compétences transculturelles, certificat en massages thaïs, chargée d'enseignement à l'IFP de Paris et à l'IFPM d'Orléans, formatrice

Caroline Leblanc-Manet, psychologue clinicienne, psychomotricienne, Master de psychanalyse

Dr Constance Léculée, psychiatre assistante spécialiste, Diplôme Universitaire de psychiatrie légale

Marion Lefebvre, psychomotricienne, Master international en psychomotricité, titre d'expert en psychomotricité, Master en conception et innovation en management, consultante

Dr Benoit Lesage, médecin, docteur en sciences humaines, formateur, responsable de l'organisme de formation IRPECOR

Khadija Lorric, infirmière, Diplôme Universitaire de santé mentale

Nadine Malavergne, directrice des soins, Master en droit, économie et gestion spécialité management des établissements, services et organisations de santé

Elisabeth Marceau-Barquin, psychomotricienne, sophrologue

Sandrine Martin, cadre de santé, Master de sciences de l'éducation et parcours clinique de la formation

Philippe Mensah, psychomotricien, danse-thérapeute, psychodramatiste, moniteur de taï-chi-chuan, chargé d'enseignement à l'IFP de Paris

Dr Hélène Monsonego, psychiatre praticien hospitalier, cheffe de service

Mélanie Morain, ergothérapeute

Claire Musitelli, psychomotricienne, relaxologue, danse-thérapeute

Dr Federico Ossola, psychiatre praticien hospitalier, chargé d'enseignement au département de psychanalyse de l'Université Paris VIII Vincennes – Saint-Denis

Morgane Ott, psychomotricienne

Dr Aude Paquet, docteure en psychologie, psychomotricienne, chercheuse au CH Esquirol, chercheuse associée à l'Inserm UMR 1094 NET de l'université de Limoges, chargée d'enseignement, formatrice

Charlotte Paumel, psychomotricienne, Master international en psychomotricité, titre d'expert en psychomotricité, doctorante en humanités médicales et santé à l'Université Paris-Est de Créteil, chargée d'enseignement à l'IFP de Paris, à l'ISRP de Paris, à l'IFRES d'Alençon, à l'IFP de Loos, à l'HE Vinci en Belgique, formatrice

Marie Pichot-Perrier, art-thérapeute en médiation plastique et écriture, chargée d'enseignement à l'ATEPP-CEFAT

Béranger Poirier, psychomotricien, hypnothérapeute

Aude Rochon Raoul, psychomotricienne

Edouard Rouault de Coligny, musicothérapeute

Adèle Samary, psychomotricienne, Diplôme Universitaire d'initiation à la recherche clinique en psychomotricité

Isabelle Siegrist, psychomotricienne, chargée d'enseignement à l'IFPM de Mulhouse, formatrice

Claire Sirmai, psychomotricienne, Master de recherche et ingénierie des métiers de la santé, chargée d'enseignement à l'IFP de Paris et dans le Master santé

Dr Carla Taglialatela, docteure en psychopathologie et psychanalyse, chargée d'enseignement dans différents établissements d'enseignement supérieur en France et en Italie

Gaëlle Tamine, éducatrice sportive, Brevet d'État de Sport adapté

Marie Tavernier, psychomotricienne, Master international en psychomotricité, titre d'expert en psychomotricité, coordinatrice de maison de santé pluriprofessionnelle, formatrice, présidente de l'Association française des psychomotriciens intervenant dans le sport, le parasport et l'activité physique

Alice Tiezzi, psychomotricienne, danse-thérapeute, danseuse, enseignante en danse, formatrice

Ariane Touchard, psychomotricienne, thérapeute de relaxations, chargée d'enseignement à l'IFP de Paris, formatrice

Dr David Touitou, psychiatre praticien hospitalier, chef de service, président de la CME du GH Paul-Guiraud, expert à la Cour d'appel

Laurent Treillet, psychomotricien, chargé d'enseignement à l'IFPM de Mulhouse et à l'ISRP de Vichy, formateur

Natacha Vignon, psychomotricienne, danse-thérapeute, chargée d'enseignement à l'ISTR de Lyon, formatrice, superviseuse

Remerciements

Nous remercions Françoise Giromini, pour le temps qu'elle a consacré à cet ouvrage, son soutien et sa supervision riche d'enseignement ;

Amaury Derand et les éditions De Boeck Supérieur, pour leur confiance ;

Nadine Malavergne, directrice des soins de l'hôpital Paul-Guiraud, et nos cadres de santé, pour nous avoir accordé du temps d'élaboration ;

Viviane Beltrame et Brigitte Cocu, bibliothécaires de l'hôpital Paul-Guiraud, pour leur aide dans nos recherches et leur efficacité ;

- les 77 auteurs, pour leur engagement et le partage de leurs réflexions ;
- les équipes pluridisciplinaires et les patients, pour nous avoir beaucoup appris ;
- nos proches, pour avoir accepté de nous partager avec cet ouvrage durant deux ans !

Préface

Cet ouvrage est né de la rencontre de trois jeunes femmes passionnées par leur métier, qu'elles exercent depuis plus d'une dizaine d'années à l'hôpital psychiatrique Paul-Guiraud en région parisienne.

Au cours de la période de crise sanitaire mondiale, alors que la vie professionnelle s'organisait au jour le jour, pour survivre au brouillard psychique et à la sidération de la pensée, il fallait être créatif ! Alors que ce projet d'écriture était en germe pour chacune d'entre elles, elles se sont concertées afin de s'engager dans un travail de réflexion et d'élaboration théorique, clinique et pratique, car la psychomotricité est encore trop peu connue dans le monde de la psychiatrie de l'adulte. L'idée est ici de transmettre et de partager les savoirs et les expériences, afin de faire connaître son intérêt à tous les acteurs du soin et pouvoir l'enseigner de façon beaucoup plus importante dans les instituts de formation de psychomotricité.

La psychomotricité s'inscrit *de facto* dans l'organisation des soins en santé mentale parce que son avènement correspond à la création de la sectorisation de la psychiatrie française dans les années 1960. Néanmoins, elle s'est peu développée en psychiatrie de l'adulte, d'une part, car il était admis, à l'époque, que cette discipline s'adressait en priorité aux enfants d'âge scolaire et, d'autre part, car la place réservée à la corporéité était mineure par rapport à la problématique psychique des patients hospitalisés en psychiatrie. Mais il y eut des psychiatres qui, dès l'origine, ont pensé que ce type de soin pouvait être opérant dans certaines pathologies mentales, notamment à l'hôpital Paul-Guiraud. Ils furent des précurseurs et d'ardents défenseurs de l'intérêt de la psychomotricité dans ce domaine.

Le champ de la psychiatrie, comme le champ de la psychomotricité, est transdisciplinaire, car ces deux disciplines appartiennent aux domaines des sciences médicales, humaines et sociales.

C'est pourquoi, après avoir évoqué l'histoire des grandes disciplines qui ont influencé le soin en psychiatrie, à savoir la psychanalyse, la phénoménologie et plus près de nous les neurosciences, le lecteur est convié à découvrir la naissance et le développement de la psychomotricité dans ces lieux de soin.

La question centrale que posent les psychomotriciens, par leur présence même, est la question de la corporéité et de la place qui lui est laissée dans le soin. Que faire avec des patients qui présentent tour à tour un corps vécu comme fragilisé, douloureux, malhabile ; un corps perçu comme étranger, déformé, disjoint ; un corps représenté comme divinité, diable ou démon ?

Se pose alors la question de la prescription médicale et de la place que le psychomotricien occupe dans les équipes pluridisciplinaires. Comment ce métier est-il perçu par les cadres de santé, les psychiatres, les infirmiers, les ergothérapeutes, les psychologues, les éducateurs spécialisés et sportifs, les art-thérapeutes et les musicothérapeutes. Ces témoignages montrent la nécessaire complémentarité du soin auprès de patients si démunis et si désespérés d'eux-mêmes.

Il est temps d'entrer dans le cœur du métier pour découvrir de quoi se compose la psychomotricité dans son exercice professionnel.

Comme toute discipline médicale, elle procède d'une sémiologie spécifique et d'un bilan adapté à la psychiatrie adulte, dont il est montré la pertinence dans la schizophrénie, la dépression, les troubles limites de la personnalité, la bipolarité, les troubles schizo-affectifs et du spectre autistique. Les objectifs et les projets thérapeutiques découlent des résultats des bilans réalisés. Un cadre thérapeutique est proposé, des médiations et des techniques spécifiques sont choisies en fonction des pathologies et des contraintes institutionnelles.

Le métier est là, palpable dans sa corporéité, sa subjectivité, sa dimension relationnelle et son éthique professionnelle mais, et surtout, ce qui est pris en compte, c'est le cycle de la maladie psychiatrique et la temporalité des prises en charge chez les jeunes adultes, les moins jeunes ou bien les plus âgés. Dans les lieux de privation de liberté, ou face à la violence, aux traumatismes psychiques, en addictologie, chez des personnes en grande précarité, comment se positionner, intervenir ? Autant de témoignages qui rendent compte, au-delà de la diversité des pratiques, d'une identité professionnelle acquise non seulement durant le cursus des études mais aussi par les formations complémentaires telles que l'analyse des pratiques et les mises à jour des théories et des techniques ouvrant sur le chapitre de la recherche en psychomotricité.

Une cinquantaine de psychomotriciens sont aujourd'hui docteurs en psychologie ou en sciences de l'éducation, tout en ayant centré leur recherche sur un des aspects de la psychomotricité car le système direct LMD n'est pas encore acté en psychomotricité. Et pourtant, ces chercheurs en montrent aujourd'hui l'intérêt à l'échelle internationale.

Nul doute que cet ouvrage majeur permettra aux médecins et à tous les acteurs de soin en psychiatrie, de comprendre la spécificité et l'intérêt du soin psychomoteur au sein d'une équipe pluridisciplinaire, ainsi qu'en exercice libéral, et d'en saisir les enjeux sur le plan de la politique de santé publique en France.

Françoise Giromini
Présidente du Conseil national professionnel des psychomotriciens
Paris, mars 2022

Prologue

Dr Alexis Erb
Psychiatre

Lorsque je débutai ma carrière médicale, je n'avais qu'une idée théorique de l'activité de nos collègues psychomotriciens. L'intérêt de cette thérapeutique n'avait été que brièvement mentionné au cours de ma formation, le plus souvent dans des indications pédo-psychiatriques. Les altérations psychomotrices observées dans différentes pathologies mentales chez l'adulte étaient rappelées dans nos enseignements, mais mon regard d'interne n'était pas particulièrement exercé en ce domaine. J'aurais été bien incapable d'imaginer quel apport cette discipline pourrait avoir dans ma pratique clinique.

La psychomotricité dans le champ de la psychiatrie de l'adulte est une opportunité irremplaçable pour le clinicien que je suis car elle propose un autre regard sur la psyché du patient, permettant de compléter utilement les évaluations traditionnelles réalisées en entretien en face-à-face, et apporte ainsi un éclairage diagnostique et thérapeutique précieux. La majorité des situations psychiatriques ont un retentissement psychomoteur connu, mais celui-ci n'est pas forcément exploré de façon systématique lors d'une consultation, par manque de temps ou par méconnaissance du praticien.

Les altérations psychomotrices observées dans de nombreuses formes de schizophrénies ont été rapportées précocement, bien que leur intensité, leurs variations et leur continuité fassent encore l'objet de nombreuses incertitudes et de travaux de recherche. On peut citer la description d'altérations du tonus, ou de la reconnaissance des émotions qui participent au handicap social généré par la maladie. Les troubles de la perception sensorielle s'expriment de façon classique dans la survenue de phénomènes hallucinatoires, le plus souvent dans les modalités acoustico-verbales et visuelles, mais également cénesthésiques, olfactives ou gustatives. Les perturbations de la motricité fine peuvent exister dès les toutes premières étapes de la maladie voire dans les phases prodromiques sous la forme de signes neurologiques doux

(*neurological soft-signs*) bien que ceux-ci aient peu de spécificité diagnostique. Les parakinésies, pouvant revêtir la forme de mouvements heurtés, maladroits, bizarres, ou d'une mimique grimaçante, sont observées dans certaines formes de psychoses. La catatonie est un autre exemple de syndrome bien connu des psychiatres, associant des altérations psychiques et motrices. Elle peut être observée aussi bien dans un contexte de pathologie schizophrénique que de troubles graves de l'humeur comme la mélancolie. D'autres formes de psychoses se caractérisent par l'alternance de phases hyperkinétiques et akinétiques, d'autres encore par la survenue de stéréotypies. La dépression est classiquement associée à un ralentissement psychomoteur, mais certaines formes sont au contraire marquées au premier plan par une agitation ou une fébrilité. Des perturbations sensorielles ou tonico-émotionnelles sont également connues.

L'ensemble de ces observations peut guider le praticien vers une forme clinique particulière de pathologie ou appuyer un diagnostic différentiel. Mais le regard du psychomotricien ne se limite pas à ces champs diagnostiques et ses observations mettent en lumière des profils cliniques ou des axes de soins dans des domaines aussi variés que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les troubles des conduites alimentaires, les addictions...

La psychomotricité est aussi et avant tout une vraie chance pour nos patients. La rencontre avec le psychomotricien leur permet souvent d'accéder à une conscience nouvelle des liens entre leur psyché et leur corps. Certaines problématiques anxieuses, ou liées par exemple à l'image de soi, sont inaccessibles aux thérapeutiques psychotropes alors qu'une prise en charge en psychomotricité peut y donner d'excellents résultats.

Une prise en charge bien conduite marque donc un tournant dans l'évolution de certains de nos patients et se révèle un complément parfois indispensable pour leur parcours vers une rémission, quand elle ne devient pas l'élément essentiel de leur prise en charge.

J'apprécie tout particulièrement la rigueur inhérente à la réalisation du bilan psychomoteur, la curiosité scientifique et l'ouverture à la recherche témoignant de la volonté de ces professionnels de faire évoluer les connaissances et les pratiques. Les altérations psychomotrices inhérentes aux différentes pathologies mentales de l'adulte restent à ce jour un vaste champ d'études et une voie prometteuse.

Je suis aussi un témoin constant de la bienveillance, de l'empathie, des capacités d'écoute et de compréhension dont témoignent ces praticiens au quotidien, dans leur approche du patient comme dans leur intégration aux équipes de soins.

Je ne doute pas un instant que ce livre saura apporter à mes confrères psychiatres, mais également à tout professionnel intervenant dans le champ de la santé mentale de l'adulte, de nombreuses informations pertinentes sur cette discipline. Je suis également certain que le lecteur partagera mon enthousiasme pour cette approche résolument centrée sur le patient.

Chapitre 1

Histoire des soins et de la psychomotricité en santé mentale

Dr Hélène Monsonogo
Psychiatre

1. Histoire et organisation des soins

La psychiatrie est une spécialité médicale qui a gagné son indépendance en tant que discipline relativement récemment, dans les années 1970. Auparavant, elle constituait un sous-chapitre de la neuro-psychiatrie. C'est l'apport des sciences humaines, psychologiques et sociales, et surtout l'apport de la psychanalyse qui l'a émancipée de la neurologie. Mais les progrès technologiques de l'imagerie médicale, avec en particulier l'IRM apparue dans les années 1990, l'imagerie fonctionnelle depuis les années 2000 et, *a minima*, les progrès de la pharmacologie et de la génétique, lui ont fait prendre un nouveau tournant qui l'entraîne aujourd'hui inexorablement vers la neuro-biologie.

1.1. De l'asile au dispensaire

En ce qui concerne l'organisation des soins, la psychiatrie affirme sa spécificité dès le milieu du XIX^e siècle. Après dix-huit mois de débats, la loi du 30 juin 1838 est adoptée par le Parlement sous la monarchie de Juillet (la Restauration de Louis-Philippe). Elle fait suite à un fait divers particulièrement horrible, qui s'est produit en 1835 et qui a eu un écho retentissant : Pierre Rivière, un paysan normand, avait égorgé mère, sœur et frère avec une serpe, dans un moment de délire qui évoluait depuis l'enfance. Il est condamné à mort après un mois d'errance, et sa peine est commuée en réclusion à

perpétuité sur grâce royale, après expertises médicales. Il se pend quelques années plus tard, dans la prison de Caen, non sans avoir rédigé un mémoire (Foucault, 1973).

La loi de 1838 a donc pour ambition de prévenir les passages à l'acte criminels des malades mentaux. Elle exige de chaque département qu'il se dote d'un asile départemental dirigé par un médecin-directeur, parfois le seul psychiatre du département. Le département est alors considéré comme l'entité démographique de base, comme peut aujourd'hui l'être le secteur. La loi fait la part belle au corps médical puisque l'État délègue au psychiatre le pouvoir de gérer les fous, et acte que l'asile remplace les dépôts de sûreté, les prisons, voire la guillotine pour les criminels malades. Là où avant était prononcé un « jugement d'interdiction », c'est-à-dire une incapacité juridique, il est prononcé un « placement des insensés ». Cet asile accueille les « aliénés » ayant commis des « troubles à l'ordre public » ; ils sont internés en « placement d'office » (PO) sur décision préfectorale alors qu'ils étaient auparavant mêlés aux justiciables, et relégués dans des hospices ou des maisons de force (*Ibid.*, 1972). Le psychiatre n'a pas vraiment de rôle thérapeutique, mais il se doit de légitimer le placement ; c'est donc un conseiller au service de l'Administration, son rôle est éminemment politique, le plus souvent à son insu. C'est un médecin fonctionnaire civil, dont le statut avoisine celui du médecin militaire, qui se veut un gérant loyal de l'asile (Ayme, 1995). Avec cette loi de 1838, le contrôle judiciaire de la procédure de placement est minime, il ne se fait qu'*a posteriori*, en particulier par la visite du procureur qui doit avoir lieu au moins une fois par an, et que tout malade peut interpellier.

L'asile, tel qu'il est conçu par la loi, n'est pas qu'un lieu de relégation des aliénés comme on a tendance à le penser aujourd'hui ; il a aussi un devoir de protection sociale et d'assistance auprès des malades qui, à l'époque, n'avaient aucune source de revenus, et dont les biens n'étaient pas protégés. Ce sont ses murs, et l'isolement de l'environnement familial et social, qui en font un outil thérapeutique. La loi de 1838 établit un lien indissoluble entre internement et protection des biens, qui opère une coupure entre les malades et leurs familles (Rhenter, 2010).

Le temps long des séjours permet que s'y construise une clinique précise et spécifique des états psychotiques, dont les grands auteurs seront Pinel et Esquirol. C'est grâce à l'existence de l'asile que les premières thérapies sont tentées, par « le traitement moral », donc par la parole, ou par le travail (Morel & Quétel, 1985).

Les placements d'office sont largement majoritaires, pour autant la loi de 1838 prévoit aussi la possibilité de « placement volontaire » (PV), sur la volonté non pas du malade mais d'un proche de son entourage, à condition qu'un médecin en déclare la nécessité.

Dès 1861, le préfet de la Seine, le baron Haussmann, propose la construction d'une ceinture d'asiles autour de Paris, et un seul établissement dans Paris même, l'Hôpital Sainte-Anne, spécialisé dans la formation des psychiatres et l'orientation des malades de la région parisienne. Il ouvre ses portes en 1867 (Postel & Quétel, 1983).

À partir de 1870 déjà, devant l'augmentation des PO, des critiques du fonctionnement asilaire se font jour ; on accuse l'asile d'être une véritable « fabrique

d'incurables ». Entre 1870 et 1939, pas moins de quinze projets de réforme de la loi ne verront jamais le jour. Mais en 1937, sous le Front populaire, les asiles étant surpeuplés de malades placés à vie, la circulaire ministérielle Rucart propose de changer la dénomination des asiles d'aliénés en hôpitaux psychiatriques, et surtout officialise un nouveau mode d'hospitalisation en psychiatrie : le « service libre ». Elle préconise aussi de créer des dispensaires sur tout le territoire. Cette circulaire autorise la transformation des PO en PV, facilitant les permissions et les sorties. Ce nouveau mode d'hospitalisation en service libre avait été initié par un psychiatre de Sainte-Anne, Édouard Toulouse. Dès 1920, il avait créé l'« Institut Henri-Rousselle », le premier service ouvert, d'où les malades pouvaient ressortir après une courte hospitalisation, et qui était adossé à un premier dispensaire où se prodiguaient des consultations sur le modèle des centres de prophylaxie anti-tuberculeuse (Maraud & Fourquet, 1975).

Sur le modèle hygiéniste américain de la Fondation Rockefeller datant des suites de la Première Guerre mondiale, un médecin, une secrétaire et une assistante sociale, reliés à un service hospitalier anti-tuberculeux, assuraient les consultations dans un dispensaire et effectuaient des visites à domicile pour faire un état des lieux et prodiguer des conseils d'éducation thérapeutique. Ils assuraient donc des activités de soins, de dépistage et de prévention, mais prenaient également en compte les problèmes sociaux liés à la maladie, le reclassement professionnel le cas échéant et la réadaptation au travail. Sur ce modèle, se crée en 1927 en région parisienne l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, qui ouvre les premiers dispensaires de consultations de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte à partir de l'année 1942, en pleine Occupation. Ils affirment le principe de la continuité des soins prodigués par les mêmes médecins à l'hôpital et dans les dispensaires.

1.2. Le désaliénisme

Entre les deux guerres, on accueille à l'hôpital psychiatrique, de façon indifférenciée, les traumatisés de la première guerre, les alcooliques, les malades syphilitiques, les délirants, les déments, les hommes et les femmes, les curables et les incurables, les travailleurs, les agités ou les gâteux... Ils sont gardés et surveillés, plus que soignés, par des infirmiers-kapo qui leur font parfois subir des humiliations en tout genre dans des locaux qui suintent la grande misère des équipements non modernisés depuis 1880, dans une ambiance paternaliste faite de sollicitude et d'autoritarisme. Ce à quoi s'ajoute la déportation des malades parisiens vers la périphérie rurale (dans des colonies agricoles par exemple). L'ambiance est plutôt à la crainte (de l'évasion, du suicide, de l'incident, de la violence...) qu'au climat de confiance propice à la thérapeutique. Le fonctionnement est très bureaucratique, décourageant les initiatives de changement.

En 1945, après la surmortalité de la guerre due à la famine, au froid et aux déportations de malades en zone libre (Durand, 1988), il ne reste que 65 000 patients hospitalisés dans les HP de France. Les services comprennent en moyenne 400 lits,

pour un seul puis deux psychiatres. Ce désengorgement momentané de l'immédiat après-guerre permet de penser les soins autrement (Revue *Esprit*, 1952).

Par la suite, les transformations des établissements hospitaliers deviennent un impératif moral de toute la société, traumatisée par la découverte de l'horreur des camps de concentration. Les psychiatres désaliénistes de l'après-guerre, souvent d'anciens résistants et de véritables militants, s'efforcent de les rendre effectives en participant activement à des missions ministérielles. Les plus célèbres, comme Bonnafé, Le Guillant ou Daumazon, qui avaient participé au mouvement de Résistance dans différentes régions de France, ne pouvaient s'empêcher de projeter sur l'asile l'ombre des camps : plans d'extermination des malades mentaux en Allemagne nazie, morts de faim dans les hôpitaux français (45 000 en tout pendant la guerre, soit près de 40 % des patients hospitalisés), suremboulement des pavillons, port du pyjama, retrait systématique des alliances pour les femmes mariées, indifférenciation des malades (Bonnafé, 1977 ; Lafont, 1987 ; Von Buelzingsloewen, 2007)...

1.3. Du désaliénisme à la psychothérapie institutionnelle

Ce mouvement, expérimenté par Tosquelles et Bonnafé à l'hôpital de Saint-Alban pendant la guerre, puis dans les années 1950 par Jean Oury à la clinique de La Borde, est à l'origine de l'idée de secteur. Assez utopique, il s'inspirait à la fois de la psychanalyse et du marxisme (Ayme, 2009), et mettait le fonctionnement de l'institution au centre de ses préoccupations. L'institution idéale se devait d'être la plus accueillante et la plus démocratique possible, sans hiérarchisation statutaire entre soignants et dans une égalité de responsabilité et de décisions entre soignants et patients. L'idée était qu'il fallait d'abord soigner l'institution ou soigner le milieu, en changer l'ambiance, pour que des soins aux malades soient rendus possibles (Tosquelles, 1967). On parlera de « technique d'ambiance ». Les expériences inédites de la période de guerre, comme l'externement arbitraire pour sauver des malades de la famine, ou comme l'alliance avec leurs familles, la mise au travail de malades dans les fermes avoisinantes dépourvues de main-d'œuvre masculine partie sur le front, ont fait la démonstration des potentialités des malades lorsqu'on les responsabilise. Leur participation aux réunions soignants/soignés, et surtout à un club thérapeutique aux côtés de personnalités artistiques et de poètes surréalistes célèbres, réfugiés ou résistants, accueillis à Saint-Alban au même titre que les malades, réunis dans la même association culturelle, leur a rendu leur dignité et leur caractère de sujet actif dans leurs soins, tout en soulignant l'intérêt des activités culturelles et artistiques pour le traitement, l'intérêt aussi de diversifier les rencontres (De Luca-Bernier, 2011). Sur un plan plus technique, ce dispositif a également permis de montrer l'intérêt des groupes dans le traitement des psychoses, et l'intérêt du concept de collectif soignant ou de « constellation transférentielle » sur lesquels le malade projette ses identifications ou sa réalité psychique. Oury a ainsi proposé le concept de « transfert dissocié multiréférentiel » du schizophrène, celui-ci venant faire pendant au dispositif individuel de la

psychanalyse du névrosé avec divan, dispositif duel où le névrosé se projette sur la seule figure du psychanalyste (Oury, 1977). Pour que ces débris de transfert puissent advenir et être collectés, voire analysés, il faut que l'organisation des services ne soit pas laissée au hasard : elle doit permettre la libre circulation des patients dans divers espaces d'accueil, et une diversité de rencontres (avec d'autres patients, avec des soignants de disciplines différentes, avec des personnes extérieures...), laissant les patients libres de se saisir des propositions qui leur sont faites (Tosquelles, 1965). Les réunions sont l'outil de travail principal qui permet de constituer le collectif soignant, le plus cohérent possible, permanent dans la durée. Car la continuité des soins est censée suppléer à la discontinuité d'exister du psychotique (Oury, 2003). La vie quotidienne à l'hôpital, qui met en jeu diverses fonctions, sert de base à toute action thérapeutique et soude le collectif. Une importance particulière est donnée à la formation des infirmiers et des intervenants aux mécanismes psychiques, pour qu'initiatives et engagement subjectif soient au rendez-vous (création des centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active (CEMEA)), pour que la confiance s'installe entre les différents membres d'une équipe (Roumieux, 1974).

Bien sûr, cette expérience n'a pu être possible que grâce à un allègement considérable de la bureaucratie et une convergence d'objectifs entre administration et médecins. Ce mouvement, s'il paraît aujourd'hui daté, garde toute l'actualité d'une psychiatrie humaniste où la relation est au centre des soins, où le rôle de l'infirmier est très important et valorisé, au même titre que celui de tous les autres intervenants (médecins, ergothérapeutes, psychomotriciens, artistes...). Nombre de services de psychiatrie de secteur s'inspirent encore aujourd'hui, parfois à leur insu, des règles de fonctionnement et des idéaux hérités de la psychothérapie institutionnelle (Delion, 2001).

1.4. De la psychothérapie institutionnelle à la politique de secteur

Cette conception humaniste de la psychiatrie, imprégnée de psychanalyse et d'aspiration démocratique, a donné le jour, après-guerre, à l'idée de secteur (Coupechoux, 2006), au sens d'une unité territoriale et démographique de population à traiter, qui ne soit pas réduite à la population hospitalisée, mais aussi au sens d'un principe-clé, celui de la continuité des soins entre le territoire, la cité et l'hôpital. Il est prévu de lutter contre la fabrication de chroniques, par des soins actifs pour toute forme de pathologie, ce qui n'est possible que si la population traitée est limitée et circonscrite géographiquement, et de remplacer les murs de l'asile par une équipe pluridisciplinaire unifiée et bien formée, véritable colonne vertébrale du secteur. L'unité démographique idéale est fixée à 67 000 habitants. Les structures alternatives à l'hospitalisation de long séjour commencent alors à voir le jour, d'abord sous forme d'ateliers protégés, les centres de traitement et de réadaptation sociale. Il s'en créera deux dans les années 1950 en région parisienne, un à Ville-Evrard (93) et un autre

à Villejuif (94). Puis ce seront les hôpitaux de jour, dans les années 1960, qui permettront une alternative à l'hospitalisation à temps complet. Le premier sera créé par Paul Sivadon rue de La Rochefoucault à Paris, et sera associatif (l'Élan Retrouvé). À quoi il faut rajouter, à la même époque, l'expérience de l'association de santé mentale du 13^e arrondissement de Paris, fondée par Philippe Paumelle (*Recherches*, 1975).

Ces expériences pilotes, rendues possibles par l'espoir de la curabilité de la maladie mentale avec l'arrivée des électrochocs pendant la Deuxième Guerre mondiale et celle des neuroleptiques dans les années 1950 (découverte du Largactil® en 1952), ont été à l'origine de la circulaire du 15 mars 1960 qui est considérée comme l'acte fondateur du secteur en psychiatrie. Elle prévoit la modernisation de l'hôpital psychiatrique, sans toucher à la loi de 1838, et le développement sur tout le territoire français de 815 secteurs avec des structures extra-hospitalières organisant les soins selon quelques principes clés : la proximité et la facilité d'accès aux soins, l'unité de l'équipe pluridisciplinaire intra et extra-hospitalière (comprenant des psychomotriciens mais aussi des ergothérapeutes, des psychologues, des assistants sociaux, des infirmiers...), la continuité tout au long du parcours de soins et le développement d'actions en direction de l'environnement des patients pour lutter contre la stigmatisation. Cette organisation des soins en psychiatrie n'est devenue effective qu'à partir des années 1970, de façon un peu hétérogène sur le territoire selon les départements, elle a été étendue à la pédopsychiatrie en 1972, à raison d'un intersecteur de pédopsychiatrie pour trois secteurs de psychiatrie adulte. Mais la politique de secteur, telle que pensée dans l'après-guerre et jusqu'aux années 1960, n'a pas été accompagnée de la volonté politique ni des moyens financiers nécessaires à son développement, d'autant que les restrictions budgétaires ont commencé à toucher, dès la fin des années 1970, les hôpitaux publics et en particulier les services de psychiatrie. Étant laissée à l'initiative des médecins-chefs de secteur, plus ou moins convaincus ou combatifs, elle n'a pu se déployer de façon homogène sur le territoire. C'est l'époque où certains secteurs font le choix de s'implanter à l'hôpital général, ce qui contribuera à les paupériser alors qu'ils espéraient s'intégrer au reste de la médecine, en rajoutant à la disparité. Insuffisante ou inachevée dans nombre de localités, ne répondant pas à la demande exponentielle de l'époque moderne, peut-être victime de son succès, l'organisation en secteurs a très vite trouvé ses détracteurs, en particulier chez ceux qui se laissent séduire par la tentation de la sélection ou du « tri » des malades par pathologies, par tranches d'âge : les dépressifs, les aigus/les chroniques, les jeunes/les vieux, les traumatisés, les femmes parturientes, les anorexiques, les difficiles, les *borderline*, les toxicomanes, les patients sous-main de justice etc., autant de catégories qui peuvent fonder ce qu'on appelle aujourd'hui les « surspécialités », enseignées surtout dans les hôpitaux universitaires.

Néanmoins, la politique de secteur sera réaffirmée par deux lois qui l'ont enfin gravée dans le Code de santé publique 25 années plus tard, ce sont les lois du 25 juillet 1985 et du 31 décembre 1985 qui vont permettre un financement équitable sur tout

le territoire, en particulier des structures extra-hospitalières (hôpitaux de jour, centres d'activités thérapeutiques à temps partiel, appartements thérapeutiques, centres médico-psychologiques...). Le financement des activités extra-hospitalières n'est plus laissé au bon vouloir des départements, ce qui était une source de disparités sur le territoire, mais dévolu à la Sécurité sociale et l'État. Ce modèle français d'organisation de la psychiatrie, qu'on appelle la politique de secteur, n'a jusqu'ici, trouvé plus efficace et satisfaisant, et constitue une référence pour nombre de pays, inspirant aussi d'autres disciplines médicales concernées par des pathologies chroniques. Il a permis la réinsertion hors de l'hôpital de nombre de patients, le suivi en ambulatoire uniquement de 80 % des patients et, en conséquence, la réduction massive du nombre de lits hospitaliers (de 60 % entre 1976 et 2016).

1.5. Du secteur au médico-social

Deux lois, relevant davantage du social que de la santé et ne concernant pas directement la psychiatrie, vont venir, à la même époque, améliorer de façon significative le sort des malades mentaux : la loi du 3 janvier 1968, qui concerne la protection des biens et met fin à l'équivalence, sur le plan juridique, du fou et de l'enfant mineur. Cette loi a permis de séparer la question de l'assistance aux malades de celle de l'hospitalisation sous contrainte, et donc la question des soins de celle de l'hébergement. Jusque-là, il fallait être hospitalisé sous contrainte pour pouvoir bénéficier d'une protection des biens, qui était exercée par l'hôpital d'accueil lui-même, faisant de lui une institution totalisante.

La loi du 30 juin 1975, quant à elle, porte sur le handicap, qui inclut le handicap psychique, et fixe une allocation aux personnes dans l'incapacité de travailler (allocation adulte handicapé ou AAH), tout en prévoyant la création de structures médico-sociales d'hébergement et de travail. La conjonction de ces deux lois a permis à un grand nombre de patients de sortir de l'hôpital et de n'y séjourner que pour des durées limitées, le temps de soigner des épisodes aigus. C'est ce qui a permis l'accélération significative du flux des patients à l'hôpital et l'extraordinaire réduction des lits de psychiatrie des dernières décennies.

Les années 1960 se sont surtout attachées à réformer l'hôpital, les années 1970 à expérimenter des structures alternatives à l'hospitalisation, qui se sont généralisées dans les années 1980. Puis est venu l'essor des structures médico-sociales, en général de type associatif, qui ont pris le relais du sanitaire en ce qui concerne l'hébergement, le travail protégé et aussi, depuis 2005, le maintien à domicile grâce aux équipes mobiles des SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale) et des SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). D'aucuns y voient un désengagement de l'État et une certaine forme d'abandon des malades (Masse, 2002).

1.6. Du médico-social à la pair-aidance

Mais à partir des années 1990, et surtout 2000, ceux-ci s'organisent en associations d'usagers avec le soutien de psychiatres inspirés par la psychothérapie institutionnelle, et sur le modèle de l'Europe du Nord et des pays anglo-saxons (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie, ou FNAPSY, fondée en 1992) (Finkelstein, 2009), ou en collectifs (Mouvement des entendeurs de voix, fondé en France en 2011, ou Collectif schizophrénies, fondé en 2015) et en associations de familles d'usagers (UNAFAM). À partir de 2005, ces associations constituent des groupes d'entre-aide mutuelle (GEM) dont le succès permet une multiplication rapide sur le territoire (il y en a 456 en 2018 alors qu'on en espérait 300, avec plus de 20 000 adhérents). Ils fonctionnent sur le mode associatif, subventionnés directement par l'État par le biais des ARS, lointains héritiers des « clubs thérapeutiques » qui ont pu fonctionner dans certains hôpitaux psychiatriques après-guerre. Mais, contrairement à leurs ancêtres, ils ne sont pas médicalisés, et implantés dans la cité ou sur le territoire et non à l'hôpital. Ils sont animés par un personnel non soignant, et ils ont pour objectif de lutter contre l'isolement des personnes souffrant de « fragilités psychiques » en organisant des activités visant au développement personnel et en créant des liens avec la communauté environnante. D'une certaine façon, ce système compense efficacement le désengagement de l'État.

Plus récemment, et avec une trentaine d'années de retard sur le modèle étasunien et québécois, la question du professionnalisme des pair-aidants se pose en France, avec l'idée qu'ils puissent proposer leurs services auprès des équipes de soignants des institutions psychiatriques, en particulier celles qui se donnent pour objectif la réhabilitation des malades mentaux et utilisent, pour ce faire, la remédiation cognitive. Il s'agit alors de médiateurs entre les soignants et les patients, eux-mêmes anciens patients atteints de troubles psychiques mais rétablis, ce qui ne veut pas dire guéris. Ils proposent leur aide et leur expérience (leur « savoir expérientiel ») pour améliorer la qualité de vie des malades, mais surtout pour leur faire recouvrer leur pouvoir d'action sur eux-mêmes (sur leur habitation, leur travail, leurs relations sociales, familiales et amicales, et aussi sur leur santé et leur traitement) et sur leur environnement. En parlant le même langage que les patients, les médiateurs de santé ou pair-aidants réduisent la distance thérapeutique et provoquent une identification réciproque, ce qui redonne l'espoir d'un rétablissement (Frank & Cellard, 2020). De fait, les quelques expériences déjà existantes ont montré un recul du déni de la pathologie, une facilitation de l'accès aux soins et une diminution notable des réhospitalisations, sans compter l'effet positif sur la déstigmatisation des malades mentaux. C'est pourquoi ces expériences sont actuellement favorisées par les pouvoirs publics et on voit fleurir des enseignements professionnalisants dans plusieurs universités françaises, ce qui pose le problème de l'intégration des pair-aidants dans les équipes de soins et le problème de leur salariat.

1.7. Les soins contraints

Les soins sous contrainte constituent vraiment une spécificité de la psychiatrie. Nulle autre spécialité médicale, à part la réanimation, n'est autorisée à dispenser des soins et des traitements sans le consentement libre et éclairé des patients, qui doivent être informés de façon compréhensible en fonction de leur état (loi du 4 mars 2002). Pour autant, les droits des patients doivent être respectés, en particulier leurs droits aux recours en justice.

Les malades psychiatriques ont la particularité d'avoir une conscience souvent altérée, floue et fluctuante de leurs troubles. Elle peut aller d'un déni complet, avec une opposition parfois virulente voire violente aux soins, à divers degrés de conscience très variables dans le temps. D'autant plus variable qu'un des symptômes fréquents de la schizophrénie est ce qu'on appelle l'ambivalence, qui se traduit par la coexistence indécidable d'un OUI et d'un NON. Mais même lorsqu'il y a déni, la conscience des troubles n'est jamais totalement absente. Pour autant, il n'y a pas de lien systématique et objectivable entre troubles psychiques et possibilité de consentement aux soins. Il n'y a pas de troubles qui nécessiteraient forcément des soins sous contrainte et d'autres qui nécessiteraient des soins libres (Jonas, 2014). En fait, il n'y a pas de critères cliniques définis pour décider d'une hospitalisation contrainte. Néanmoins, le diagnostic différentiel névrose/psychose permet d'orienter la décision, sachant que dans les psychoses il y a une altération de la perception de la réalité, et donc de la conscience de la pathologie. Mais ce n'est pas parce que les troubles sont graves, que le patient est totalement délirant par exemple, qu'il ne va pas consentir aux soins. De même, il y a des états de crise qui sont très spectaculaires mais qui s'apaisent en quelques heures ou en quelques jours, le consentement devenant alors possible.

En cas de déni absolu, le malade est convaincu de ne pas avoir besoin de soins, son consentement est donc impossible. S'il lui faut une surveillance continue en milieu hospitalier, un traitement donné régulièrement, l'hospitalisation sous contrainte sera nécessaire.

Ce n'est qu'en 1990, après quelques jours de débat parlementaire, qu'une nouvelle loi modernise, 152 années plus tard, la loi de 1838 sur les hospitalisations sous contrainte. La loi du 27 juin 1990 ne bouleverse pas pour autant les équilibres : le pouvoir décisionnaire reste administratif. L'ambiguïté entre nécessité médicale (nécessité des soins) et nécessité sociale (nécessité de maintien de l'ordre public) demeure. Le vocabulaire est toiletté : on y parle d'hospitalisation et non plus de placement. Il existe toujours deux types de contrainte : à la demande d'un tiers, et d'office. Il faut deux certificats médicaux pour demander l'admission au lieu d'un, en plus de la demande du tiers, ce qui marque un début de suspicion à l'égard des avis médicaux.

Les hospitalisations sous contrainte engendrent forcément une atteinte à la libre disposition de son corps, une privation de la liberté d'aller et venir qui, aux yeux de nos sociétés modernes et aux yeux du droit actuel, sont considérées comme des pratiques très graves nécessitant un contrôle judiciaire.

La loi du 5 juillet 2011 (révisée à la marge en septembre 2013) consacrera cette suspicion dans un contexte marqué à nouveau par un fait divers effrayant, surmédiatisé et instrumentalisé par le pouvoir politique. Votée sous la présidence Sarkozy, elle marque

un tournant sécuritaire de notre discipline. Mais elle contient également un facteur de progrès en introduisant un contrôle judiciaire systématique des décisions médicales et administratives. D'une part, les soins contraints pourront s'étendre aux soins ambulatoires par le biais d'un programme de soins. Mais d'autre part, un juge, le juge des libertés et de la détention (JLD), et non le juge des tutelles initialement pressenti, viendra contrôler la « privation de liberté » et vérifier si elle est conforme à la loi. Enfin, une nouvelle modalité de contrainte est créée : les soins pour péril imminent en cas de défaillance ou d'absence de la famille. De fait, cette nouvelle loi introduit la France dans le droit européen, qui confère à la Justice un pouvoir de contrôle sur les médecins et l'administration (Tachon, 2009). Les droits des patients sont respectés, ils sont considérés comme des citoyens à part entière même s'ils ne sont pas toujours en possession de leur libre arbitre, comme toute loi le suppose (Marques, Daoud et Stamatiadis, 2013).

Avec la loi du 5 juillet 2011, on distingue donc aujourd'hui : des soins à la demande d'un tiers, qui exigent deux certificats médicaux d'admission et une demande de tiers (d'un proche) ; des soins pour péril imminent qui exigent un seul certificat médical (absence de tiers) ; des soins à la demande du représentant de l'État (préfet) qui exigent un arrêté préfectoral, ou à défaut un arrêté provisoire du maire s'appuyant sur un certificat médical. Ces trois modalités distinctes peuvent donner lieu à une hospitalisation complète ou à un programme de soins ambulatoires, après une période d'observation de 72 heures. Seule l'hospitalisation complète donne lieu à un contrôle régulier par le juge (avant le 12^e jour, puis tous les 6 mois).

Celui-ci sera exercé par le JLD, mais aussi par le contrôleur général des lieux de privation de liberté, instance qui, à l'origine en 2008, a été créée pour dénoncer les conditions inhumaines ou dégradantes faites aux prisonniers. Très vite, il s'est intéressé aux établissements de santé mentale, dénonçant des pratiques encore très répandues de vexations et d'interdictions, et dénonçant en 2016, dans un rapport qui fit grand bruit, la pratique de l'isolement et des contentions. C'est pour répondre à ces critiques que la loi du 14 décembre 2020 est venue compléter le dispositif de contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention pratiquées dans les services de psychiatrie, dans des chambres aménagées à cet effet (Hazan, 2020). À cela s'ajoute le contrôle des établissements par la Commission départementale des soins psychiatriques, où siègent représentants des familles et usagers, psychiatres, médecin généraliste, et magistrat. Elle visite au moins deux fois par an les établissements, vérifie les dossiers et les certificats, plus spécifiquement pour les mesures de contrainte de longue durée, hospitalières ou ambulatoires, et reçoit les malades qui en font la demande. C'est la seule instance de contrôle qui associe les usagers.

Autant dire qu'avec tous ces contrôles, les hospitalisations sous contrainte sont devenues l'objet d'une surveillance accrue de la part de la société, que les professionnels dénoncent souvent comme étant très bureaucratique puisque ces mesures n'ont pas été assorties des suppléments de moyens attendus depuis des années pour améliorer les soins aux malades psychiatriques ! Et de fait, la psychiatrie reste le parent pauvre de la médecine, et finalement, cette nouvelle loi n'a pas permis, comme on aurait pu l'espérer,

de diminuer le nombre d'hospitalisations sous contrainte. Leur proportion ne cesse, au contraire, d'augmenter depuis sa promulgation : elle est passée de 21 % à 25 % des hospitalisations en quelques années (de 2012 à 2020) (Coldefy & Tartour, 2017).

Pourtant, l'essentiel du travail des psychiatres et des équipes pluridisciplinaires qu'ils animent consiste à rechercher le consentement aux soins. Tous, psychomotriciens compris, doivent et peuvent concourir à ce but, chacun avec les outils de son champ d'intervention. Les GEM et les pair-aidants y participent eux aussi efficacement. Personne ne doit jamais capituler devant la difficulté à l'obtenir ni ménager ses efforts, pas seulement parce que sur le plan juridique, le principe du libre consentement doit rester la règle, mais d'abord et avant tout, parce que des soins consentis sont toujours infiniment plus efficaces et plus durables que des soins subis.

Pour obtenir le consentement, seule la qualité de la relation avec le patient, qui se construit au fil du temps, parfois sur des années, sera déterminante.

Et de fait, il sera toujours plus facile pour un psychiatre de faire hospitaliser un patient qu'il connaît bien, depuis longtemps, qu'un patient qu'il rencontre pour la première fois et qui se trouve en état de crise !

Malheureusement, la réduction constante des moyens alloués à la psychiatrie, associée à l'évolution neuro-biologique de la discipline en en faisant une spécialité médicale comme les autres, invitent à ne traiter que l'urgence et la crise, au détriment des traitements longs des patients chroniques (Delion, 2001), à ne considérer que le cerveau malade au détriment de la personne en son entier, à analyser ses gènes plutôt que son environnement, à réduire la pathologie psychiatrique à des troubles du comportement, à privilégier les traitements moléculaires aux psychothérapies, ou les programmes courts de remédiation cognitive aux traitements relationnels réputés plus longs. Priorité est donnée aux centres de diagnostic et aux plateformes d'orientation plutôt qu'aux centres de soins traditionnels. Dès lors, la question se pose de l'avenir de la discipline, et surtout du sort que notre société entend réserver aux malades qui résisteront, par leur symptomatologie, à ces propositions réductrices, mais aussi à leurs familles qui ne trouveront que très difficilement de soulagement à leur souffrance.

2. Histoire des thérapies corporelles et émergence de la psychomotricité dans les services de psychiatrie

Françoise Giromini

Présidente du Conseil National Professionnel des Psychomotriciens

2.1. L'Histoire des thérapies corporelles

À l'origine, dans notre monde occidental, il n'y a pas de séparation très nette entre les maladies mentales et les maladies physiques. Il n'y a pas non plus de traitements spécifiques, les causes pouvant être considérées comme naturelles ou surnaturelles.

Le soin consiste alors à restaurer l'équilibre perturbé des humeurs corporelles par une bonne alimentation, une bonne hygiène, des massages, de la gymnastique, de la musique et des voyages. Les thérapies corporelles de « la folie » se résument à de l'hydrothérapie sous forme de douches ou de bains tièdes ou chauds comme sédatifs, ou froids voire glacés comme toniques, ainsi qu'à des purges ou des saignées pour faire sortir du corps les « éléments perturbateurs » du sang ou de l'appareil digestif. Ces traitements sont administrés avec plus ou moins de vigueur, de coercition ou de violence, selon le degré d'agitation ou de prostration des malades.

Cependant, au XIX^e siècle, avec l'apparition de la psychiatrie comme discipline médicale (1846) et grâce aux travaux des français Philippe Pinel (1798, 1801), médecin chef de l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, et Jean-Étienne Esquirol (1838a, 1838b) son élève, un « traitement moral » commence à être appliqué (Postel, 1981, Postel & Quetel, 2012). Dès la création des hôpitaux psychiatriques, des activités de la vie quotidienne ayant pour but d'améliorer les capacités d'agir et de renforcer l'autonomie sont proposées aux malades (jardinage, broderie, reliure...). Ces techniques alors pratiquées par des soignants, sont à l'origine de l'ergothérapie (qui sera créée bien plus tard, en 1940, par François Tosquelles (1967, 2009) à l'hôpital Saint-Alban) et de la thérapie occupationnelle. Soulignons qu'à cette époque, ces grands hôpitaux vivent en autarcie, les patients sont internés à vie et les guérisons très rares.

Au début du XX^e siècle, des médecins aliénistes, comme le suisse Walter Morgenthaler (1915, 1921) et l'allemand Hans Prinzhorn (1922, 1995, 1996) commencent à s'intéresser aux productions artistiques de leurs patients, mais il n'y a pas encore de thérapies psycho-corporelles spécifiques pour les malades mentaux telles que nous les entendons aujourd'hui.

Les traitements physiques coercitifs sont lentement mais progressivement abandonnés, jusqu'à l'invention en 1932 de terribles nouvelles méthodes de choc telles que la cure de l'autrichien Manfred Sakel (1937), qui consiste à injecter de l'insuline de façon à provoquer un coma hypoglycémique, suivie en 1934 par la convulsivothérapie par injection de Cardiazol, inventée par le neurologue hongrois Ladislav Meduna, ou encore l'électrochoc inventé en 1938 par le neurologue italien Ugo Cerletti (1940). La psychochirurgie est mise au point par le neurologue portugais Egas Moniz en 1936.

La psychopharmacologie naît dans les années 1950 avec les Français Pierre Deniker (1969, Deniker & Olié, 1998) et Jean Delay (Delay & Deniker, 1961). Elle révolutionne toutes les méthodes de choc pratiquées jusque-là, qui seront progressivement abandonnées, sauf cas particuliers.

Dans les années 1960, tout le système de la psychiatrie se transforme. Peu à peu, à la demande du médecin-chef, outre le dessin, la peinture et le modelage, d'autres techniques expressives comme le théâtre, la danse, le mime et la musique sont introduites dans des services de psychiatrie, mais il n'y a pas encore de méthode ou de métier structuré qui conjoignent la pratique artistique à la thérapie. Pendant la même période, de nouvelles méthodes de relaxation ou de détente neuro-musculaire sont introduites dans certains services de psychiatrie. Les soignants intéressés (médecins, thérapeutes, infirmiers, éducateurs...) se forment progressivement auprès de leurs créateurs.

Parallèlement, en Europe et aux États-Unis se développent de nouvelles méthodes psychocorporelles : citons pour mémoire la kinésithérapeute allemande Lily Ehrenfried (1997) qui crée une méthode de gymnastique holistique, la danoise Gerda Alexander (Briegel-Muller, 1992) qui crée l'eutonie, le physicien ukrainien Moshé Feldenkrais (1949a, 1949b) qui enseigne en 1960 une prise de conscience par le mouvement et une technique d'intégration fonctionnelle, le médecin suisse Roger Vittoz (1991) qui traite les psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral, le médecin allemand Johannes Schulz (1958) qui crée « le *training* autogène », le médecin américain Edmund Jacobson (1962) qui crée une méthode de relaxation progressive, la chorégraphe allemande émigrée à New York, Irmgard Barthenieff, qui deviendra la pionnière de la danse-thérapie (Lesage, 2012).

Pendant une dizaine d'années, ces méthodes, au départ empiriques, s'élaborent au regard des résultats cliniques, si bien que le neuro-psychiatre et écrivain Jean Delay (élève d'Henri Ey) et le Dr Robert Volmat (2021) créent en 1959 à Paris, la Société internationale de psychopathologie de l'expression et art-thérapie, et Claude Wiart (2021) fonde en 1964 la Société française de psychopathologie de l'expression, à l'hôpital Sainte-Anne.

Le psychiatre français d'origine russe Michel Sapir (1996, Sapir & Cohen-Léon, 2003) adapte une méthode de relaxation à inductions verbales et crée la Société de médecine psychosomatique en 1956 avec le psychiatre Léon Chertok (1959). Ces sociétés fixeront les cadres généraux de formation et d'exercice de ces méthodes thérapeutiques qui, pour certaines, seront reconnues ensuite par l'État.

2.2. La naissance de la psychomotricité clinique

Comme l'a évoqué Hélène Monsonogo, le 29 décembre 1920, le Conseil général de Paris invite le préfet à organiser dans les asiles du département de la Seine « un service ouvert pour le traitement des psychopathes dont l'état ne nécessite pas le placement dans les formes prescrites par la loi du 30 juin 1838 ». Il s'agit de prévenir l'apparition de troubles graves de la personnalité ou du comportement nécessitant un internement dans un asile d'aliénés. Le 6 juillet 1921, le gouvernement décide la fondation de ce service dans une partie des locaux de l'hôpital Sainte-Anne. Ce service est nommé « Henri-Rousselle », comme l'homme qui a plaidé la cause de cette création auprès du Conseil d'État. Le 1^{er} juin 1922, le Dr Édouard Toulouse est nommé responsable du service. C'est le premier service libre des hôpitaux psychiatriques. Il comprendra un hôpital psychiatrique ouvert, un dispensaire, un service social et des laboratoires d'examens et de recherche. Neuf ans plus tard, en 1931, le dispensaire comprend une consultation de psychiatrie qui oriente les patients soit en séjour d'hospitalisation, soit vers une salle de traitement ambulatoire. Édouard Toulouse est un grand novateur puisqu'avec lui, c'est toute la conception de la psychiatrie qui se trouve profondément modifiée, tant sur le plan théorique que pratique. Il veut que les laboratoires et l'Institut de recherche soient rattachés à l'École pratique des hautes

études et au CNRS. En 1939, il recrute André Thomas pour le département de neurologie et accueille Julian de Ajuriaguerra. Interne à l'hôpital Sainte-Anne, ce dernier a soutenu sa thèse de doctorat d'université en médecine en 1936, sur « La douleur dans les affections du système nerveux central ». Il continue ses recherches sur le tonus avec André Thomas et, en 1946, est nommé professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie.

À partir de 1946, Jean Delay devient titulaire de la chaire de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, à Sainte-Anne. À Bonneval, Henri Ey, qui a fondé l'Association mondiale de psychiatrie, cherche à réorganiser la pratique psychiatrique en y incluant les travaux théoriques de la neurologie, et en y intégrant la théorie freudienne, la psychologie cognitive ainsi que les apports conceptuels de la phénoménologie contemporaine. Ce sont les jeunes psychiatres participant aux groupes de réflexion organisés par Henri Ey, notamment sur l'*organodynamisme*, qui seront les premiers à créer plus tard, dans leurs services de psychiatrie, des postes pour les psychomotriciens. Citons Michel Fournier, Maurice Sailhan, Henri Nih Barte, Gabriel Deshaies, Serge Lebovici, René Diatkine et bien d'autres...

Comme l'avait pensé Édouard Toulouse, l'hôpital Henri-Rousselle devient un lieu dynamique d'enseignement et d'échanges où ont lieu chaque semaine des présentations de malades, des séminaires de psychiatrie, de psychologie, de neuro-anatomie, de physiologie et de pédopsychiatrie. L'organisation générale de l'hôpital, véritable creuset de recherche fondamentale, clinique et thérapeutique, a désormais les moyens de former une équipe pluridisciplinaire des plus brillantes, qui va se consacrer à la recherche au niveau développemental ainsi qu'aux problèmes neurobiologiques et neuropsychologiques des adultes et des enfants. C'est dans ce cadre que se développe la recherche clinique autour des limites entre le normal et le pathologique, autour des troubles instrumentaux qui touchent à la pathologie du langage et de la motricité, ou encore des troubles réactionnels liés à des situations familiales ou sociales complexes voire pathogènes et à leurs répercussions sur les troubles psychiques et psycho-comportementaux des patients.

En 1948, Pierre Male sollicite Julian de Ajuriaguerra pour constituer une équipe pluridisciplinaire de recherche en psychologie et en psychopathologie. Celui-ci organise un groupe de travail et constitue des équipes de recherche. C'est dans ce contexte de recherche, d'innovation et d'humanisation des soins en psychiatrie que Giselle Soubiran, jeune kinésithérapeute, le rencontre. Ses compétences acquises en psychologie l'intéressent ; il y voit déjà le moyen de mettre en lien la corporéité et la psyché dans le développement et dans le soin des adultes de son service (Ajuriaguerra, Diatkine & Soubiran, 1950). C'est un véritable maître au sens plein du terme. Avec son sens de la création et de la recherche et ses connaissances, il croise et inspire durant quinze ans des psychiatres comme Bernard Jolivet, Daniel Marcelli, Roger Misès, Jacques Angelergues, René Diatkine et Serge Lebovici.

Giselle Soubiran (Soubiran & Coste, 1975) élabore puis enseigne sa méthode de relaxation adaptée aux patients adultes. De plus en plus de médecins et de

professionnels, désirant compléter leur formation initiale, assistent à ses cours pratiques, si bien que le premier enseignement structuré de psychomotricité se crée à l'hôpital Henri-Rousselle. Le travail de recherche sur la psychomotricité et sa diffusion dans le cadre de l'enseignement dans cet hôpital, puis à la Salpêtrière, prend un tel essor qu'il devient nécessaire, dès 1963, de lui donner une existence officielle assortie d'un diplôme d'exercice professionnel (Giromini, 2018).

3. Le développement de la psychomotricité en psychiatrie adulte

D'un certificat de capacité en rééducation psychomotrice en 1963, à un diplôme d'État en 1974, il se passe onze années pendant lesquelles quelques psychomotriciens formés commencent à travailler dans des services de psychiatrie ou des consultations de secteur pour adultes. Peu nombreux, ils seront les pionniers de l'introduction de cette nouvelle discipline psychocorporelle complexe, car transversale, intégrative et difficilement définissable : car non seulement les psychomotriciens se réfèrent à la fois aux sciences humaines (philosophie phénoménologique, psychologie, psychanalyse, sociologie, anthropologie...) et médicales (biologie, neuro- anatomie, neuro-physiologie, pathologies neurologiques et psychomotrices), mais ils prennent aussi en compte la relation humaine comme levier thérapeutique et utilisent des techniques variées empruntées aux registres issus de techniques spécifiques puisées dans les arts ou les activités expressives. Ces pionniers élaborent progressivement des techniques psychomotrices sensorielles, expressives, de conscience corporelle et de relaxation qu'ils adaptent en fonction des patients, de leurs pathologies et des institutions dans lesquelles ils travaillent.

Avec leur témoignage, **Françoise Giromini**, **Véronique Defiolles-Peltier** et **Claire Exposito** nous racontent dans quelles conditions les psychomotriciens ont commencé à exercer dans les services de psychiatrie adulte et comment elles ont contribué à installer notre discipline en leur sein. Cette partie est accessible en scannant le flash-code suivant :



Le développement de la psychomotricité en psychiatrie adulte
<https://lienmini.fr/0800-01>

Théorie, clinique et pratiques : le livre de référence pour la psychomotricité en santé mentale.

Les 80 spécialistes réunis dans ce livre dressent un panorama complet de la psychomotricité en psychiatrie adulte. Ils détaillent :

- les origines et **la place de la profession** dans le domaine de la santé mentale,
- **la sémiologie psychomotrice** dans la nosographie psychiatrique et ses comorbidités,
- **les profils psychomoteurs**,
- **la temporalité** propre à la maladie mentale et l'adaptation des soins psychomoteurs,
- la spécificité de **l'intervention psychomotrice** en fonction des cadres thérapeutiques, des techniques et médiations utilisées,
- les différentes modalités de **prise en soin**.

Enfin, il ouvre des perspectives sur l'avenir de la profession et sur sa place dans le domaine de la recherche.

Les coordinatrices

Mélanie LE CORRE est psychomotricienne DE depuis 2011, titulaire d'un DU en psychiatrie et compétences transculturelles et formée en danse-thérapie et en massages thaïlandais traditionnels. Elle a toujours exercé auprès d'adultes en psychiatrie : d'abord en addictologie, et depuis 2013 en unité hospitalière spécialement aménagée au sein du GH Paul Guiraud de Villejuif. Elle est également chargée d'enseignement à l'IFP de l'université de la Sorbonne depuis 2017, et formatrice dans différents organismes. Elle a publié dans plusieurs ouvrages et revues.

Sarah BACRIE est psychomotricienne DE depuis 2013. En poste à l'hôpital Paul Guiraud, elle partage son temps entre les milieux intra et extrahospitalier. Elle a également exercé en crèche durant trois ans et travaillé avec une danseuse au sein d'une association. Elle est chargée d'enseignement à l'IFSI de Paul Guiraud de 2015 à 2020 et à l'IFPM d'Orléans depuis 2022.

Agnès HELIAS-PEAN est psychomotricienne DE depuis 2008. Elle a obtenu le titre d'experte RNCP niveau 7 en 2019 en validant le Master international en psychomotricité de l'ISRP. Ayant toujours exercé en psychiatrie de l'adulte à l'hôpital Paul Guiraud, elle développe depuis plusieurs années des programmes en activité physique adaptée, conduit des recherches dans ce domaine et coordonne depuis peu la mise en place d'une Maison sport-santé spécialisée en santé mentale. Elle intervient dans différentes écoles de psychomotricité dans le cadre de la formation initiale et continue.

ISBN 978-2-8073-4080-0



deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com

Publics visés :

- Psychomotriciens et étudiants en psychomotricité
- Médecins
- Professionnels et étudiants du domaine de la santé