

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2020

N°288

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. de Psychiatrie

PAR

MAJERUS Fiona
Née le 11/11/1993 à Strasbourg

**UNE REFLEXION SUR L'INTERET DES THERAPIES A MEDIATION
CORPORELLE EN PSYCHIATRIE A TRAVERS L'EXEMPLE DE DEUX
PRATIQUES DU CORPS EN MOUVEMENT : LA PSYCHOBOSSE ET
LA DANSE-THERAPIE**

Président de thèse : Professeur Gilles BERTSCHY

Directeur de thèse : Docteur Guillaume RIEDLIN



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Généétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatite-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01	Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01	Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH EDouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / PO218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie; Hépatologie; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle

Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04	Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUJ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac.	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTESS Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
 DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
 DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre bienveillance et vos encouragements tout au long de mon parcours d'interne et dans ce travail de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET

Je vous exprime ma gratitude pour avoir accepté de juger mon travail et pour l'investissement que vous déployez pour la formation des internes. Recevez mes considérations respectueuses.

A Monsieur le Docteur Guillaume RIEDLIN

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail, de m'avoir aiguillée et encouragée à développer mes idées. Travailler avec toi lors de mes stages a été riche d'enseignement. Ton approche de la psychiatrie et ta finesse clinique ont nourri mes réflexions et ma curiosité intellectuelle. Reçois le témoignage de ma profonde estime.

A tous les médecins qui m'accompagnent durant mon internat, merci pour votre disponibilité, votre qualité d'enseignement et d'écoute.

Aux équipes et aux collègues avec qui j'ai eu et j'ai toujours la chance de travailler pendant mes stages, merci pour le partage de votre expérience, pour la qualité des échanges et pour les moments sympathiques qui égayaient mes journées.

A mes co-internes de promotion et les autres, sans vous l'internat serait bien moins amusant. Merci pour les moments forts vécus ensemble : les congrès, les soirées, les séminaires, les excursions alsaciennes, le pad-thaï du vendredi.

A mes deux acolytes Justine et Camille, merci à vous deux pour votre amitié si chère à mes yeux, pour votre soutien dans les épreuves, pour toutes nos escapades, nos discussions, nos fous rires et tous les beaux moments que nous vivrons encore.

A ma maman

Un grand merci pour ta douceur et ton amour inconditionnel que j'emporte avec moi à chaque pas. Et bien sûr, merci pour avoir partagé avec tant de passion les anecdotes de ton métier qui ont fait naître en moi cette vocation.

A mon beau-papa

Merci pour ton aide précieuse dans l'élaboration de ce travail.

Au-delà d'une transmission paternelle, tu m'as appris la chose la plus importante dans la vie, de ne jamais cesser de suivre mon désir. Les mots ne suffisent pas pour exprimer toute ma reconnaissance envers toi. Tout simplement merci de croire en moi.

A ma chère sœur Flavie, merci pour ton soutien indéfectible et toujours dynamique.

A mes neveux Louis et Clément, merci pour avoir mis du peps et de la tendresse dans mon existence.

A papi et mamie, merci pour vos attentions toujours délicates.

A tous les autres membres de ma famille, Charline, Philou, Lucas, Tatiana, papa, Maya, les munichois, merci pour m'avoir soutenue, de près ou de loin, et changé les idées pendant toutes ces années de dur labeur.

A Aurore, ton écoute attentionnée, tes conseils avisés et ta spontanéité demeurent sans faille dans tous les moments de ma vie, infiniment merci d'être une telle amie. On a réussi !

A Sarah, l'adage « les amis de la fac sont des amis pour la vie » semble se confirmer. A tous les obstacles passés côte à côte et surtout à notre réussite.

A Morgane ma confidente, à **Jennifer** à jamais ma coloc du lycée, à **Prescillia** mon amie la plus fidèle, à **Kimberley** ma commère préférée, à **Françoise** et ses fameux clubs guitare du mercredi soir, à **Benoît** le co-interne de l'éclate, à **Manon et Lola** mes colocs d'externat, et à tous les autres, merci de partager ma vie.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	20
INTRODUCTION	21
CHAPITRE I : Des thérapies à médiation artistique aux thérapies à médiation corporelle en psychiatrie	26
1. Définition du champ de la psychiatrie.....	26
2. Les médiations thérapeutiques par l'art	33
a) Les socles d'une médiation thérapeutique	34
b) Définition et historique de l'art-thérapie.....	44
c) Expression <i>versus</i> création	47
3. Les thérapies à médiation corporelle : vers une structuration psychocorporelle	49
CHAPITRE II : Le corps dans toute sa complexité à travers les visions philosophiques, médicales et psychanalytiques.....	52
1. Un aperçu des visions philosophiques du lien corps-psyché	52
2. De quel corps parle-t-on ?.....	55
a) Le corps anatomo-physiologique de la médecine	56
b) Le corps sous l'angle de la psychiatrie	58
3. Processus de conscience et de représentation corporelle.....	61
a) De la cœnesthésie au schéma postural	61
b) Le schéma corporel et l'image du corps de Schilder	63
c) Le dialogue tonico-émotionnel.....	65
d) Le corps comme être-au-monde pour les phénoménologues	67
4. Le corps en psychanalyse : les principales théories	68
a) Le corps libidinal de Freud	68
b) Le corps est principalement fantasme et expression du désir inconscient.....	70
c) Le stade du miroir comme anticipation d'une image unifiée du corps.....	71
d) L'image inconsciente du corps.....	72
e) Les expériences corporelles archaïques comme antériorité au langage.....	76
f) Le phénomène transitionnel de Winnicott	78

5. Le mouvement et le geste vecteurs d'une expressivité	80
CHAPITRE III : A l'écoute de notre violence archaïque par la pratique du corps en mouvement dans le combat : <i>focus</i> sur la psychoboxe	82
1. Les débuts de la psychoboxe	83
2. Le cadre de la pratique	83
3. Définition de la psychoboxe	86
4. Les concepts opératoires.....	86
5. La pratique de la psychoboxe en psychiatrie : rencontre avec des praticiens.	90
6. Synthèse théorique et clinique de l'efficacité de cette pratique	95
CHAPITRE IV : Le mouvement dansé soutenant le processus thérapeutique en danse-thérapie	99
1. Qu'est-ce que la danse ? Qu'est-ce que danser ?.....	99
2. Définition et historique de la danse-thérapie	101
3. Les médiations danse en psychiatrie : rencontre avec des praticiens	105
a) Les ateliers de danse-thérapie.....	105
b) Les ateliers avec un danseur professionnel	110
4. Concepts opératoires et efficacité en danse-thérapie	114
a) Les correspondances entre structures corporelles et fonctions psychiques.....	114
b) Lecture et exploration du mouvement et du geste dansés.....	116
c) Les effets du rythme, de la respiration et de la voix	118
d) Le processus de symbolisation	119
CHAPITRE V : Discussion sur l'intérêt des thérapies à médiation corporelle en psychiatrie et propositions pour leur développement	121
1. Efficacité clinique des thérapies à médiation corporelle à partir de la théorie et de l'expérience des praticiens	121
a) Agir sur les sous-composantes de la corporéité.....	121
b) La création d'un espace de symbolisation par un médium.....	121
c) Indications cliniques à ces thérapies	123
2. Soutien par le cadre institutionnel.....	128
a) Nécessité de définir le champ d'intervention	128

b) La reconnaissance de ces pratiques par l'institution.....	129
3. Propositions pour développer les thérapies à médiations corporelle en psychiatrie et ouverture	131
CONCLUSIONS	132
ANNEXES.....	136
Annexe 1 : Entretien téléphonique du 10/01/2020 avec Mr Frédéric Lefevère, psychologue clinicien, exerçant la psychoboxe dans un service de pédopsychiatrie à Lyon.....	136
Annexe 2.1 : Formation à la pratique de la psychoboxe à l'hôpital de l'EPSAN, intervention de Mr Guillaume Pagani, éducateur spécialisé en pédopsychiatrie.....	140
Annexe 2.2 : Entretien téléphonique du 26/05/2020 avec G. Pagani exerçant la psychoboxe en pédopsychiatrie à Wissembourg	143
Annexe 3 : Entretien du 16/10/2020 avec Mme Marie Luthringer, psychologue clinicienne ayant exercé la psychoboxe en psychiatrie adulte à Mulhouse	149
Annexe 4 : Entretien du 12/08/2020 avec Mr Lionel Raufast, psychologue clinicien et président de l'institut de psychoboxe	154
Annexe 5 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Valérie Colombo, infirmière et art-thérapeute à l'hôpital de jour de psychiatrie adulte de Mulhouse.....	164
Annexe 6 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Catherine Melerowicz, psychologue et musicothérapeute à l'hôpital de jour de psychiatrie adulte de Mulhouse	170
Annexe 7 : Entretien téléphonique du 28/08/2020 avec Mr Pasquale Nocera, danseur à l'Opéra National du Rhin à Mulhouse, intervenant en psychiatrie adulte pour des ateliers danse.....	174
BIBLIOGRAPHIE.....	181

LISTE DES ABREVIATIONS

AFRATAPEM : Association française de recherches et applications des techniques artistiques en pédagogie et médecine

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CEF : Centre éducatif fermé

CMP : Centre médico-psychologique

CRM : Centre de réadaptation de Mulhouse

DEA : Diplôme d'études approfondies

DES : Diplôme d'études supérieures

EPSAN : Etablissement Public de Santé Alsace Nord

HDJ : Hôpital de jour

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MECS : Maison d'enfants à caractère social

STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives

TCA : Troubles du comportement alimentaire

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TSA : Troubles du spectre autistique

INTRODUCTION

Dans ce travail de thèse, j'ai souhaité m'interroger sur la place du corps dans notre pratique clinique en milieu psychiatrique. Il m'a semblé en effet que le rapport corps-psyché, tantôt séparé, tantôt unifié, constituait un point de butée récurrent en médecine. Preuve en est, la première question que nous nous posons lorsqu'un patient nous est adressé en garde à l'hôpital est « le problème est-il somatique ou psychiatrique ? » puis « si c'est somatique ce n'est pas pour moi ». Certes nous avons besoin de repères clairs pour prendre des décisions dans l'urgence, mais ce seul exemple de raisonnement nous montre bien vers quel état d'esprit nous tendons aujourd'hui dans notre rapport au sujet nécessitant des soins médicaux : a-t-il une lésion organique ou a-t-il une problématique psychique ?

Le parcours de soins peut être schématisé comme une boucle : devant des symptômes psychocorporels peu clairs nous recherchons dans un premier temps une étiologie somatique, le corps est passé au crible. Si rien n'est trouvé, la psychiatrie entre en jeu, comme dernière roue du carrosse, et s'emploie à dépister les troubles psychiques pouvant expliquer les symptômes, le corps est alors laissé en arrière-plan. Et lorsque la psychiatrie se retrouve dans une impasse, elle réinterroge les confrères sur une étiologie somatique. Pour certains troubles, ce fonctionnement peut porter ses fruits mais pour d'autres, la médecine demeure confrontée à des interrogations et à des limites thérapeutiques.

Cette façon d'appréhender le sujet humain n'est cependant pas univoque mais force est de constater qu'elle est ancrée dans nos pratiques médicales courantes.

De par ma réflexion sur mon propre rapport au corps et par le biais des rencontres avec des praticiens travaillant avec et par le corps, je me suis spontanément tournée vers une approche moins clivée de ce rapport corps-psyché.

Tout d'abord, sur le plan personnel, ma rencontre avec la danse débuta dans mes premières années de vie, lorsque ma mère, travaillant en psychiatrie avec des adultes autistes, découvrit les bienfaits d'un travail psychocorporel avec ceux-ci et eut l'intuition qu'une pratique corporelle pourrait favoriser mon ouverture au monde et à mon propre corps et ainsi me permettre un développement psychocorporel harmonieux.

Par la suite, j'eus une pratique régulière de la danse contemporaine et modern jazz dans différents lieux, et ce furent des effets de rencontre avec un professeur ou avec un style de danse, qui me permirent un épanouissement dans cette pratique.

Avec le recul, je peux tenter de cerner comment la danse a opéré et opère toujours sur mon propre développement psychocorporel de manière peu consciente et insidieuse : par la participation à ma construction identitaire et narcissique, par l'exploration de ressentis corporels différents et la possibilité d'être attentive à ce qui se passe dans mon corps, par l'appréhension valorisante de l'image de mon corps. La danse m'a également permis un mode d'expression émotionnel différent et de disposer d'outils de bien-être lorsque j'en ai besoin.

A partir de ces introspections, je peux supposer une reproductibilité pour n'importe quelle personne faisant une pratique corporelle. Cependant nous pouvons nous demander si toute pratique corporelle influence le psychisme et à quel degré. Nous tenterons d'y répondre par la différenciation de niveaux de pratiques.

Ensuite, lors de mes stages d'interne en psychiatrie, j'ai constaté la place prépondérante de la parole dans la prise en soins des patients (entretiens à visée diagnostique, d'annonce, de psychoéducation, de psychothérapie) ainsi que la place centrale des thérapeutiques médicamenteuses. Notre enseignement pédagogique de DES est d'ailleurs orienté

principalement sur ces deux axes.

Quelle place occupe actuellement le corps en psychiatrie et de quel corps parle-t-on ? Est-ce le même que celui qui fait l'objet d'étude de la médecine ?

En sémiologie psychiatrique, nous procédons à la lecture du corps sur le plan de la gestuelle, des mimiques, de la démarche, de l'hygiène pour nous renseigner sur le type de pathologie que présente le patient ou sur un éventuel effet secondaire ou effet positif d'un médicament. Cependant, les patients nous parlent de leur corps de différentes manières ou nous donnent à voir de leur corps sans pouvoir en parler à travers les manifestations d'angoisse, les sensations corporelles de morcellement, de dépersonnalisation, de douleur, des passages à l'acte violents auto ou hétéro-agressifs par exemple. Le corps n'est jamais absent des troubles psychiatriques. Que faisons-nous de ces plaintes et de ces manifestations corporelles ? Sommes-nous en mesure de les entendre, de les comprendre et de les intégrer à notre pratique ?

Parallèlement à ce constat, il m'a été donné de découvrir d'autres modalités de prise en soins proposées aux patients, sous forme d'ateliers de groupe ou individuels. Ces ateliers, que l'on appelle à *médiation*, proposent des supports variés manuels, artistiques, corporels avec différents objectifs. En voici quelques exemples non exhaustifs : peinture, aquarelle, modelage, écriture, origami, relaxation, sophrologie, massages, théâtre, cirque, psychodrame, sociodrame, danse, balnéothérapie... La dimension corporelle y semble ici plus intégrée et élaborée. J'ai d'ailleurs eu l'occasion de participer à certains de ces ateliers notamment ceux à médiation corporelle dans certains de mes stages et remarquais d'ores et déjà que la relation thérapeutique y était différente que lors des entretiens médicaux.

Ces ateliers semblent très développés et ancrés institutionnellement dans la pratique de pédopsychiatrie et présents de manière plus hétérogène en psychiatrie de l'adulte, comme s'il allait de soi que le corps des enfants, encore en cours de structuration, soit travaillé par des médiations alors que celui de l'adulte devrait déjà être construit et donc accessible à des thérapies plus élaborées. Nous avons d'un côté l'enfant qui nous présente un corps pulsionnel, peu structuré et dont le langage est difficile à utiliser et de l'autre côté l'adulte qui devrait théoriquement avoir réglé les désordres pulsionnels et avoir accès au langage de manière privilégiée.

Cependant, la clinique de psychiatrie de l'adulte nous donne à voir tout autre chose : des actes auto et hétéro-agressifs posés et visibles sans élaboration (mutilations, tentatives de suicide, hétéro-agressivité), des bruits du corps inexplicables, des troubles à expression somatique sans explication physiopathologique.

Les pratiques à *médiation* en psychiatrie de l'adulte paraissent livrées au gré d'investissements institutionnels variables selon les caractéristiques du service, selon les soignants qui y exercent et de leurs propres compétences et inclinations mais aussi en fonction des médecins et de leur sensibilité à la question du travail corporel et artistique en général.

Je dois également souligner que l'approche en psychomotricité reflète cette vision tournée sur le corps et sur le lien entre corps et psyché et qu'elle demeure sous-développée en psychiatrie adulte.

Je me suis posée la question de savoir quand est-ce qu'on décide d'utiliser ce genre de pratiques en psychiatrie et à quelle(s) visée(s) ? Y-aurait-il moyen de mieux les développer en psychiatrie et pour quelles situations cliniques et quels résultats ?

Je me suis intéressée plus précisément à deux types de pratiques que sont la psychoboxe et la danse-thérapie car elles m'ont semblé mettre en jeu ce à quoi nous essayons de toucher ici, ce lieu d'intersection corps-psyché, par l'approche du corps en mouvement. Je développerai leurs fondements théoriques et m'appuierai sur des rencontres avec ceux qui les pratiquent pour tenter de faire surgir les concepts opératoires importants.

Consciente du travail titanesque qu'implique ce développement, du fait de la complexité des réflexions qui concernent le corps et les médiations, et contrainte par un manque de temps, je suis dans l'obligation de proposer uniquement des pistes de réflexion concernant ce sujet.

Ma première partie sera consacrée aux définitions du champ de la psychiatrie, aux fondements des thérapies à médiation et plus spécifiquement à ceux des thérapies à médiation corporelle. La deuxième partie aura pour objet de développer les différents courants théoriques qui se rapportent au corps et au lien corps-psyché et de poser les théories psychanalytiques sur lesquelles se basent les thérapies à médiation corporelle. Les deux parties suivantes porteront sur la description des pratiques spécifiques que sont la psychoboxe et la danse-thérapie et de leur efficacité clinique à partir des entretiens avec des praticiens. Dans le dernier chapitre, nous ferons la synthèse de l'intérêt des pratiques à médiation corporelle en psychiatrie et proposerons des aménagements pour favoriser leur développement en psychiatrie.

CHAPITRE I : Des thérapies à médiation artistique aux thérapies à médiation corporelle en psychiatrie

1. Définition du champ de la psychiatrie

La psychiatrie se définit comme la « partie de la médecine qui étudie et traite les maladies mentales, les troubles pathologiques de la vie psychique »¹.

Historiquement², la folie ou maladie mentale, à l'origine non séparée des maladies du corps, est traitée par les médecins depuis l'Antiquité. Elle est longtemps conçue comme une punition divine ou comme possession démoniaque. Le terme de *psychiaterie* est pour la première fois écrit par J.C Reil en 1810 puis le terme de *psychiatrie* est utilisé plus tardivement en France. Il y est développé pour la première fois dans l'encyclopédie de Berthelot vers 1900.

Je décrirai les grandes lignes historiques de la construction de cette spécialité en France³⁻⁴⁻⁵ :

En tant que spécialité médicale moderne, elle se distingue en Europe à la fin du XVIII^e siècle et début du XIX^e siècle sous l'influence de la philosophie des Lumières prônant une attitude plus humaniste envers les malades mentaux et sous l'essor des sciences de la nature qui développent un engouement pour les classifications et les nosographies.

¹ Alain Rey, *Dictionnaire culturel en langue française*, vol. 3 (Paris: Le Robert, 2005).

² Alain Rey, *Dictionnaire historique de la langue française*, 2^e éd., vol. 3 (Paris: Le Robert, 1998).

³ Jacques Hochmann, *Histoire de la psychiatrie*, 4^e éd., Que sais-je? (Paris: Presses Universitaires de France, 2015).

⁴ Yves Pélicier, *Histoire de la psychiatrie*, 2^e éd., Que sais-je? (Paris: PUF, 1976).

⁵ J Postel, « Introduction à l'histoire de la psychiatrie », in *Manuel de Psychiatrie*, par Julien Daniel Guelfi et Frederic Rouillon, 2^e éd. (Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2012), p. 3-12.

Le médecin aliéniste français Philippe Pinel (1745-1826) marque un tournant dans la conception de la folie et son traitement : l'aliéné aurait une part de son psychisme accessible à la raison et donc à un traitement moral qui se base sur des méthodes d'internement plus hygiénistes et moins carcérales. Ses élèves J.E. Esquirol (1772-1840), G. Ferrus (1784-1861) et J-P. Falret (1794-1870) seront à l'origine de la loi de 1838 qui organise judiciairement les internements, loi qui sera longtemps critiquée car donnant un pouvoir d'internement arbitraire aux médecins.

Vers 1840, une autre approche des maladies mentales se développe : on s'intéresse à l'évolution des maladies, là où Pinel et ses élèves ne faisaient que distinguer maladie curable et incurable.

La théorie de la dégénérescence, élaborée par B. Morel (1809-1873) en 1857 dans son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, suivi en 1860 par son *Traité des maladies mentales* et révisée ensuite par V. Magnan (1835-1912) se basant sur l'origine héréditaire de la maladie mentale et de l'alcoolisme, emporte un franc succès parmi les aliénistes de l'époque car elle répond au contexte social et permet d'expliquer les causes des maladies.

Des psychiatres tels J.P Falret, L.J Bayle, J. Moreau de Tours recherchent les lésions cérébrales des pathologies mentales dans cette volonté de légitimer la psychiatrie parmi les autres spécialités médicales et lui conférer une valeur scientifique.

A la Salpêtrière, le neurologue J.M. Charcot (1825-1893) utilise l'hypnose pour reproduire une « névrose expérimentale » mais échoue à trouver une étiologie organique à l'hystérie, allouant une origine dynamique, une hyperexcitabilité ou une atteinte corticale fonctionnelle tout comme ses prédécesseurs. A Nancy, H. Bernheim (1840-1919) définit l'hypnose comme

la suggestion qu'un individu peut exercer sur un autre et postule ainsi que Charcot exerce une telle influence sur ses malades, ce qui provoque les symptômes d'hystérie. Une nouvelle voie de pensée s'ouvre alors et l'origine psychique des névroses est mise sur le devant de la scène. Sigmund Freud (1856-1939), neurologue viennois, utilise dans un premier temps l'hypnose pour traiter les hystériques puis s'en détache en utilisant l'association d'idées, de fantasmes et de rêves dans une relation thérapeutique où le patient réactualise des éléments inconscients puisant dans ses relations passées (transfert). Ainsi naît la psychanalyse. Sa théorie de l'appareil psychique se compose d'une dimension quantitative (énergie), dynamique (conflit de forces internes) et topique (spatialité) sous la forme de plusieurs instances : conscient, préconscient, inconscient et Moi, Ça, Surmoi. Il distingue également trois structures psychiques ayant leurs caractéristiques propres en termes de fonctionnement : la névrose, la psychose et la perversion.

Plusieurs mouvements psychanalytiques naîtront ensuite et permettront d'apporter à la psychiatrie une vision non plus tournée sur la recherche d'une liste de symptômes mais sur la prise en compte globale du sujet en insistant sur l'importance de son histoire personnelle. La psychanalyse inspire encore les cliniciens de par sa richesse d'explication sur le plan psychopathologique. Elle ne s'est cependant pas avérée efficace dans le traitement de certaines pathologies psychiques notamment les psychoses.

Concernant la sémiologie des psychoses justement, différentes nosographies se succèdent depuis la première élaborée par Pinel, jusqu'à celle de E. Kraepelin (1855-1926) dans laquelle la psychose maniacodépressive, d'évolution périodique, se distingue de la « démence précoce » d'évolution progressive, entité que E. Bleuler (1857-1939) nommera ensuite la « schizophrénie ».

Entre les deux se situe un délire structuré, la paranoïa déjà décrite par Heinroth. D'autres auteurs apporteront leur pierre à l'édifice tels De Clérambault, Kretschmer, Serieux, Capgras, Dupré, Ballet... D'une simple description du délire, l'on passe à une dimension organisationnelle où les éléments du délire s'articulent autour d'un postulat pathologique.

L'objectivisme de ces théories se voit chamboulé par l'approche phénoménologique de K. Jaspers (1883-1969), E. Minkowski (1885-1972), L. Binswanger (1881-1966) entre autres, qui étudient la manière subjective dont les patients ressentent leurs troubles et attribuent au ressenti du médecin face au patient une valeur sémiologique primordiale.

La pensée organiciste reste cependant dominante au XX^e siècle, la psychiatrie constitue une sous-branche de la neurologie, les asiles souffrent d'un manque de moyens financiers et humains. Les traitements de choc tels les électrochocs, l'insulinothérapie chez les schizophrènes et la lobectomie sont pratiqués. La psychopharmacologie fait son apparition au milieu du XX^e siècle et révolutionne le traitement des pathologies mentales, notamment des délires et des troubles de l'humeur.

Après la Seconde Guerre mondiale, qui a fait triompher l'eugénisme en exterminant les malades mentaux, un mouvement humaniste tente de réformer les soins psychiatriques en demandant l'abrogation de la loi de 1838, la séparation de la psychiatrie et la neurologie (qui sera effective en 1968), la mise en place de soins extrahospitaliers et l'ouverture des conditions asilaires. C'est dans ce même mouvement que la « psychothérapie institutionnelle », largement influencée par les psychanalystes, voit le jour en cherchant à créer un espace en lui-même thérapeutique par son cadre institutionnel et par la relation soignant-soigné. Le patient y devient actif dans ses soins, il y travaille, participe à des ateliers artistiques et ergothérapeutiques. L'asile se transforme en soins psychiatriques institutionnels

diversifiés, un panel de psychothérapies se développe : des thérapies analytiques puis systémiques aux thérapies comportementales puis cognitivo-comportementales, selon le modèle théorique auquel on se réfère. La psychiatrie de secteur se développe dans les années 1960 afin de permettre une offre de soins diversifiée dans un même territoire géographique et ainsi éviter les inégalités de soins. Des équipes pluridisciplinaires travaillent à la réinsertion socio-professionnelle du patient en s'occupant des différents aspects de sa vie (sociale, familiale, médicale, juridique) au travers des soins ambulatoires et permettent aussi de prévenir la décompensation des troubles psychiques et l'hospitalisation. La psychiatrie est ainsi passée d'une pratique d'autorité et d'enfermement principalement centrée sur les schizophrènes à une pratique tournée vers la société prenant en charge des troubles plus larges faisant partie de la santé mentale, à différents âges de la vie (enfants, adolescents).

De nos jours, les classifications nosographiques dominantes que sont le DSM-V et la CIM-10 se veulent athéoriques pour s'affranchir des débats étiologiques et physiopathologiques et standardiser le discours psychiatrique au niveau mondial. Cela permet aussi aux laboratoires de mener plus facilement des études cliniques.

Nous pouvons constater tout au long de l'histoire de la psychiatrie moderne des tiraillements entre les différentes théories psychopathogéniques que sont la psychogenèse, la sociogenèse et l'organogenèse qui influent sur les rapports de proximité qu'entretient la psychiatrie avec le reste de la médecine, tantôt indépendante, tantôt incluse et au même rang que les sciences médicales scientifiques. Le modèle « intégratif » biopsychosocial domine actuellement et l'avancée des neurosciences, s'appuyant sur la psychopharmacologie, l'imagerie cérébrale et l'étude des neurotransmissions, s'affranchit des oppositions

théoriques habituelles. Les rapports entretenus avec la société sont également étroits et interdépendants, la façon de soigner les malades mentaux dépend du regard que la société porte sur eux, la psychiatrie est en quelque sorte utilisée au service de la société et se voit très souvent interpellée par le champ juridique notamment. Le champ d'action de la psychiatrie se voit d'ailleurs élargi au champ plus large de la santé mentale, définie comme suit :

« La santé mentale fait l'objet d'un large éventail d'activités qui relèvent directement ou indirectement du "bien-être", tel qu'il figure dans la définition de la santé établie par l'OMS comme étant "un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. »⁶

La psychiatrie à laquelle je fais référence est celle exercée de nos jours, issue de l'évolution citée précédemment, dans les institutions psychiatriques spécialisées tels les hôpitaux à temps complet, à temps partiel (CATTP, HDJ) et les consultations ambulatoires.

Le champ de la psychiatrie reste difficile à définir, certaines limites sont claires, englobant des signes et syndromes bien identifiés et décrits au fil des siècles, d'autres limites sont plus floues, à la frontière avec d'autres spécialités médicales et avec les champs du social ou de la philosophie.

⁶ « OMS | Santé mentale », WHO (World Health Organization), consulté le 9 octobre 2020, http://www.who.int/topics/mental_health/fr/.

La vision que le psychiatre Georges Lanteri-Laura (1930-2004) déplie soigneusement dans son ouvrage *Recherches psychiatriques sur la sémiologie* (1994) à propos des fondements de la sémiologie médicale et psychiatrique me paraît pertinente :

« En psychiatrie comme ailleurs, le savoir de la pathologie utilise plus d'un modèle, et ce concept opératoire de maladie correspond à des structures plures. Maladie mentale garde un sens, parce qu'il existe bien des modalités dans la nature et les expressions de la souffrance psychique - phobies, obsessions, manie, discordance, schizophasie, affaiblissement intellectuel, confusion, etc. - que ces modalités ne se regroupent ni n'importe comment, ni de toutes les manières possibles ; qu'on y rencontre des signes corrélés et des syndromes, et qu'il s'avère profitable aux patients de fonder ces distinctions et d'en mener à bien la reconnaissance. »⁷

La psychiatrie serait donc, comme les autres spécialités médicales, issue de plusieurs modèles (cohérence continue des signes corrélés de Sydenham, modèle étiologique, anatomopathologique...) mais se distinguerait par plusieurs aspects. En effet, afin d'obtenir des signes cliniques solides, une « double réduction »⁸ s'opère en médecine, d'abord la « réduction du discours du patient » aux plaintes recherchées et qui font sens pour le clinicien (douleur constrictive rétrosternale dans l'angor par exemple) alors qu'en psychiatrie l'écoute du clinicien serait plus axée sur la subjectivité de la personne, son vécu, son histoire qui sont en eux-mêmes des signes sémiologiques. La deuxième réduction concerne les « aspects expressifs » du corps notamment l'aspect érotique qui est tu en médecine pour ne s'intéresser qu'au corps anatomo-physiologique. En psychiatrie, c'est le corps vécu du sujet

⁷ Georges (1930-2004) Lanteri-Laura, *Sur la sémiologie*, vol. 3 (Chilly-Mazarin: Science(SenS)ituation, 1994).p. 460.

⁸ *Ibid.* p. 438-439.

qui nous intéresse, dans ses dimensions sociale (habillement, ce qui est montré aux autres), sensorielle (ressentis subjectifs corporels), pulsionnelle et qui nous apprend quelque chose du sujet. Le contact y a également une importance sémiologique primordiale⁹.

Cette dimension corporelle sera reprise dans le chapitre dédié au corps.

Nous pouvons déjà cerner une spécificité de la psychiatrie qui tient au regard différent qu'elle porte sur le sujet malade en prenant comme valeur sémiologique son histoire personnelle, son vécu subjectif, les manifestations expressives infralangagières et langagières.

2. Les médiations thérapeutiques par l'art

Nous allons à présent nous intéresser à ces pratiques tournées vers autre chose que le langage ou les médicaments, utilisées en institution psychiatrique, mais aussi dans d'autres domaines comme le développement personnel, la pédagogie, le social. Ces pratiques ont des visées différentes selon l'endroit où on les utilise, le public visé, la qualification des personnes qui les soutiennent. Ainsi, dans le champ du soin, nous distinguerons différents champs d'intervention possibles. Cependant, les pratiques qui nous intéressent ici sont celles à visée thérapeutique. Elles peuvent détenir plusieurs appellations : thérapie à médiation, thérapie médiatisée, médiation thérapeutique par l'art, art-thérapie. Un sous-groupe de celles-ci, constituent les pratiques centrées sur le corps : thérapie psychocorporelle, pratique à médiation corporelle, thérapie à médiation corporelle...

⁹ *Ibid.* p. 455-460.

Cette pluralité de termes tient aux différents mouvements théoriques qui s’y rapportent et aux différents auteurs qui les décrivent et les pratiquent. De grands principes communs peuvent cependant en être dégagés comme la notion de médiation, de thérapie, d’art-thérapie.

a) Les socles d’une médiation thérapeutique

Le terme de médiation¹⁰ serait issu du bas latin *mediatio*, nom qui correspond au verbe *mediare* « être au milieu ». Il signifie d’abord « division » en ancien français puis devient « entremise destinée à concilier des personnes, des partis » dès le XVI^e siècle notamment dans les domaines de la religion, du droit et de la diplomatie. Il désignera également le fait de servir d’intermédiaire en philosophie par exemple. La définition varie donc en fonction du champ d’application. En psychologie, elle se développe dans les années 1990 dans une optique de surmonter des deuils non accomplis. Le professeur en psychologie de l’université Lyon Lumière Bernard Chouvier la nomme « thérapie médiatisée ». La thérapie médiatisée prend de l’ampleur dans le domaine du soin notamment par le développement des techniques d’art-thérapie, c’est-à-dire l’emploi de supports artistiques à des fins thérapeutiques.

Avant de se pencher sur l’art-thérapie, revenons au concept même de médiation dans le domaine du soin et aux processus mis en jeu dans une médiation thérapeutique :

La médiation permettrait, dans un mouvement, le passage d’un état à un autre, par l’utilisation d’un intermédiaire qui peut être de différente nature : un objet concret (jouet, crayon, feutre, papier, pâte à modeler...), un objet culturel (peinture, conte, musique, danse)

¹⁰ Alain Rey, *Dictionnaire historique de la langue française*, 2^e éd., vol. 2 (Paris: Le Robert, 1998).

ou le jeu dramatique (théâtre, psychodrame, sociodrame)¹¹. Le corps y tient une place particulière puisque constamment présent dans n'importe quelle médiation utilisée, pour entrer en contact avec le médium. C'est le corps dans ses dimensions sensorielle, affective et motrice qui intervient à différents degrés. Lorsque le médium principal est le corps lui-même nous sommes dans le champ des thérapies à médiation corporelle.

D'autres découpages sont possibles afin de différencier les supports et leurs utilisations dans les thérapies à médiation. Par exemple B. Chouvier distingue les objets « déjà là » que le patient manipule et qui servent d'« embrayeur d'imaginaire », des médiateurs « à construire » à partir de matière première : « La créativité est mobilisée dans les deux cas, mais de façon différente [...] Dans un cas, l'objet est le point de départ du travail thérapeutique, dans l'autre il en est le point d'arrivée. »¹²

Jean-Pierre Klein, psychiatre dirigeant l'Institut National d'Expression, de Création, d'Art et de Thérapie, distingue quant à lui quatre « positions » par rapport à l'humain et aux objets inanimés¹³ :

-La première constitue une réalisation par l'homme mais une fois achevée elle le représente, le substitue, le métaphorise. C'est l'exemple de l'écriture (autobiographique, ateliers d'écriture, Mail Art, « poéicothérapie »), de la bibliothérapie, des arts visuels et projections, de la photographie et des arts plastiques.

¹¹ Dominique Quélin-Souligoux, « De l'objet à la médiation », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 41, n° 2 (2003): p. 29-39, <https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2003-2-page-29.htm>

¹² Bernard Chouvier, « La médiation dans le champ psychopathologique », *Le Carnet PSY* 141, n° 1 (2010): p. 32-35, <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2010-1-page-32.htm>

¹³ Jean-Pierre Klein, *L'art-thérapie*, vol. 11e éd., Que sais-je ? (Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2019), p. 47-81, <https://www.cairn.info/l-art-therapie--9782130815556.htm>.

-La deuxième constitue les « arts vivants » où l'homme est lui-même en représentation comme dans le théâtre, la danse ou le conte.

-La troisième est une « hybridation de l'homme et de la chose » : les marionnettes, les clowns, les masques.

-La dernière porte sur les « émanations » telles la musicothérapie (écoute musicale) ou musicothérapies actives avec production de voix ou de sons par des instruments.

La thérapie à présent, se définit comme « l'ensemble des moyens, quelle que soit leur nature, employés pour soigner » et est synonyme de thérapeutique qui signifie « l'ensemble des actions et pratiques destinées à guérir, à traiter les maladies »¹⁴.

Cette définition reste très évasive quant aux processus qui rendent une pratique thérapeutique et sur quels critères nous pouvons affirmer qu'une personne est guérie. En psychiatrie, nous parlons plus souvent de trouble que de maladie compte tenu du flou étiologique ou physiopathologique. Nous pouvons tout de même définir une psychothérapie comme un dispositif, soutenu par un thérapeute, permettant le soulagement d'un symptôme psychique, qui opère un changement psychique et/ou qui prévient l'apparition ou la rechute d'un symptôme.

¹⁴ Rey, *Dictionnaire culturel en langue française*, 2005.

Pour qu'une médiation soutienne une visée thérapeutique, plusieurs propriétés sont nécessaires :

- Un médium aux qualités de symbolisation

Le choix du médium dépendra de sa qualité intrinsèque et spécifique à permettre la symbolisation. Quel que soit le médium utilisé, celui-ci devrait posséder, d'après René Roussillon, la propriété d'être malléable, plastique. R. Roussillon, psychanalyste, psychologue et professeur émérite de psychologie à l'université Lumière Lyon 2, reprend le concept de « médium malléable » initialement développé par Marion Milner (1900-1998). Sa sensorialité (caractéristique du matériau, texture, forme, couleur) sera le point de rencontre entre le patient et le médium et doit présenter plusieurs critères pour être malléable¹⁵ : une indestructibilité (relative), une consistance permettant de le saisir, une transformabilité, une sensibilité et une réceptivité, un caractère « animable » (devient vivant dans l'interaction), une certaine prévisibilité et une disponibilité inconditionnelle. Chaque médium dispose de ces caractéristiques à des degrés différents et c'est cela qui rendra le médium unique et qui lui donnera des propriétés symboligènes spécifiques ; mais tout l'art du choix du médium consiste à établir la correspondance avec la problématique psychique du patient ou à l'adapter au stade d'acquisition de ses représentations. Par exemple, pour un jeune enfant n'ayant pas encore acquis la permanence de l'objet, le médium devra détenir la caractéristique certaine d'être indestructible. R. Roussillon écrit par rapport à la fonction de symbolisation du médium malléable : « Il n'a pas de forme propre car il synthétise l'ensemble des formants de la forme, l'ensemble des composants de la mise en forme

¹⁵ René Roussillon, « Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable », in *Manuel des médiations thérapeutiques*, 2^e éd. (Malakoff: Dunod, 2019).

symbolique [...] c'est bien parce qu'il n'a pas de forme propre qu'il peut prendre toutes les formes, c'est bien parce qu'il ne symbolise rien en particulier qu'il peut symboliser la symbolisation. »¹⁶

- Un cadre pensé

Le cadre de l'atelier thérapeutique comporte la délimitation d'un espace-temps précis, d'une périodicité, d'un choix d'intervenant, d'un choix de support, d'un choix de patients (individuel ou en groupe), des règles et des limites à ne pas dépasser. Le cadre est garant du respect des personnes en présence, de la construction d'un espace sécurisant et contenant pour le patient où il se sent libre de pouvoir s'exprimer. L'absence de cadre contenant peut aboutir à des débordements pulsionnels, notamment chez les enfants. Cependant, un équilibre doit également se faire du côté d'une souplesse à adopter par le thérapeute pour ne pas enfermer sa pratique dans une rigidité et favoriser ainsi l'émergence du processus créateur. Chacun des praticiens rencontrés dans le cadre de ma thèse m'a décrit cette nécessité d'improvisation du moment dans leurs différents ateliers. La trame de fond est présente mais ne peut jamais être plaquée exactement comme prévue, le praticien se laisse porter par l'ambiance et la dynamique groupale ou par l'état d'esprit du patient le jour de l'atelier par exemple et adapte constamment ce qu'il propose selon ces paramètres tout en garantissant un espace-temps bienveillant, contenant, rassurant.

Ainsi, Pasquale Nocera, danseur au Ballet de l'Opera National du Rhin et dirigeant des ateliers en psychiatrie nous dit :

¹⁶ *Ibid.*, p. 61.

« Il faut partir de là où sont les gens, on ne peut pas prétendre venir avec quelque chose de prédéfini. Dans un groupe, les personnes ne sont pas toutes au même endroit, d'autant plus en psychiatrie. »¹⁷

Pour cela, le dispositif doit être pensé en amont à deux niveaux, celui de l'institution et celui des thérapeutes. L'institution doit soutenir le dispositif, lui garantir les conditions correctes à sa réalisation. Les thérapeutes doivent définir une ligne directrice sur laquelle se baser en termes de modalités de réalisation, d'objectifs, d'indications cliniques. Les entretiens préliminaires avec le patient ou avec l'enfant et ses parents permettent de susciter l'envie de la médiation, de poser ce cadre, d'en définir les objectifs individuels, d'amorcer une alliance thérapeutique et de préparer l'investissement du patient à la thérapie.

Afin de garantir ce cadre et d'enrichir les observations cliniques, notamment dans les thérapies groupales, la présence de deux thérapeutes voire plus est souvent de mise. Mais cette triangulation prend d'autant plus sens lorsqu'un seul patient est présent, nous le verrons notamment avec la psychoboxe, car permettant d'éviter un face-à-face potentiellement angoissant pour le patient et permettant une relation sécurisante.

- Un espace entre réalité et imaginaire

Le cadre de la médiation constitue un entre-deux entre réalité et imaginaire dans la mesure où le processus artistique de création renvoie au côté ludique, plaisant, au jeu du semblant mais que les processus psychiques en mouvement et transformation sont réels. C'est dans cet espace intermédiaire que l'accès à la symbolisation s'opère. Nous reviendrons sur cette notion par l'étude du « phénomène transitionnel » de D.W. Winnicott.

¹⁷ « Annexe 7 : Entretien téléphonique du 28/08/2020 avec Mr Pasquale Nocera, danseur à l'Opéra National du Rhin à Mulhouse, intervenant en psychiatrie adulte pour des ateliers danse », s. d.

- Le transfert entre le thérapeute et le patient et/ou entre les membres d'un groupe

La seule présence du médium ne suffit pas. Sur ce point la plupart des auteurs convergent pour dire que le processus thérapeutique naît de la rencontre entre le patient, le thérapeute, un cadre précis et un médiateur choisi spécifiquement pour les objectifs thérapeutiques à atteindre :

« Ce qui est thérapeutique, c'est la rencontre entre deux niveaux de sens : un dispositif pensé, construit et encadré par des thérapeutes, et une matière capable de susciter envie et désir qui serve de médiateur. Le point de contact entre les deux niveaux n'est rien d'autre que le relationnel. La matière, l'objet concret présenté, médiatisent la relation entre le soignant et le patient, relation qui risquerait sinon d'être persécutrice ou intrusive si elle était trop frontale. »¹⁸

Chaque rencontre est donc singulière et non reproductible même s'il existe des constantes en fonction du médium utilisé. Le transfert entre le patient et le thérapeute permis et facilité par l'objet médiateur constitue le levier thérapeutique.

« Le transfert va passer à travers le médium pour atteindre le thérapeute. On va rejouer un certain nombre de scénarios qui nous font souffrir. Il faut quelqu'un pour l'entendre et savoir travailler avec ça c'est-à-dire ce que je vais projeter dans ma manière de chanter, de jouer, de boxer, une sorte de sens dans ma pathologie et qui se réactualise dans mes productions artistiques ou dans ma manière de combattre. »¹⁹

¹⁸ Chouvier, « La médiation dans le champ psychopathologique ».

¹⁹ « Annexe 4 : Entretien du 12/08/2020 avec Mr Lionel Raufast, psychologue clinicien et président de l'institut de psychoboxe », s. d.

Ce transfert est possible car le patient attribue au thérapeute un savoir sur lui, mais il serait intéressant de se demander si ce transfert est identique à celui d'une thérapie par la parole.

Le transfert peut également opérer sur les autres membres d'un groupe thérapeutique. Nous avons l'illustration de ce transfert dans les propos tenus par une patiente dans un atelier de danse-thérapie rapportés par Catherine Melerowicz : « les liens sont devenus très forts petit à petit, on a pu avancer ensemble sans peur du jugement et du regard de l'autre, j'ai pu lâcher beaucoup de choses, me dire que je n'étais pas la seule à avoir souffert et à souffrir, ça m'a aussi donné plus de force, le partage, la bienveillance, l'accompagnement, j'ai ressenti aussi beaucoup d'amour. »²⁰

- Le positionnement du thérapeute

Afin que le praticien puisse soutenir un dispositif de médiation thérapeutique, nous avons dégagé un certain nombre de conditions qui paraissent essentielles.

Le praticien doit avant tout avoir une inclination pour le type de médiation permettant de concentrer l'envie chez le patient. Nous pouvons supposer également qu'il doive avoir expérimenté la médiation pour lui-même dans l'optique de se représenter les processus mis en jeu. Ensuite, il est nécessaire que le praticien soit formé à la médiation thérapeutique. Plusieurs écoles d'art-thérapie existent en France, plusieurs formations de danse-thérapie, de psychoboxe ou d'autres thérapies corporelles spécifiques sont disponibles également. Le tout est de choisir les courants à l'intérieur même de ces pratiques qui lui correspondent le mieux. Il n'est pas forcément obligatoire d'être artiste accompli soi-même ou danseur professionnel ou boxeur pour s'y former, même si l'expérience du support artistique est tout

²⁰ « Annexe 6 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Catherine Melerowicz, psychologue et musicothérapeute à l'hôpital de jour de psychiatrie adulte de Mulhouse », s. d.

de même une plus-value. L'artiste seul ne suffit pas, le thérapeute seul non plus, c'est le subtil mélange des deux qui est efficient.

Ensuite, il doit se positionner comme accompagnateur du processus de symbolisation à une juste distance avec le patient afin de laisser interagir celui-ci avec le médium mais en même temps en l'orientant et le soutenant dans l'action. Il soutient le processus créatif par une malléabilité, une adaptabilité à la situation singulière qui émerge en épousant la malléabilité du médium, pour lui-même intégrer le processus de transitionnalité en jeu, le caractère lié à l'illusion de la médiation. « On pressent que le clinicien aussi doit être une forme de « médium malléable », qu'il doit réaliser un accompagnement s'ajustant en permanence au besoin du développement de l'illusion, qu'il doit rendre une part de lui « plastique » et transformable en fonction du processus transférentiel auquel il est soumis. »²¹

Il permet également de reprendre verbalement avec le patient ce qui se joue dans la médiation, en reformulant, en faisant part de ses observations, en soulignant les processus en jeu favorisant ainsi l'accès à la représentation et donc à la symbolisation chez le patient.

Ce qui semble primordial cependant est que le thérapeute ait lui-même conscience, au moins en partie, des enjeux transféro-contre-transférentiels qui se jouent dans la médiation. Pour cela il se doit d'être attentif à ses propres processus psychiques et dans les thérapies à médiation corporelle, il se doit d'être attentif à son propre corps. Il est en effet impliqué corporellement dans la médiation par sa présence, son mouvement, le toucher et pourra d'ailleurs utiliser ses propres ressentis corporels comme signe subtil de ce qui se passe corporellement et psychiquement chez l'autre. La plupart du temps, une supervision est d'ailleurs effectuée pour cela.

²¹ Roussillon, « Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable », p. 50.

- La verbalisation

Un des points importants et systématique dans la pratique des thérapies à médiation, est l'accompagnement par la parole souvent avant de débiter pour faire un état des lieux de la disposition psychique du patient, pendant la médiation et également juste après la médiation voire même plus à distance. Cette verbalisation se place du côté du patient et du thérapeute. Celle-ci n'est en général pas obligatoire du côté du patient mais toujours proposée, l'essentiel étant qu'une forme de lien langagier soit présent et assure une contenance. Dans une vision plus psychanalytique, l'association d'idée peut bien sûr prendre place dans la médiation, l'accompagner.

En résumé, les médiations thérapeutiques permettent un processus de symbolisation à partir du partage avec un thérapeute, d'expériences ou d'affects vécus par le sujet, non accessibles à la représentation, par l'intermédiaire d'un médium qui en lui-même porte des caractéristiques symboligènes. La médiation constitue une sorte de canal que peuvent emprunter les différentes formes de la souffrance vécue par le sujet afin de la rendre intelligible, représentable et qu'une transformation profonde du sujet puisse s'opérer par ce processus de création. Les différences d'effets des médiations tiennent aux caractéristiques symboligènes propres de chaque médium et aux variations fines des autres composantes de la médiation.

Nous verrons par la suite ce qu'implique exactement ce processus de symbolisation.

b) Définition et historique de l'art-thérapie

L'art-thérapie est une dénomination pour parler de thérapie à médiation par l'art.

Le mot art²² détient de multiples significations. Ces trois sous-définitions qui se complètent me paraissent les plus proches de ce qui est réalisé en art-thérapie :

- « La production par l'homme d'œuvres matérielles, grâce au travail manuel et à la technique ou grâce au travail intellectuel (et notamment au langage). »
- « Ensemble d'activités culturelles représentées par l'architecture, les arts graphiques et notamment la peinture, la sculpture. »
- « Chacun des modes d'expression esthétique, dans quelque domaine que ce soit (y compris musique, danse, poésie, créations littéraires). »

On retrouve donc la notion de création et d'expression par les moyens dont dispose l'humain c'est-à-dire son corps et le langage dans une finalité esthétique en rentrant dans le cadre culturel d'une société donnée.

J-P Klein donne la définition suivante de l'art-thérapie :

« L'art-thérapie est un accompagnement de personnes en difficulté (psychologique, physique, sociale ou existentielle) à travers leurs productions artistiques : œuvres plastiques, sonores, théâtrales, littéraires, corporelles et dansées. Ce travail subtil qui prend nos vulnérabilités comme matériau, recherche moins à dévoiler les significations inconscientes des productions qu'à permettre au sujet de se re-crée lui-même, se créer de nouveau, dans un parcours symbolique de création en création.

²² Alain Rey, *Dictionnaire culturel en langue française*, 2^e éd., vol. 1 (Paris: Le Robert, 1998).

L'art-thérapie est ainsi l'art de se projeter dans une œuvre comme message énigmatique en mouvement et de travailler sur cette œuvre pour travailler sur soi-même. L'art-thérapie est un détour pour s'approcher de soi. »²³

Il insiste pour dire que l'art-thérapie n'est pas : un test diagnostique, un moyen de se défouler, une simple mise en lumière des problématiques des personnes mais bien leur dépassement par leur mise en scène dans la production artistique. Elle ne se contente pas de dire ce qui était ou ce qui est mais amorce une véritable transformation psychique par un processus de symbolisation.

J'ajouterai à cela que l'art-thérapie se distingue de l'art par son affranchissement de la recherche de l'esthétique comme fin en soi. Même si elle y participe de fait, ici c'est le processus de création et ses effets sur le sujet qui est mis en avant.

D'un point de vue historique²⁴⁻²⁵, les médecins du XVII^e et XVIII^e siècles utilisent les médiations artistiques telles la musique ou le théâtre sur les maladies mentales et du corps sans distinction mais sans en donner une explication psychologique. C'est au XIX^e siècle dans le contexte asilaire que l'art est utilisé afin de distraire les malades de leurs troubles mentaux. Le précurseur fut le marquis de Sade de 1803 à 1813, alors interné à l'asile de Charenton, par la composition et la production de pièces de théâtre réunissant des aliénés, des comédiens professionnels et des amateurs. Les spectacles de théâtre, d'opéra et de

²³ Jean-Pierre Klein, « L'art-thérapie », *Cahiers de Gestalt-thérapie* 20, n° 1 (2007): p. 55-62, <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-gestalt-therapie-2007-1-page-55.htm>

²⁴ Anne Brun, « Histoire de l'utilisation des médiations dans le soin », in *Manuel des médiations thérapeutiques*, 2^e éd. (Malakoff: Dunod, 2019).

²⁵ Klein, *L'art-thérapie*, 2019.

danse, les bals hebdomadaires sont autant de moyens de diversion de la folie pour les aliénés. Dans la même lignée, le travail est préconisé par les aliénistes à des fins de diversion mais aussi à des fins de réinsertion socio-professionnelle notamment *via* l'avènement de l'ergothérapie.

Une autre utilisation de l'art dans le domaine des pathologies mentales est l'utilisation des productions artistiques (écrits, peintures notamment) comme outil sémiologique de manière rétrospective ou prospective. Charcot et ses élèves déjà décryptaient les œuvres artistiques depuis le V^e siècle représentant des possédés démoniaques pour démontrer l'origine ancienne de l'hystérie. Plus tard, le médecin chef de l'hôpital de Bron P. Max-Simon écrit en 1888 à propos des écrits et des dessins des aliénés : « En somme, la composition des lettres du maniaque traduit exactement le désordre intellectuel de leur auteur et, chose remarquable, mais qu'on pouvait cependant prévoir, le papier porte la trace matérielle du trouble mental du patient. »²⁶ La volonté de recueillir, collectionner et d'exposer les œuvres créées par les malades mentaux se développe. H. Prinzhorn avec sa théorie de la *Gestaltung* (psychologie de la mise en forme) pour les productions artistiques des patients psychotiques, fait également partie de ce mouvement de « l'art psychopathologique ». Au milieu du XX^e siècle R. Volmat en fait sa thèse et crée la Société internationale de Psychopathologie de l'Expression (SIPE en 1959) qui se base sur la corrélation objective entre œuvre artistique et symptôme psychiatrique et qui inspira la création de la Société Française de Psychopathologie de l'Expression et art-thérapie²⁷ (en 1964).

²⁶ Paul Max-Simon, « Les écrits et les dessins des aliénés », Archives de l'Anthropologie criminelle et des Sciences pénales, 3 (1888): p. 318-55.

²⁷ « Présentation », Société Française de Psychopathologie de l'Expression et d'Art-thérapie, consulté le 28 novembre 2020, https://www.sfpeat.com/Presentation_a31.html.

Les psychanalystes s'y sont également intéressés. S. Freud notamment a tenté des liens entre art et psychanalyse en interrogeant le processus créateur de l'œuvre d'art qu'il explicite dans son écrit *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci* (1910) dans lequel il lie les pulsions et les traumatismes infantiles au processus sublimatoire. Il énonce également dans un autre ouvrage que la création artistique viendrait remplacer le symptôme et donc que l'artiste pourrait échapper à la névrose.

La médiation par les dessins en psychanalyse d'enfants a également largement contribué au développement des médiations thérapeutiques en psychiatrie par les apports théoriques de Mélanie Klein (1882-1960), Anna Freud (1895-1982), Françoise Dolto (1908-1988), Annie Anzieu (1924-2019), Geneviève Haag.

D'autres mouvements ont influé sur la naissance de l'art-thérapie comme le surréalisme avec André Breton (1896-1966), la Compagnie de l'art brut ou les antipsychiatres anglais.

La neuropsychiatre et psychanalyste Gisela Pankow (1914-1998) quant à elle, utilise le modelage avec des psychotiques pour construire une structure dynamique de l'image du corps qui se trouve dissociée.

Pour finir, il est important de noter l'existence de tout un courant théorico-pratique sur les thérapies de groupe à médiation.

c) Expression *versus* création

« L'expression soulage mais la création, et la création suivie, transforme. »²⁸ Cette citation de J-P Klein souligne bien la différence entre expression et création. L'expression, qui peut être

²⁸ Klein, *L'art-thérapie*, 2019, 11e éd.:p. 9.

visée dans une médiation, implique la projection vers l'extérieur d'une intériorité qui peut être un affect, une représentation, une tension corporelle et qui sous-entend un effet cathartique, libérateur. C'est donc quelque chose en soi qui nous dérange et qu'il faudrait expulser pour se sentir mieux.

Cependant, cette nécessité d'expression peut être discutée, la vision de Jean Florence, professeur émérite à l'université de Louvain-la-Neuve en Belgique et psychanalyste, est intéressante. Il critique cette idée selon laquelle il y aurait un « un moi profond et méconnu » qui devrait être extériorisé, en effet « il n'est pas prouvé que toute expression soit bonne en soi, que « mettre des mots » sur un malheur ou une souffrance soit immédiatement libérateur [...] C'est méconnaître la réelle complexité des processus intimes sollicités, c'est mésestimer les contradictions, variables en intensité voire en cruauté, qui sont présentes et actives en chacun, relativement au désir de « changer » [...] Il y a désir de vie et appétit du rien de l'inertie, il y a l'énigmatique idiosyncrasie »²⁹.

La création quant à elle prend comme support le trouble psychique pour mettre en forme quelque chose de non figuré, de non représenté ni symbolisé, par l'intermédiaire de supports artistiques. La création dans le dispositif d'art-thérapie mène ainsi à une véritable transformation du sujet, à mettre en forme et créer quelque chose qui n'existait pas auparavant.

²⁹ Jean Florence, « L'art : thérapeute ? », in *Les médiations thérapeutiques par l'art. Le Réel en jeu* (Toulouse:érès, 2014), p. 20-21.

3. *Les thérapies à médiation corporelle : vers une structuration psychocorporelle*

A partir des définitions déjà précisées ci-avant, une définition des thérapies à médiation corporelle pourrait être : l'ensemble des pratiques se servant de l'intermédiaire du corps à des fins de traitement ou de prévention des pathologies mentales.

Le corps y constitue à la fois le médium et le support en travail, que l'on explore de différentes manières (par le regard, par l'immobilité ou par le mouvement), sur différents plans (sensoriel, proprioceptif, kinesthésique, respiratoire, rythmique), dans différents espaces (eau, air, sur le sol), seul ou en interaction avec le corps d'autre(s), accompagné par la parole ou par de la musique, en interaction avec des objets... Un éventail de possibilités d'exploration avec le corps est réalisable rendant les pratiques psychocorporelles très diverses. Leurs influences théoriques le sont tout autant.

Ces pratiques se distinguent des pratiques sportives qui visent la performance, la décharge énergétique, le bien-être immédiat.

Pour ces pratiques, nous partons du présupposé que la mise en jeu du corps peut nous aider à agir sur le psychisme et donc nécessite d'avoir une représentation de la façon dont le corps entre en interaction avec la psyché.

Nous pouvons même aller plus loin dans cette représentation du processus en jeu dans les thérapies psychocorporelles en nous aidant du concept de « champ du psychocorporel » que définit Benoit Lesage dans son ouvrage *Jalons pour une pratique psychocorporelle*³⁰.

³⁰ Benoit Lesage, *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*, L'Ailleurs du corps (Toulouse: érès, 2014).

Il situe sa pratique en tant que danse-thérapeute dans ce champ psychocorporel qu'il définit par « des méthodes qui appréhendent l'être humain à la fois dans sa dimension psychologique et corporelle » et qui permettent « d'établir une circulation et une résonance entre les deux sphères » pour constituer une « unité psyché-soma »³¹. Il ne s'agirait donc pas uniquement d'utiliser le corps pour atteindre le psychisme, ce que l'on peut atteindre dans une simple pratique sportive, mais bien de mettre en travail toute une « structure » psychocorporelle, sorte d'instance mouvante, malléable où circulent des interactions réciproques entre le corps et la psyché. En effet, « la pathologie tend à montrer qu'il s'agit d'une relation d'étayage réciproque : si la sphère psychorelationnelle se met en place en appui sur un vécu des structures du corps et du mouvement, l'inverse semble également vrai ; le psychisme avec ses représentations fait retour sur le corps et l'organise, ou le désorganise comme on le voit dans la pathologie psychosomatique. »³²

Ces interactions passent par différents canaux : celui des émotions et des affects, des sensations et perceptions, celui du relationnel. B. Lesage dit à propos du travail psychocorporel : « Cette exploration convoque donc différents niveaux : somatique, car le travail proposé peut être précis et technique, mais aussi psychique, c'est-à-dire affectif et cognitif, ainsi que relationnel. Dès lors qu'est travaillée la résonance entre ces différents niveaux, on est dans la perspective psychocorporelle. »³³

³¹ *Ibid.*, p. 8-9.

³² *Ibid.*, p. 20.

³³ *Ibid.*, p. 10.

Les thérapies à médiation corporelle sont très nombreuses, en voici quelques exemples : relaxation, sophrologie, bioénergie, balnéothérapie, eutonnie, Feldenkrais, yoga, Qi-gong, danse...

Parmi toutes ces thérapies à médiation corporelle, le corps y est intégré de différentes manières, sous des aspects plus ou moins spécifiques. Pour rendre compte de ce processus de mise en travail de cette structure psychocorporelle lors de telles thérapies, nous avons choisi de nous intéresser à deux types de pratiques : la psychoboxe qui, nous le verrons, met en travail un domaine bien spécifique de la corporéité, celle de la violence archaïque et la danse, qui par sa richesse de pratique met en jeu une multitude de problématiques psychocorporelles. Ces deux pratiques du corps en mouvement semblent permettre cet effet de résonance complexe entre plusieurs niveaux : le sensori-moteur, l'émotionnel, le relationnel. Il s'agit donc de s'appuyer sur le corps anatomo-physiologique pour l'intégrer dans une dimension relationnelle permise par le mouvement et dans une dimension de conscience de soi pour intégrer le corps comme support d'une identité.

Avant de s'intéresser à ces thérapies, nous allons d'abord balayer les différents courants de pensée autour du corps et du lien corps-psyché afin de cerner dans quel champ de réflexion se situent les thérapies à médiation corporelle.

CHAPITRE II : Le corps dans toute sa complexité à travers les visions philosophiques, médicales et psychanalytiques

Difficile de parler de thérapie à médiation corporelle sans définir le corps. Et la chose est loin d'être aisée tant il a suscité intérêts, questionnements, débats au fil des siècles. Tous les domaines humanistes s'y sont attelés, la philosophie bien sûr mais aussi la sociologie, l'anthropologie, la médecine, la psychologie et la justice. A ce jour, personne ne peut affirmer détenir un savoir exhaustif sur le corps ou une vérité unique sur ce qu'il est. Chacun compose avec ses propres influences sociétales, religieuses, philosophiques, scientifiques et expérimentales pour se le représenter. Car en effet, le corps est d'abord une expérience intime et singulière, de chaque instant, du sentiment d'être soi, une individualité originale. Mais le corps est également le mode de relation au monde qui nous entoure, notre vecteur d'interactions réciproques. Il regroupe cette double destinée en soutenant la vie sous forme de désir, de plaisir, de bien-être et parallèlement en soutenant la mort, l'inéluctable vieillissement puis disparition de notre être, la douleur, l'inconfort, l'angoisse. C'est dans cette pluralité que nous essayerons de distinguer les grands mouvements qui ont pensé le corps, pour nous approcher du corps de la thérapie.

1. Un aperçu des visions philosophiques du lien corps-psyché

Depuis que les hommes ne se contentent plus des réponses qu'apportent les religions sur les questions fondamentales concernant le fonctionnement de l'Univers et de l'Homme, la

philosophie réfléchit à ces questions par le biais de la raison³⁴⁻³⁵.

Pendant la période présocratique dans la Grèce Antique, la séparation de l'âme (la Psyché) et du corps (pas de terme pour le désigner) ne se fait qu'à la mort de l'individu, lorsque le cadavre (le Soma) est brûlé ou enterré à l'abri des regards des vivants. De son vivant, le corps doit être entretenu par de l'exercice physique et doit viser la beauté pour atteindre l'épanouissement de l'âme. Avec Platon, élève de Socrate, vers 400 avant J-C, le clivage corps-esprit apparaît. Platon allègue que c'est à travers les sens, portés par le corps, que nous percevons le monde matériel, qui est en fait un monde d'apparences, d'expériences imparfaites en opposition à l'âme, laquelle possède la raison, nous permettant l'accès au monde des Idées, qui constitue une réalité parfaite et immuable de toute chose. Le corps se situe donc comme inférieur à l'âme, d'où la célèbre citation de Socrate « le corps est le tombeau de l'âme » signifiant que l'âme meurt spirituellement dans le corps car ne pouvant s'élever dans le monde des Idées. Cependant, soigner le corps par la médecine, les arts et les sciences permet de maintenir ou rétablir une adéquation entre corps et âme.

Aristote au contraire (vers 335 av. J-C), pense que la réalité du monde est accessible par la perception de nos sens et que les idées viennent au cours de l'expérience. Il pense que l'âme et le corps sont liés et que l'âme ne vit que si elle anime le corps.

Pendant l'Antiquité romaine (de 27 av. J.-C à 476 ap. J.-C.) puis le Moyen Age (de la fin du V^e siècle à la fin du XV^e siècle), la philosophie prospère peu. L'Eglise, à travers le christianisme, devient l'autorité dominante en Occident suite à la chute de l'Empire romain.

³⁴ Pierre André, Thierry Benavidès, et Françoise Giromini, *Corps et psychiatrie*, 2^e éd. (Paris: heures de France, 2004), p. 10-35.

³⁵ W Buckingham, D Burnham, et J Marendon, *Philosophes. Les grandes pensées expliquées simplement* (Londres: DK, 2018).

Elle s'applique à exercer une morale sexuelle, les plaisirs du corps sont réprimés car considérés comme des péchés. Les croyances de possession démoniaque et de sorcellerie conduisent à des exterminations, notamment de femmes chez qui la féminité assumée et la sexualité étaient condamnées faisant l'objet de spéculation. La pensée chrétienne affirme que l'âme survit après la mort et demeure immortelle. Quelques philosophes médiévaux tels Thomas d'Aquin et Saint Augustin ont tout de même tenté de combiner les idées du christianisme avec celles d'Aristote.

A la Renaissance, du XV^e au XVII^e siècles, les philosophies grecque et latine et notamment aristotélicienne refont surface dans un mouvement humaniste qui développe les arts, la technique et les sciences. La philosophie passe progressivement d'un dogme religieux à une pensée rationnelle basée sur la science. Les philosophes anglais tels F. Bacon et T. Hobbes, qui emploient le raisonnement scientifique, marquent le début de « l'âge de la raison » ou Age classique. D'autres philosophes comme René Descartes, adoptent le modèle mathématique pour appréhender notre connaissance du monde. Dans ses *Méditations métaphysiques* parues en 1641, Descartes traite de Dieu, de l'âme et du corps. Il élabore une réflexion sur l'existence de Dieu en soumettant chaque réflexion à l'épreuve du scepticisme ; une seule certitude, celle d'exister car je doute et je pense. C'est le célèbre *cogito ergo sum* « je pense donc je suis » du *Discours de la Méthode* (1637) devenu ensuite « je pense, j'existe » dans les *Méditations Métaphysiques*. Dans les sixièmes méditations, il scinde le corps et l'esprit : le corps est uniquement matériel, un corps « machine » et s'oppose à la pensée, la conscience. Cependant, il décrit tout de même un lien entre ces deux entités qui définit notre humanité, qu'il localise anatomiquement dans un point central du cerveau là où siège la glande pinéale. Au XVIII^e siècle, les sciences de la nature sont soumises à la méthode

expérimentale tout comme la physique et la chimie, d'où la prévalence de cette conception dualiste.

Plus tard, au XIX^e et XX^e siècle, cette conception dualiste sera critiquée voire renversée, notamment par F. Nietzsche (1844-1900) ou H. Bergson (1859-1941). Puis ce seront les courants de la psychanalyse, de la neurologie et de la phénoménologie qui ouvriront la réflexion sur le corps en modèles distincts, respectivement l'image du corps (comme perception), l'étude du cerveau et le vécu corporel (comme sensation).

En conclusion, nous percevons bien ces courants philosophiques ambivalents sur les rapports entre corps et psyché, dont nous pouvons difficilement nous affranchir. En médecine et en psychiatrie, quelles représentations du lien corps-psyché avons-nous ?

2. De quel corps parle-t-on ?

D'après le dictionnaire Larousse³⁶, le corps peut prendre diverses définitions dans les domaines biologique, étatique, matériel et des métiers. Classiquement, il désigne la « partie matérielle d'un être animé considérée en particulier du point de vue de son anatomie, de son aspect extérieur » mais aussi de son « fonctionnement interne ». Il désigne également la chair, le cadavre.

³⁶ Éditions Larousse, « Définitions : corps - Dictionnaire de français Larousse », consulté le 9 octobre 2020, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/corps/19404>.

a) Le corps anatomo-physiologique de la médecine

L'histoire de la médecine occidentale³⁷ est marquée par la variabilité de l'influence des croyances ésotériques et religieuses d'une époque véhiculant une certaine vision du corps et les moyens correspondants pour soigner les maladies, jusqu'au XIX^e siècle où elle s'en affranchit, marquant la naissance de la médecine scientifique moderne :

Pour les sociétés primitives, c'est le sorcier ou le chamane qui s'occupe de soigner en faisant le lien avec le monde des esprits et en utilisant des plantes. De l'Antiquité grecque et romaine avec Hippocrate (V^e siècle av. JC) et Galien (II^e siècle) jusqu'au Moyen Age, c'est le modèle humoral qui prédomine dans lequel c'est le déséquilibre des quatre humeurs constituant notre corps (sang, bile, phlegme et mélancolie) qui atteint à la santé. Alors que la médecine s'était détachée du sacré au temps de l'Antiquité, la médecine du Moyen Age est marquée par le sceau de l'Eglise (forces maléfiques, péché à l'origine de la maladie) qui interdit la dissection des cadavres. Au XIV^e siècle, l'anatomie se développe justement grâce à la dissection des corps morts et au XVII^e et XVIII^e siècle c'est la physiologie qui prend son essor entre autres avec la découverte de la circulation du sang par W. Harvey. La médecine moderne, scientifique, fondée sur la méthode anatomoclinique puis la méthode expérimentale de Claude Bernard, naît au XIX^e siècle. Elle permet de comprendre l'origine des maladies en faisant le lien entre symptômes cliniques et lésions anatomiques. Au XX^e siècle, la biologie, la physique et la chimie permettent des avancées sur le plan des techniques d'explorations, de diagnostic et de traitement.

³⁷ Éditions Larousse, « Encyclopédie Larousse en ligne - histoire de la médecine », consulté le 3 octobre 2020, https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/histoire_de_la_médecine/187065.

C'est donc d'abord par l'exploration détaillée des structures du corps mort puis par la conception de son fonctionnement par l'expérimentation puis par des méthodes moins invasives (examens radiographiques) que la médecine se développe. La volonté d'objectivation de la connaissance est au centre de la démarche médicale moderne, la médecine fondée sur les faits (*Evidence Based Medicine*³⁸) utilise les meilleures données disponibles issues de la recherche clinique systématique pour prendre des décisions.

Des spécialités pour chaque organe se développent, ayant pour corollaire de réduire le sujet malade à un organe présentant un trouble, bien que certaines spécialités, comme la médecine interne, et certaines pratiques, comme les prises en charge pluridisciplinaires, tendent au contraire à réunifier les différents aspects de la personne pour aborder les problématiques sous une vision globale. Notons que c'est souvent dans des situations médicales complexes que le recours aux prises en soins pluridisciplinaires est employé, telles les problématiques de douleurs chroniques ou de symptômes psychosomatiques. Dans le cadre précis de la démarche sémiologique, la réduction des symptômes subjectifs décrits par le patient en signes objectivables, appauvrit les dimensions corporelles multiples pour ne s'intéresser qu'au corps de la médecine, compréhensible par les médecins, sur lequel on peut habituellement cerner l'origine du trouble, sa manifestation et trouver un traitement adapté. C'est du corps matière dont on s'occupe, le corps qui fonctionne selon un engrenage complexe et qui souvent dysfonctionne. L'inexplicable, l'inconnu, l'échec y trouvent peu de place.

³⁸ Sophie Guiquerro, « LibGuides: Evidence-Based Medicine: EBM », consulté le 03 octobre 2020, https://parisdescartes.libguides.com/ebm/ebm_accueil.

b) Le corps sous l'angle de la psychiatrie

L'histoire de la psychiatrie³⁹⁻⁴⁰ nous apprend que le corps des malades mentaux passe d'un corps que l'on cache, que l'on attache, que l'on enferme et que l'on maltraite dans les asiles à un corps à qui on laisse plus de liberté de mouvement et sur lequel on emploie moins la violence *via* le Traitement Moral de Pinel. Des traitements spécifiquement corporels, qui nous paraissent aujourd'hui violents, sont cependant utilisés pendant des décennies : les bains surprise, la camisole de force, l'isolement, les électrochocs. C'est un corps qui dérange, qui explose, qui est agressif envers lui-même ou les autres que nous essayons d'éteindre par ces traitements tout en essayant de « raisonner » l'individu. Aujourd'hui, la psychiatrie a toujours cette vocation de limiter les troubles du comportement et l'agressivité bien que l'avènement des traitements pharmacologiques plus ciblés et avec des effets secondaires moindres permettent de limiter l'usage de la force et de l'enfermement. La politique actuelle promulgue la réhabilitation des malades, leur intégration dans la société, ce qui montre bien que la vision de la maladie mentale d'une époque influence la façon dont on s'en occupe.

L'usage des traitements corporels aujourd'hui ne se résume pas à éteindre un trouble comportemental mais vise justement à cibler des troubles plus fins, plus complexes et cela constitue tout l'objet de notre sujet sur les thérapies à médiation corporelle et cela est possible car nous ne considérons plus le corps comme objet de possession ou dérangeant mais comme faisant partie intégrante de l'individu et de sa subjectivité.

³⁹ Hochmann, *Histoire de la psychiatrie*.

⁴⁰ Pélicier, *Histoire de la psychiatrie*.

Dans la pratique psychiatrique courante à présent, le corps du patient fait l'objet d'une observation minutieuse de la part du médecin ou du soignant.

Nous observons sa position dans l'espace, son attitude corporelle globale, sa démarche, ses mouvements, ses gestes, ses mimiques, sa tenue vestimentaire, son hygiène et l'on attribue à cela des caractéristiques telle l'étrangeté, la bizarrerie, la discordance, l'excentricité, le caractère inadapté, la négligence, l'agressivité, l'agitation, le caractère figé, ralenti... qui peuvent déjà faire valeur sémiologique et nous orienter vers un trouble plus précis (trouble délirant, maniaque, dépressif, anxieux par exemple) ou nous orienter sur l'intention du patient, sa dynamique relationnelle actuelle. Ensuite nous faisons une opération mentale de correspondance entre ce que le patient nous donne à voir et ce qu'il nous apporte par la parole afin d'affiner encore le diagnostic.

Certains syndromes sont même presque exclusivement moteurs, comme l'exemple de la catatonie.

L'observation des réactions corporelles aux médicaments témoin de leur imprégnation (syndrome extra-pyramidal, prise de poids, sialorrhée...) nous permet également d'ajuster la posologie de ceux-ci.

En résumé, le corps en psychiatrie constitue un outil sémiologique indispensable et le mode d'action principal sur celui-ci consiste en l'utilisation de la pharmacologie. De plus, dans notre pratique, nous ne touchons que très rarement le corps du patient mais nous l'observons beaucoup de nos propres yeux, contrairement aux autres spécialités médicales qui le touchent, le manipulent et le regardent par le biais des examens complémentaires (radiologie, IRM, scanner...).

Mais nous pouvons encore aller plus loin dans cette observation. En psychiatrie, nous écoutons parler les patients de leur corps et sommes sensibles à l'expression subjective du rapport à leur corps. Ce que nous observons relève souvent du désordre, de l'incohérence, du dérangement, du clivage entre une parole et un acte.

Nous nous efforçons de comprendre la personne dans sa globalité, dans son rapport aux autres, à son environnement et dans son rapport à soi, à son propre psychisme et pour cela nous ne pouvons adopter des œillères qui ne cibleraient que le corps physiologique. C'est dans la corporéité au sens large que nous devons nous situer, dans l'appréhension de toutes ces facettes corporelles en interrelations étroites : le corps anatomique, physiologique, cognitif, érotique, émotionnel, social, relationnel, réel, imaginaire, symbolique. Cependant, nous restons influencés par le référentiel auquel on adhère, et les études de médecine nous orientent vers la vision anatomo-physiologique du corps. Il nous appartient à titre individuel de nous tourner vers une vision moins clivée et plus globale du corps malgré l'apprentissage reçu. Et peut-être serait-il judicieux d'intégrer à nos études une ouverture à cette question du corps et aux thérapies à médiation corporelle.

En conclusion, la psychiatrie adopte une vision plus ouverte et globale sur le lien corps-psyché que la médecine en général du fait de sa constitution sémiologique de base et de ses influences théoriques plurielles (psychanalytique, phénoménologique, anthropologique, neuroscientifique). Cette pluralité des influences en fait sa richesse mais crée également une disparité des pratiques dans ce domaine précis des médiations psychocorporelles. De plus, elle reste influencée par la pensée philosophique dominante héritée de Descartes du clivage corps-esprit.

Cependant, la recherche en neurosciences cognitives, influenceur principal de la psychiatrie actuelle, remet une place prépondérante au corps dans nos processus cognitifs depuis une trentaine d'années, notamment avec la théorie de la cognition incarnée (*embodied cognition*), qui « considère que l'esprit doit être compris dans le contexte de son corps (le « contexte sensorimoteur »), et de l'interaction de ce dernier avec l'environnement »⁴¹.

3. *Processus de conscience et de représentation corporelle*

Les processus par lesquels nous percevons et nous nous représentons notre propre corps comme une unité et comme un soi a fait l'objet de plusieurs concepts physiologiques puis neuropsychologiques et psychanalytiques. Je décrirai les grandes évolutions dans ce domaine, en partant du concept flou de cœnesthésie, jusqu'au concept psychanalytique d'image du corps, dans une gradation de conceptions d'abord uniquement sensorielles puis de plus en plus abstraites⁴²⁻⁴³.

a) De la cœnesthésie au schéma postural

Au début du XIX^e siècle, le physiologiste J-C. Reil élabore le concept de « cœnesthésie » (du grec *koiné* commun et *aisthesis* sensation) qui décrit un sentiment vague que l'on a de notre corps, permis par le regroupement des sensations venant de tous les points du corps (les organes, les tissus) vers le « sensorium » qui est le centre nerveux.

⁴¹ Léo Dutriaux et Valérie Gyselinck, « Cognition incarnée : un point de vue sur les représentations spatiales », *L'Année psychologique* Vol. 116, n° 3 (2016): 419-65.

⁴² Michel Bernard, *Le corps*, 4^e éd. (Paris: Jean-Pierre Delarge, 1976), p. 17-32.

⁴³ Marc Jeannerod, « De l'image du corps à l'image de soi », *Revue de neuropsychologie* Volume 2, n° 3 (2010): p. 185-94.

Ce modèle est cependant très approximatif puisqu'il confond la sensibilité viscérale et la sensibilité proprioceptive.

Puis c'est au tour d'E. Bonnier, médecin français, en 1893, de proposer la construction d'une représentation du corps à partir des données sensorielles par son étude sur le sens articulaire et la « tactilité vestibulaire de l'oreille ». Il émet l'hypothèse que les informations sensorielles d'origine tactile et musculaire nous permettent d'avoir une représentation topographique globale de notre corps (position des parties du corps les unes par rapport aux autres, contours du corps, localiser les stimulations et y répondre) et décrit des cas où cette fonction est perturbée qu'il nomme « aschématie » (« hyposchématie », « hyperschématie », « paraschématie »).

Au même moment, le neurologue A. Pick conceptualise une « image spatiale du corps » en 1908 à partir de l'observation d'un cas pathologique « d'autotopoagnosie » (impossibilité d'exécuter des mouvements et de localiser les sensations externes) et de l'étude « du membre fantôme ». Il postule l'existence d'une carte mentale qui rassemble les informations sensorielles cutanées et surtout visuelles de manière coordonnée, associées à une part psychologique dans le cas du « membre fantôme ».

En 1911, les neurologues H. Head et G.M. Holmes décrivent un « schéma postural » qui constitue un processus où chaque nouvelle posture ou changement de position vient se stocker sur un « schéma » qui peut appartenir à la conscience ou être hors de celle-ci. Michel Bernard (1927-2015), agrégé de philosophie, docteur d'État et professeur émérite d'esthétique théâtrale et chorégraphique à l'université Paris 8, le résume parfaitement : « En d'autres termes, la connaissance qui permet à chacun de nous de disposer quotidiennement

de son corps dans les activités les plus banales, dépend de l'association de schémas indéfiniment modifiables, donc essentiellement plastiques, mais néanmoins de nature purement physiologique puisque fondés sur des processus corticaux. »⁴⁴ Deux schémas sont distingués : les schémas posturaux et les schémas de la surface du corps. Cependant, il persiste un flou sur ce que désigne vraiment le schéma postural. Est-ce le processus physiologique de conscience corporelle ou le sentiment intime de notre corps propre ?

b) Le schéma corporel et l'image du corps de Schilder

Les travaux de Head ont grandement inspiré Paul Schilder, neuropsychiatre, docteur en philosophie et psychanalyste viennois et auteur de l'ouvrage *L'image du corps* paru en 1935. Il y élabore une théorie de « l'image du corps » à partir du concept physiologique de « schéma corporel » auquel il ajoute une part psychologique inspirée de la psychanalyse et de la phénoménologie. Il écrit : « J'ai toujours été convaincu qu'il n'existe pas de hiatus entre l'organique et le fonctionnel. L'esprit et la personnalité sont des entités agissant au même titre que l'organisme. »⁴⁵ Par l'étude de cas pathologiques, il reconnaît l'importance de l'action associée à la perception dans le modèle postural du corps. Il ajoute à cette composante motrice une dimension émotionnelle en lien avec le corps de l'autre c'est-à-dire que le modèle postural de chacun est étroitement lié avec celui des autres par le vecteur qu'est l'émotion. Il y adjoint également la théorie des pulsions de Freud pour postuler que l'image du corps change selon la domination de telle énergie libidinale concentrée dans telle zone érogène et cela est variable d'un individu à l'autre selon son histoire et ses expériences passées :

⁴⁴ Bernard, *Le corps*, p. 26.

⁴⁵ Paul Schilder, *L'image du corps*, *Connaissance de l'inconscient* (Paris: Gallimard, 1968), p. 31.

« C'est par les orifices du corps que s'accomplissent les fonctions vitales ; et, fait également essentiel, les parties purement sensorielles du modèle postural du corps sont en étroite interrelation avec les structures libidinales, lesquelles sont elles-mêmes en étroite relation avec les pulsions [...] tout ce qui peut avoir de particulier dans les structures libidinales se reflète dans la structure du modèle postural du corps. »⁴⁶

Nous verrons plus loin le concept psychanalytique « d'image inconsciente du corps » élaboré par Françoise Dolto qui prolonge et enrichit celui de P. Schilder.

En conclusion, d'après ces différentes représentations somato-psychiques de l'intégration de la conscience de notre corps, nous pouvons souligner l'importance de la proprioception dans ce mécanisme qui est une des bases sur lesquelles nous avons le sentiment d'être soi et d'avoir une représentation de soi, lié au mouvement et lié aux différents sens (vestibulaire et auditif, visuel, tactile). L'autre point important est le caractère « plastique » de cette image de notre corps car en perpétuelle construction et déconstruction. La pathologie nous apprend que l'altération d'une fonction physiologique (AVC qui donne une hémiplégie par exemple) n'entraînera pas seulement la déficience de la fonction en question, mais altèrera également l'investissement identitaire et affectif de la partie corporelle déficiente et également la teneur affective des objets qui se rapportent à cette même partie du corps. Cela démontre que la vision du monde qui nous entoure (l'espace, les objets) et le sentiment d'être soi et unifié dépend indéniablement du bon fonctionnement des structures anatomo-

⁴⁶ *Ibid.*, p.144.

physiologiques qui réunissent leurs informations pour former une synthèse, une cartographie mentale en constant remaniement mais en association étroite avec des composantes imaginaires et affectives. Cette synthèse d'information se fait de manière peu voire non consciente afin que cette image unifiée de nous-même et le sentiment d'être soi reste stable et permanent pour nous permettre d'interagir avec le monde.

c) Le dialogue tonico-émotionnel

Les théories précédemment citées évoquent les processus par lesquels « notre corps nous apparait à nous-même »⁴⁷ mais n'évoquent pas la temporalité et l'environnement qui nous permet de le réaliser. Henri Wallon (1879-1962)⁴⁸, psychologue, médecin et homme politique français, décrit différents stades de développement psychomoteur de l'enfant et établit une relation étroite entre la motricité et spécifiquement la fonction posturale du corps et le développement psychologique de l'enfant. Il décrit le nouveau-né comme un être entièrement dépendant de sa mère et qui ne distingue pas son corps de l'environnement extérieur. Il ne perçoit que des fragments de son environnement et du fait de son immaturité psychophysiologique il n'interagit avec son environnement qu'à travers les manifestations corporelles d'ingestion et d'excrétion et par le tonus postural. Il acquiert progressivement des réponses posturales par rapport aux mouvements que les autres et notamment la mère exerce sur lui (portage, bercement, allaitement...), il construit donc son image posturale en fonction de celle de la personne de qui il est dépendant. A cela s'ajoute la fonction émotionnelle du tonus car toutes les réactions émotionnelles, qui sont le seul mode de

⁴⁷ *Ibid.*, p. 30.

⁴⁸ Bernard, *Le corps*, p. 35-42.

communication avant l'apparition du langage, se traduisent par des contractions musculaires toniques. C'est ce qu'il nomme le « dialogue tonique ».

L'enfant va projeter son corps dans le corps de l'autre et l'assimiler par l'intermédiaire de cette communication posturale dans une sorte d'aller-retour entre soi et l'autre. C'est dans ce jeu de miroir avec l'autre mais aussi dans l'expérience de son reflet dans le miroir qu'il va s'individualiser.

Julian de Ajuriaguerra (1911-1993), neuropsychiatre et psychanalyste français, poursuit la réflexion de Wallon en 1962 en théorisant sur le « dialogue tonico-émotionnel » et en expérimentant les différentes situations tonico-émotionnelles entre la mère et l'enfant et leurs répercussions sur le développement psychomoteur de l'enfant. Les émotions, le tonus, la relation fusionnelle à la mère et le corps constituent pour lui les quatre outils fondamentaux de médiation entre le bébé et son environnement avant l'apparition du langage.⁴⁹

Le langage y joue également un rôle important, l'enfant faisant le lien à chaque instant entre l'état émotionnel de sa mère, les sons et les mots qu'elle y associe et les gestes et actions qu'elle y adjoint. Cet ensemble lié entre motricité/tonicité, émotions et sons/langage et la répétition de ses expériences permet une intégration puis une réponse de la part du bébé de plus en plus élaborées à mesure de son développement, d'abord parce que physiologiquement ses fonctions mûrissent et ensuite parce qu'il accède progressivement à des processus cognitifs et psychologiques complexes. Il réalise une opération de correspondance entre ses propres ressentis toniques, les sons qu'il émet, ses réactions et les

⁴⁹ Eric W Pireyre, *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, 2^e éd. (Malakoff: Dunod, 2015), p. 130.

sensations de plaisir et déplaisir ou de satisfaction et d'insatisfaction, le tout toujours fonction des réactions des êtres qui l'entourent et qui s'occupent de lui. Ce processus de construction psychocorporelle laisse des traces permanentes autant sur le plan du « fond tonique » ou des « réactions toniques » à l'âge adulte et également sur les réactions émotionnelles. Nous verrons également comment les psychanalystes prolongent ce raisonnement en intégrant l'aspect pulsionnel du corps et le processus de représentation.

d) Le corps comme être-au-monde pour les phénoménologues

L'idée que la personnalité et le développement psychomoteur du sujet tiennent leur origine dans les relations étroites de réciprocité tonico-émotionnelles et langagières entre l'enfant et sa mère ou son substitut rejoint la théorie phénoménologique de Maurice Merleau-Ponty lorsqu'il postule que notre corps n'est pas un corps isolé mais toujours en relation avec l'espace environnant, « et ne peut se vivre que dans et par le corps d'autrui ». Merleau-Ponty explique la différence entre le corps fonctionnel et le corps vécu par le fait que l'on retient à notre conscience du schéma corporel que ce qui nous permet de s'intégrer à notre environnement, ce qui est lié à une action précise orientée vers le monde. Il écrit : « le schéma corporel est finalement une manière d'exprimer que mon corps est au-monde. » et « le corps est le véhicule de l'être-au-monde, et avoir un corps c'est pour un vivant se joindre à un milieu défini, se confondre avec certains projets et s'y engager continuellement », « mon corps est le pivot du monde. »⁵⁰

⁵⁰ Cité dans Bernard, *Le corps*, p.44-45.

4. *Le corps en psychanalyse : les principales théories*

Les psychanalystes se sont inspirés des théories des penseurs sur le corps pour y intégrer leurs concepts d'inconscient, de libido, de pulsions et de désir.

Nous aborderons les grandes théories sur le corps dans ce domaine, qui inspirent encore largement les pratiques à médiation corporelle de nos jours et nous offrent une compréhension de la dimension libidinale et fantasmée du corps.

a) Le corps libidinal de Freud

S. Freud élabore sa théorie sur la sexualité humaine et notamment infantile, en utilisant le terme de *Trieb* c'est-à-dire pulsion⁵¹⁻⁵²⁻⁵³, en 1905 dans les *Trois Essais sur la théorie sexuelle*, qui se différencie de l'instinct animal et qui démarque le psychique du somatique. Il part de la description de deux sources d'excitation, une extérieure que l'on peut plus ou moins éviter et l'une intérieure à laquelle nous ne pouvons nous dérober et qui s'avère difficilement maîtrisable. La pulsion désigne la « représentation psychique d'une source endosomatique de stimulations, s'écoulant de façon continue, par opposition à la stimulation, produite par des excitations sporadiques et externes ». La pulsion se caractérise par une « poussée » mettant l'activité psychique en mouvement, par une « source » qui est le support somatique d'où part la pulsion, par un « objet » qui est le moyen d'atteindre la satisfaction et par un « but » qui est la suppression de l'excitation par la satisfaction de la pulsion. La libido désigne l'énergie qui permet la transformation de la pulsion sexuelle.

⁵¹ *Ibid.*, p.75-104.

⁵² Elisabeth Roudinesco et Michel Plon, *Dictionnaire de la psychanalyse* (Paris: Fayard, 1997).

⁵³ Edith Lecourt, *La psychanalyse, une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir l'histoire des concepts, les figures et les pratiques*, 2^e éd. (Paris: Eyrolles, 2015).

A partir de là, il différencie d'abord les pulsions sexuelles, qui répondent au principe de plaisir, des pulsions d'autoconservation ou pulsions du Moi qui répondent au principe de réalité. Il les rassemble sous le terme de pulsions de vie en 1920 qu'il oppose aux pulsions de mort marquées par la « compulsion de répétition » ; théorie qui constitue une révolution majeure dans la conception du psychisme à l'époque car postulant que l'humain ne souhaite pas uniquement vivre en harmonie mais qu'il tend aussi fondamentalement vers sa disparition, sa destruction.

L'enfant, d'après Freud, présente des pulsions partielles, car provenant de zones érogènes différentes et qui se satisfont de manière indépendante les unes des autres. En dépassant la simple fonction de satisfaction d'un besoin permise par la zone anatomique en question (la bouche, l'anus), le plaisir se prolonge et permet à la pulsion de se satisfaire. C'est l'étayage de la pulsion sur le corps. Cette satisfaction de la pulsion se fait de manière « auto-érotique » chez l'enfant c'est-à-dire qu'elle vise uniquement le corps de l'enfant et non pas un objet extérieur. Il existe normalement des phases de fixation à une zone érogène précise selon l'âge (stade oral, anal, génital) même si selon ses expériences intimes de frustration ou de satisfaction de sa libido, l'enfant n'aura pas les mêmes polarisations de sa libido sur les zones érogènes. La libido se concentre dans un premier temps sur le Moi (permettant le narcissisme) et dans un deuxième temps se portera sur les objets extérieurs.

Tout cela nous apprend l'importance fondamentale des pulsions, comme processus non maîtrisable de la sexualité, au sens large, dans notre rapport à soi et au monde. Et cela se constate en clinique et dans la vie en général lorsque des jaillissements pulsionnels interviennent dans les actes ou les paroles des personnes, sous forme d'échappé du pulsionnel difficilement maîtrisable, et qui finalement nous concerne tous.

b) Le corps est principalement fantasme et expression du désir inconscient

Le fantasme désigne « la vie imaginaire du sujet et la manière dont celui-ci se représente à lui-même son histoire ou l'histoire de ses origines »⁵⁴. Le fantasme est déjà présent chez le tout petit lorsqu'il expérimente le manque, l'absence de l'objet d'attachement et qu'il doit faire quelque chose psychiquement de ce manque (c'est l'exemple du nouveau-né qui fantasme le sein maternel lorsqu'il a faim). Le fantasme est étroitement lié aux pulsions et contient la réalisation d'un désir de manière plus ou moins directe. Il peut être conscient sous forme de rêveries diurnes ou de fantaisies ou inconscient sous forme de rêves. Le désir dans la théorie freudienne correspond à « l'accomplissement d'un souhait inconscient »⁵⁵ et se distingue du besoin.

Ce que dit la psychanalyse de notre rapport au corps, est qu'il se situe bien loin de la réalité anatomique et physiologique que décrit la médecine, mais qu'il est constitué, même à l'âge adulte, par nos fantasmes infantiles provenant de la charge libidinale attribuée aux différentes parties du corps ou zones érogènes. Michel Bernard le résume ainsi : « En vivant intensément sa libido, dont les exigences avides ne sont contenues que par les tabous de la prime éducation, l'enfant n'appréhende son corps qu'à travers les projections fulgurantes de ses désirs, c'est-à-dire dans les relations imaginaires avec celui ou celle qui doit les satisfaire. »⁵⁶

⁵⁴ Roudinesco et Plon, *Dictionnaire de la psychanalyse*.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Bernard, *Le corps*, p.76.

De plus, les psychanalystes ajoutent un rôle au langage en affirmant que les pulsions et les fantasmes sont pris dans un réseau de signifiants qui dépendent des lois structurales du langage. Les parties du corps de l'enfant mais aussi de l'adulte sont donc portées de valeurs symboliques. Les pulsions sont conscientisées sous forme de représentations. Nous pouvons donc déduire de ces concepts la formation de boucles de symbolisation à partir d'expériences corporelles primitives et d'affects associés qui seront ensuite pris dans le langage et accessibles à une représentation.

A partir de ce principe psychanalytique, que le corps n'est autre chose que l'expression de nos désirs et fantasmes inconscients, toutes les autres approches (anatomiques, physiologiques, psychologiques, phénoménologiques) ne seraient que des représentations et rationalisations sur notre corps et notre rapport à celui-ci.

c) Le stade du miroir comme anticipation d'une image unifiée du corps

Jacques Lacan (1901-1981), psychiatre et psychanalyste français, approfondit cette notion du caractère fantasmatique de l'imaginaire en développant sa théorie du stade du miroir⁵⁷, comme moment fondateur du Je (le sujet de l'inconscient). C'est un passage chez l'*infans* de 6 à 18 mois, qui se déroule devant un miroir, en présence d'une personne qui le porte devant celui-ci. Il n'est pas encore mature au niveau moteur, il ne dispose pas d'une coordination rassemblée de ses différentes parties mais il capte son image dans le reflet dans une « assomption jubilatoire » et se reconnaît comme unifié et comme *je*. Cette anticipation du *je* sous forme de « je idéal », c'est-à-dire avant toute détermination sociale et avant les identifications secondaires, constitue une aliénation de l'*infans* à sa propre image qu'il

⁵⁷ Jacques Lacan, *Ecrits I* (Paris3: Seuil, 1966).

anticipe et dont il ne pourra jamais se détacher. C'est cette aliénation qui vient rassembler le corps morcelé.

d) L'image inconsciente du corps

Un apport majeur de la psychanalyse concernant la théorisation sur le corps concerne l'image inconsciente du corps. Nous avons vu précédemment que P. Schilder décrivait une image du corps qui se base sur les fonctions de sensorialité mais qui est principalement influencée par l'investissement libidinal propre des zones érogènes et par l'image corporelle de ceux qui nous entourent. Il la caractérise en constante évolution. Nous pouvons constater la complexité de ce concept car les dimensions anatomo-physiologiques y sont intriquées avec les dimensions psychologiques et psychanalytiques. La clinique en effet rend compte de cette complexité dans laquelle finalement toute altération neurologique ou anatomique aura un impact sur l'image du corps globale c'est-à-dire également dans sa dimension affective et relationnelle.

Françoise Dolto (1908-1988), pédiatre et psychanalyste française, essaie de clarifier ce concept en séparant le schéma corporel de l'image du corps. Elle considère le schéma corporel comme uniquement anatomo-physiologique, commun à tous les individus contrairement à l'image du corps qui est porteur de subjectivité :

« Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque, ou les conditions dans lesquelles il vit. »⁵⁸ « *Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus (à peu près du même âge, sous le même climat) de l'espèce humaine, l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet*

⁵⁸ Françoise Dolto, *L'image inconsciente du corps* (Paris: Seuil, 1984), p. 22.

*et à son histoire. Elle est spécifique d'une libido en situation, d'un type de relation libidinale. Il en résulte que le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient, tandis que l'image du corps est éminemment inconsciente [...] Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant... »*⁵⁹

« L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimique et gestes. »⁶⁰

« C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. »⁶¹

Nous voyons bien que cette image du corps est inconsciente mais qu'elle est accessible notamment par le biais de médiations, et nous verrons que les médiations corporelles sont le révélateur, le modificateur privilégié de l'image du corps.

F. Dolto décompose cette image du corps en « image de base », « image fonctionnelle » et « image érogène » maintenues entre elles par « l'image dynamique »⁶² :

L'image de base renvoie au sentiment d'une continuité d'être dans l'espace et le temps et au sentiment d'être soi depuis sa naissance, à une « mêmeté d'être » qu'elle réfère à un narcissisme primordial, déjà présent avant sa conception dans le désir parental.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ *Ibid.*, p. 23.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*, p. 49-61.

L'image fonctionnelle renvoie à la manière dont le corps s'inscrit dans le désir : « C'est grâce à l'image fonctionnelle que les pulsions de vie peuvent, après s'être subjectivées dans le désir, viser à se manifester pour obtenir plaisir, s'objectiver dans la relation au monde et à autrui. »⁶³ C'est donc le lieu d'articulation du schéma corporel et de l'image du corps, l'expression de l'incarnation du désir par le mouvement vers le monde.

L'image érogène renvoie à la même chose que l'image fonctionnelle mais centrée sur les zones érogènes du corps associées à du plaisir et du déplaisir toujours dans le but d'accomplissement du désir.

La cohésion entre ces différentes images est dynamique, soutenue par les pulsions de vie.

Nous avons trouvé intéressant, de s'arrêter sur le concept d' « image composite du corps »⁶⁴, qui naît du constat de l'insuffisance de prise en compte de tous les aspects de la corporalité par chaque auteur indépendamment, devant la confrontation à une clinique psychomotrice variée. Ainsi, E. Pireyre, psychomotricien, décline les sous-composantes de l'image du corps en y intégrant la part physiologique, qu'il nomme sensibilité somato-viscérale et les différentes parts psychiques selon les visions psychanalytiques mais aussi neuroscientifiques.

Il décrit ainsi :

- La sensation de continuité d'existence de Winnicott⁶⁵ assimilable à l'image de base de Dolto ou à la « conscience-noyau » du neuroscientifique Antonio Damasio⁶⁶ qui prend source dans l'hypothalamus, certaines zones des cortex somato-sensoriels et certains noyaux du tronc

⁶³ *Ibid.*, p. 55.

⁶⁴ Pireyre, *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept.*

⁶⁵ Donald W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Paris: Payot, 1969).

⁶⁶ Antonio R. Damasio, *Le sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience* (Paris: Odile Jacob, 1999).

cérébral. Ces concepts rendent compte de la nécessité de chaque individu d'acquiescer à un âge précoce de la vie, un sentiment d'existence stable dans le temps pour soutenir toutes les autres fonctions somato-psychiques.

- L'identité correspondant à l'image fonctionnelle de Dolto, permise par la différenciation sensorielle dedans/dehors et soi/non soi notamment grâce au dialogue tonico-émotionnel et par l'environnement. Damasio parle cette fois de « conscience étendue » qui prend naissance dans les cortex sensoriels.

- L'identité sexuée faisant référence à l'image érogène de Dolto dépendant de l'assignation du sexe de l'enfant par les parents et des influences sociales.

- La peau physique et peau psychique issu du concept de Moi-peau de Didier Anzieu :

« Par moi-peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. »⁶⁷

- La représentation de l'intérieur du corps.

- Le tonus.

- La sensibilité somato-visérale ou sensorialité.

- Les compétences communicationnelles du corps.

- Les angoisses corporelles archaïques.

⁶⁷ Didier Anzieu, *Le Moi-peau* (Paris: Dunod, 1985).

e) Les expériences corporelles archaïques comme antériorité au langage

Arrêtons-nous sur le concept des angoisses corporelles archaïques. Tout d'abord, rappelons-nous que nous sommes, dès la naissance, des êtres principalement corporels étant donné que nous n'avons pas accès au langage et au processus de représentation immédiatement. Nos besoins fondamentaux de survie mais également nos besoins affectifs et relationnels passent par le corps (la peau, les orifices, les sens, le tonus) et par l'interaction avec le corps maternel ou son substitut dans une forme de relation fusionnelle. La mère adopte une position d'accordage⁶⁸ avec son enfant pour que ses échanges tonico-émotionnels et langagiers permettent au bébé de passer de sensations et perceptions à un sentiment de plaisir ou déplaisir qui deviendra refus ou désir. Elle module, transforme, donne sens à tout l'environnement sensoriel et morcelant du bébé. Notre corps constitue donc notre mode premier de relation au monde ce qui en fait un aspect indispensable de notre être compte tenu de l'importance des premières années de vie dans la constitution de notre personnalité. Puis le processus d'individuation s'opère grâce à l'ajustement fin de la distance relationnelle spatio-temporelle entre l'enfant et sa mère, grâce à l'expérimentation du manque, de l'absence que l'enfant va réussir progressivement à se représenter.

C'est dans cet espace du manque, entre besoin et réponse, que le jeu intervient, d'abord en explorant ses différentes parties du corps. Cela aboutit à une relative autonomie du sujet. Cette séparation est permise grâce à l'intervention d'un tiers dans la relation duelle mère-enfant ou substitut-enfant provoquant une triangulation. La mère doit également avoir psychologiquement intégré ce tiers et lui laisser une place dans la relation. Nous verrons que

⁶⁸ Catherine Potel, *Corps brûlant, corps adolescent. Des médiations corporelles pour les adolescents* (Toulouse: érès, 2015).

c'est par la constitution d'un « espace transitionnel »⁶⁹ que l'enfant parvient à cette autonomie progressive.

Ce processus de construction psychocorporelle regroupe à la fois des caractéristiques communes aux individus puisque nous avons génétiquement et physiologiquement les mêmes étapes du développement psychique (neurologique, psychologique, cognitif) et moteur mais également des caractéristiques différentes et propres à chacun selon notre histoire de vie. Même si notre programme génétique est quasiment identique, la « coloration » que va prendre notre développement et la formation de notre individualité constitue une composition unique à partir d'un mélange d'expériences avec notre environnement, du mode de relation avec nos parents et nos proches, de nos rencontres, d'évènements traumatiques aussi. Et cela marque notre corps, laisse des traces corporelles plus ou moins conscientes qui peuvent tout à fait resurgir à des moments de notre vie.

Ce qui se passe dans notre corps, comme antériorité à la parole, relève de vécus d'angoisses archaïques la plupart du temps inconscientes, décrites par les psychanalystes comme des angoisses survenant dans des moments traumatiques, lorsque des excitations d'origine interne ou externe ne sont pas appréhendables pour le bébé. M. Klein, inspirée de Freud, évoque « la crainte d'anéantissement » au moment de la naissance, constituant la première angoisse archaïque à l'origine de l'angoisse de persécution⁷⁰. Winnicott rejoint cette idée en évoquant les « angoisses disséquant primitives »⁷¹: se morceler, ne pas cesser de tomber (effondrement), ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation.

⁶⁹ Donald W. Winnicott, *Jeu et réalité. L'espace potentiel* (Paris: Gallimard, 1971).

⁷⁰ Pireyre, *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, p. 141-43.

⁷¹ *Ibid.*, p. 141-43.

Eric W. Pireyre, développe ce sujet dans le même ouvrage dans lequel il fait des liens entre la théorie sur l'image du corps et ses expériences cliniques avec des patients mais aussi ses étudiants en psychomotricité. Il évoque quatre angoisses archaïques retrouvées fréquemment en clinique, notamment chez les enfants autistes qui les vivent au quotidien mais aussi dans le vécu de morcellement du corps par le psychotique et décrit leur résurgence dans les séances de relaxation chez tout un chacun. Ce sont l'angoisse de morcellement, d'effondrement, de liquéfaction et de dévoration. Ces angoisses corporelles archaïques seraient donc présentes en chacun de nous sous forme de traces la plupart du temps inconscientes, de manière pathologique chez les autistes ou les psychotiques et en possible résurgence en chacun de nous à des moments de notre vie. Les pratiques psychocorporelles permettraient d'explorer ces angoisses archaïques et de les accompagner.

En conclusion, de par la place centrale que détient le corps dans les processus de construction et structuration psychocorporelle de notre individualité et de nos rapports au monde, les pratiques à médiation corporelle disposent d'une entière légitimité dans notre pratique psychiatrique qui vise justement à moduler, développer, modifier notre rapport à soi et au monde pour viser un mieux-être. De plus, il y aurait des fixations corporelles d'angoisse ou d'affects très précoces, comme antériorité au langage, qui ne seraient pas accessibles à la représentation et qui pourraient être retravaillées et reconscientisées par le travail psychocorporel en thérapie.

f) Le phénomène transitionnel de Winnicott

Pour compléter ce propos sur les expériences corporelles archaïques, nous décrirons l'apport théorique majeur de D.W. Winnicott (1896-1971), pédiatre et psychanalyste britannique, à

propos de ce qu'il nomme le phénomène transitionnel qu'il décline en aire transitionnelle et en objet transitionnel⁷². Ce phénomène marque le passage d'un état de fusion-indifférenciation avec l'objet premier d'attachement (la mère en général) à l'état d'individuation, de différenciation permis par un espace intermédiaire entre le réel et l'imaginaire, en soi et l'autre, entre le dedans et le dehors. Ceci est possible par la création par l'enfant de sons, de gazouillis ou d'objets « non-moi » nommés objets transitionnels (un pouce, un nounours, une poupée) qui lui permettent de garder l'illusion de la présence maternelle puis de symboliser cette absence et d'éviter ainsi la survenue de l'angoisse de type dépressif. Mais c'est d'abord par l'expérience temporo-spatiale corporelle que cette aire transitionnelle se crée. L'investissement de cet objet transitionnel va s'amoinrir mais ne disparaît jamais car « les phénomènes transitionnels deviennent diffus et se répandent dans la zone intermédiaire qui se situe entre la réalité psychique interne et le monde externe tel qu'il est perçu par deux personnes en commun ; autrement dit ils se répandent dans le domaine culturel tout entier. [...] le sujet de mon étude s'élargit [...] englobant le jeu, la création artistique et le goût pour l'art, le sentiment religieux, le rêve... »⁷³. L'homme doit constamment jouer entre sa réalité interne et la réalité externe, dans une aire d'illusion. Les médiations thérapeutiques par l'art ont cette caractéristique de recréer un espace transitionnel où ces mécanismes primitifs sont rejoués, réexpérimentés et peut-être mieux intégrés par le sujet, d'où le changement opérant.

⁷² Winnicott, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*.

⁷³ *Ibid.*, p. 35.

5. *Le mouvement et le geste vecteurs d'une expressivité*

Le mouvement fait référence au corps qui change de position dans l'espace, le geste concerne en général des parties plus précises du corps (la main, la tête, le bras) et peut avoir une intentionnalité.

Michel Guérin, écrivain et philosophe français, dans son essai sur la *Philosophie du geste*⁷⁴, pointe l'axe central de notre propos sur l'importance du corps et de son expressivité. Il dénonce l'erreur de considérer le geste comme un simple subordonné à la parole et s'emploie à démontrer le caractère affectif et expressif du geste : « le geste renforce, renchérit, concède, retire, supprime et surtout, comme on dit, « met le ton », c'est-à-dire souligne dans la parole, quel que soit son mode, les reliefs de l'expressivité. » Puis plus loin : « Le geste opère une schématisation par le corps de la pensée abstraite », « c'est un puissant révélateur des personnalités, des intérêts, des passions ». Il développe ensuite le caractère symbolique du geste et notamment de faire, donner, écrire, danser.

Les thérapies à médiation corporelle soutiennent une expressivité du corps par le mouvement et le geste, non comme subordonnés de la parole mais comme incarnation d'une subjectivité prise dans une relation. Lionel Raufast, psychologue psychanalyste nous explique cette conception de « l'intelligence du corps » qui est un concept de Christophe Dejours (psychiatre, phénoménologue) :

« C'est de penser que les mouvements du corps, la sensorialité du corps ne seraient pas que du côté de l'excitation, de la jouissance, de l'absence de pensée, mais dans certaines conditions, seraient subvertis pour exprimer quelque chose dans la relation.

⁷⁴ Michel Guérin, *Philosophie du geste* (Arles: Actes Sud, 1995).

Il y aurait une liaison entre le corps, l'expression et l'affect, qui serait une dynamique spécifique de la relation humaine et qui ne pourrait pas être confondue avec la dimension a-relationnelle du corps biologique ou de l'excitation du passage à l'acte ou de la jouissance mais ni être confondu non plus avec une reprise simple par la parole. » Il s'agirait donc dans les thérapies psychocorporelles de « se mettre en relation avec cette dimension énigmatique, autoriser son expression et repérer les accidents, les clivages, les souffrances de ce corps énigmatique, par l'écoute spécifique et les interventions thérapeutiques »⁷⁵.

Après avoir balayé les différentes notions qui touchent au corps, nous constatons la complexité des réflexions qui s'y rapportent qui oscillent entre les aspects neuro-physiologiques, psychobiologiques, phénoménologiques et psychanalytiques. A cela s'ajoute le rôle de la société qui influence largement nos représentations corporelles et peut même nous aliéner à ses impératifs.

Nous essayerons malgré tout de dégager les axes principaux qui nous permettent d'appréhender l'intérêt clinique des thérapies à médiation corporelle et l'intérêt notamment de pratiques thérapeutiques mettant en jeu le corps en mouvement.

Les thérapies psychocorporelles sont nées d'influences théoriques sur le corps assez diverses. La psychanalyse demeure une influence majeure dans beaucoup d'entre elles, ce sera l'exemple de la psychoboxe. Quelle que soit l'influence théorique, les pratiques à médiation corporelles ont un intérêt en clinique psychiatrique et nous allons essayer de comprendre dans quelles mesures.

⁷⁵ « Annexe 4 : Entretien du 12/08/2020 avec Mr Lionel Raufast.

CHAPITRE III : A l'écoute de notre violence archaïque par la pratique du corps en mouvement dans le combat : *focus* sur la psychoboxe

Dans la continuité de notre réflexion sur les pratiques à médiation corporelle en psychiatrie et sur la mise en travail de ce lieu d'intersection entre corps et psyché, nous allons à présent développer une pratique assez originale, dans le sens non conventionnel du terme, qui se nomme la psychoboxe.

La psychoboxe, est une pratique alliant deux notions qui paraissent au premier abord bien différenciées : la psychologie au sens de l'étude des comportements et processus mentaux et la boxe, sport de combat dans lequel deux compétiteurs s'affrontent à coups de poings en observant certaines règles.

Cependant, à y regarder de plus près, la psychoboxe ne se résume pas à l'association pure et simple de chacune de ces notions, mais relève plutôt d'une création *de novo* d'une pratique qui s'inspire de chacune d'elle et les dépasse.

Nous allons voir successivement, grâce aux écrits inédits de l'auteur dans un ouvrage nommé *FERIR*⁷⁶, comment cette pratique est née, en quoi elle consiste, quel est son cadre, sur quels concepts opératoires elle s'appuie et nous nous inspirerons de la pratique en psychiatrie rapportée par les cliniciens et de la théorie pour en dégager l'efficacité et les indications.

⁷⁶ Richard Hellbrunn, *FERIR*, 2015, inédit.

1. Les débuts de la psychoboxe

Il y a quarante ans, Richard Hellbrunn, psychologue clinicien et psychanalyste, développe une nouvelle pratique thérapeutique qu'il appellera par la suite psychoboxe, à partir de la confrontation de son expérience de clinicien d'une part et de professeur de boxe et de canne d'arme d'autre part. Alors qu'il travaille en tant que psychologue avec des jeunes sujets aux passages à l'acte violents dans un service de prévention de l'Elsau, il constate que le cadre classique psychothérapique basé sur la parole demeure insuffisant pour l'élaboration des problématiques de violence. Simultanément, il s'étonne de voir que les jeunes, à qui il enseigne la boxe dans un club sportif d'un autre quartier difficile de Strasbourg, se confient à lui et associent les idées de manière plus riche après un combat alors même que le lieu n'y est pas destiné.

Il commence ainsi à utiliser la boxe dans le cadre de son travail de prévention à l'adresse de personnes qui souhaiteraient interroger leur propre rapport aux situations de violence, de violence subie et/ou agie, physique, psychologique ou sexuelle. C'est par la construction d'un cadre thérapeutique spécifique, dénué de toute visée sportive et compétitive, qu'il s'emploie à y parvenir et qu'il va élaborer une théorie du passage à l'acte à partir de ses inspirations psychanalytiques.

2. Le cadre de la pratique

Dans un combat de psychoboxe, trois personnes interviennent : le pratiquant qui est dans la demande d'un travail sur lui-même, le psychoboxeur qui lui fait face dans le combat en se mettant au service du pratiquant, et non pas en le confrontant dans le but de sortir

vainqueur, et enfin l'observateur qui est garant du bon déroulement du combat. L'observateur est choisi par le pratiquant pour veiller sur lui. La psychoboxe peut se pratiquer avec ces trois personnes uniquement ou alors avec un nombre plus important de participants, ce qui enrichit les observations.

Le combat en lui-même dure 1 minute 30 secondes et se déroule à frappe atténuée avec des gants de boxe afin de ne pas blesser les protagonistes. Le psychoboxeur et le pratiquant se mettent d'accord sur une puissance de frappe avant le combat puis se déplacent dans la pièce pour se préparer au combat. Le chronomètre est enclenché dès que chaque personne est prête.

Pendant ce combat, le psychoboxeur analyse les réactions du pratiquant, sa façon d'utiliser l'espace, sa manière de se tenir debout, sa manière de se défendre ou de ne pas le faire alors qu'il prend des coups, sa manière d'attaquer l'autre mais également ses réactions émotionnelles telles que la peur, l'angoisse, la fuite... A partir de ses observations par lecture du corps et du geste en situation de combat, celui-ci utilise son corps et surtout ses poings pour souligner ce que le pratiquant met en jeu dans ce combat et tenter de provoquer un état de « débordement » pour l'amener à se confronter à une situation de difficulté psychique où les problématiques de violence surgissent. Le pratiquant peut évidemment arrêter le combat à tout moment s'il se sent en difficulté et l'observateur également s'il sent le pratiquant en difficulté.

La séance se poursuit par un temps de récupération suivi d'un temps de parole.

Le pratiquant a ainsi la possibilité de s'exprimer sur ce qui a surgi comme affects, comme souvenirs, comme représentations et ce qu'il a perçu corporellement de sa façon de combattre. Puis vient le tour du psychoboxeur de faire part de ses observations et ressentis sur ce que le pratiquant a mis en jeu dans le combat et enfin vient le tour des observateurs.

Ceci constitue le déroulement classique d'une séance de psychoboxe, mais chaque psychoboxeur s'adapte au contexte, à la personne qui demande une séance (enfant ou adulte), à sa problématique, à sa demande, aux éventuelles appréhensions qu'il exprimerait avant le combat. La psychoboxe avec des enfants, par exemple, peut nécessiter quelques variantes du cadre comme l'a expérimenté Guillaume Pagani, éducateur spécialisé dans un service de pédopsychiatrie à Wissembourg⁷⁷⁻⁷⁸. Il nous rapporte avoir élaboré un contrat à faire signer avec les parents et l'enfant visant à garantir la bonne conduite de l'enfant durant les séances. Il permet également à l'enfant qui va boxer de désigner son « ange gardien » choisi pour veiller sur lui et à la fin du combat c'est l'enfant qui donne la parole à toutes les personnes présentes afin qu'il soit acteur de sa reprise. Pendant le combat il décrit avoir déjà permis à l'enfant d'avoir un adulte *pare-excitant* pour se sentir plus protégé ou avoir à combattre assis en face de l'enfant ayant une petite taille.

Ainsi la pratique de la psychoboxe s'adapte et évolue avec les personnes qui l'utilisent.

⁷⁷ « Annexe 2.1 : Formation à la pratique de la psychoboxe à l'hôpital de l'EPSAN, intervention de Mr Guillaume Pagani, éducateur spécialisé en pédopsychiatrie », s. d.

⁷⁸ « Annexe 2.2 : Entretien téléphonique du 26/05/2020 avec Mr G. Pagani exerçant la psychoboxe en pédopsychiatrie à Wissembourg », s. d.

3. *Définition de la psychoboxe*

La psychoboxe est définie par R. Hellbrunn de la façon suivante :

« La psychoboxe a pour but de permettre à un sujet, à travers ses gestes, ses affects et ses représentations, de remettre en jeu l'universalité des processus et la singularité des positions qui émergent de sa confrontation à ce qui lui est violence dans son corps, sa parole et ses actes. Des combats libres à frappe atténuée effectués dans un cadre formellement défini quant aux mouvements qu'il autorise, contient, transforme et porte à l'intelligibilité, font apparaître le travail d'une image inconsciente du corps, dont la dynamique est secondairement reprise par une parole visant à la reconnaître, à l'élaborer et à lui permettre de s'engager dans une évolution propre.

La psychoboxe ne se soutient que de l'ouverture d'une scène qui appelle un sujet à interpréter sa violence en la précipitant dans des formes perceptibles. »⁷⁹

4. *Les concepts opératoires*

Un certain nombre de concepts théoriques sont utiles pour comprendre l'efficacité de cette pratique.

Tout d'abord, son fondement tient au positionnement que l'on porte vis-à-vis de la violence. D'une manière générale, beaucoup de gens pensent que la violence est étrangère, du côté du mal, qu'elle concerne les autres, qu'elle fait peur. D'autres personnes la voient au contraire comme un phénomène universel et profondément humain.

⁷⁹ Richard Hellbrunn, « Chapitre 2 : Position de la psychoboxe », in *FERIR*, 2015, p. 12-13.

R. Hellbrunn parle de « violence archaïque » pour désigner une pulsion d'agression, présente en chaque humain, provenant de résidus psychiques des époques primitives⁸⁰⁻⁸¹ qui traverserait les générations et qu'il met en lien avec la pulsion de mort : « La violence archaïque, en effet, ne nous est accessible que par des traits qui constituent des retombées d'une destructivité pure, non érotisée, qui fait partie de la pulsion de mort. » « Elle s'attaque directement au corps, et ne se combine, éventuellement, que secondairement à des représentations plus élaborées et plus complexes. Elle trouve une représentation privilégiée dans le diasparagmos et l'omophagie, mais cette représentation ne correspond qu'à une reconstruction après-coup, rendue nécessaire pour sortir de l'effet de morcellement qu'elle induit, transversalement, du corps à la pensée. »

Il énonce plus loin : « la violence archaïque représente en l'humain une prédisposition permanente à l'irruption d'une quantité débordante d'énergie qui fait effraction, tant dans son appareil psychique incapable de la réguler quels que soient les contenants culturels, les appareils religieux ou législatifs dont il dispose, que dans l'espace collectif. La violence est alors, avant d'être représentable, avant d'être nommable, l'expérience brute d'un ébranlement profond, d'un débordement, qui ne trouvera que secondairement à se lier, toujours de manière imparfaite. La psychoboxe autorise une traversée homéopathique de la violence archaïque, l'expérience centrale du débordement nous y renvoie, avec la possibilité d'en revenir, altéré, ou réaltéré, d'en savoir enfin quelque chose. »

La violence archaïque est donc un phénomène irreprésentable, difficilement maîtrisable qui surgit en nous et souvent par l'acte. Cette violence archaïque étant portée par notre image

⁸⁰ Sigmund Freud, *Totem et Tabou* (Paris: Payot, 1913).

⁸¹ Sigmund Freud, *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (Autriche, 1939).

du corps, la psychoboxe propose d'en retrouver des fragments justement par la mise en scène de cette image du corps dans une situation de combat qui permet le réveil de cette violence.

L'image du corps en psychoboxe⁸² est celle décrite par F. Dolto enrichie de développements nouveaux et spécifiques. L'image de base se décline en « image de base d'appui » et « image de base cohésive ». L'image de base d'appui correspond au fait de tenir debout et de tenir contre quelqu'un dans le combat, d'être narcissiquement présent devant la personne en face, « lorsque l'image de base d'appui est atteinte, les appuis au sol vacillent, même lorsque la pression est faible, et dans les cas extrêmes, cela peut aller jusqu'à l'effondrement »⁸³. L'image de base cohésive correspond au fait de rester rassemblé, unifié. Si elle est atteinte, ce sont les vécus de morcellement du corps qui surviennent. Cet état de morcellement, de délitement de l'image de base cohésive, est provoqué par le « débordement » qui consiste à provoquer un état de dépassement des défenses psychiques à partir d'une succession de légers coups donnés au niveau du visage et d'enfermement du corps dans l'espace. Le psychoboxeur doit savoir provoquer ce débordement avec finesse, « il ne faut pas déborder les défenses à tout prix. Nous ne pouvons le faire que si, en repérant la plasticité, la fluidité, de l'image du corps et la souplesse des défenses du sujet, nous pensons qu'il est capable de supporter cette épreuve sans dommage. »⁸⁴ Cet état de débordement est visible chez le sujet qui adopte des réactions de retrait (du regard, de la tête, les poings en avant) et de

⁸² Richard Hellbrunn, « Chapitre 3 : L'image du corps en psychoboxe », in *FERIR*, 2015.

⁸³ *Ibid.*, p. 26.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 28.

déséquilibre ensuite par altération de l'image de base d'appui. Ces deux images de base sont en effet étroitement liées.

L'image d'action quant à elle, comme son nom l'indique, est portée par le mouvement, « elle est recherche de la « bonne distance », toujours nécessairement tâtonnante, elle est exploration et utilisation de l'espace, expansion ou rétractation »⁸⁵. Elle porte déjà une pensée mais dans l'action même. R. Hellbrunn distingue l'image d'action « défensive » (de fuite ou d'esquive, de protection et de blocage, d'attaque ou de destruction) qui permet au sujet de se défendre contre les attaques et l'image d'action « offensive » (une enveloppante et une pénétrante) qui vise à contenir, maîtriser, atteindre, pénétrer l'objet et qui rejoint la notion d'emprise. L'image du corps érogène et fonctionnelle peuvent également être perçues en psychoboxe.

Ces images du corps, observables dans un combat de psychoboxe, correspondent intimement à l'histoire du sujet. Elles portent des fantasmes, des souvenirs traumatiques, des affects, des représentations du sujet et peuvent surgir soit pendant le combat, dans les suites immédiates ou bien plus tard. Ce qui est souligné est que ces images du corps sont plastiques, elles changent d'un combat à l'autre. Et notamment l'image de base cohésive qui subit des expériences de morcellement par le débordement puis de réunification. Ces changements dans l'image du corps, soutiennent des processus de symbolisation par réunification d'affects, de gestes et de représentations, qui font sens pour le sujet, qu'il peut ainsi réintégrer dans son histoire.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 28.

Quand l'acte violent est quelque chose qui survient comme un trou, une précipitation dans le réel sans passer par l'élaboration de la pensée et du langage, la reprise de ces mécanismes archaïques est permise par la mise en mouvement et l'ébranlement puis la reconstruction des composantes de l'image du corps dans une situation sécurisée de combat.

Les fragments archaïques peuvent ainsi se conscientiser, se lier aux processus psychiques dans une boucle symbolique, l'acte fait alors sens pour le sujet et peut par la suite ne plus être cette précipitation non maîtrisable. Une ouverture, un décalage peut se faire entre le sujet et ses affects, le fantasme peut revenir dans la boucle et permettre ainsi d'éviter l'acte.

Ce travail de réunification symbolique entre gestes, affects, représentations est possible par une élaboration du côté de la parole, soutenue par le psychoboxeur et les observateurs qui renvoient des choses au pratiquant et qui peuvent faire écho en lui.

5. La pratique de la psychoboxe en psychiatrie : rencontre avec des praticiens.

Afin de me représenter ce qu'est un travail en psychoboxe dans le milieu psychiatrique, je me suis tournée vers des praticiens, psychologues et éducateurs qui puissent partager leur expérience dans ce domaine. Tout d'abord il est important de préciser que la pratique de la psychoboxe reste très anecdotique en psychiatrie. J'ai trouvé quelques services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte qui l'utilisent mais le premier constat est qu'elle ne dispose pas d'une longue carrière en psychiatrie pour le moment. Tous les praticiens s'accordent pour lui trouver un intérêt indéniable dans la clinique et sont convaincus de ses effets thérapeutiques, cependant, ils regrettent également ne pas avoir une pratique plus soutenue en termes de temps et donc une expérience suffisante.

Dans mes entretiens, je me suis concentrée sur les aspects institutionnels pour cerner d'où vient la demande de formation, comment la psychoboxe est pratiquée et quelles sont ses limites. J'ai également demandé aux praticiens de me donner des exemples de prise en soins et de m'indiquer ce qui, pour eux, paraît efficient dans cette pratique.

La psychoboxe n'étant pas une pratique courante en psychiatrie, elle émerge dans les services *via* une demande spécifique. A Lyon⁸⁶, la demande est provenue de deux situations de passage à l'acte violent émanant d'adolescents suivis en pédopsychiatrie, causant pour l'une la mort d'un soignant. Devant l'incompréhension et la brutalité de ces actes, les équipes étaient en grande difficulté. Le dispositif de la psychoboxe, mis en place à l'attention des soignants dans un premier temps a permis de remettre du sens dans ce qui s'est passé, à chacun de comprendre les réactivations psychiques que ces événements ont pu provoquer en eux. Ensuite, cette pratique a éveillé l'envie chez Mr Lefevère, psychologue clinicien, et chez d'autres soignants de la pratiquer, cette fois-ci à l'attention des patients suivis. Dans le cas de Mulhouse⁸⁷ en psychiatrie adulte, la demande est survenue à partir de problématiques cliniques complexes, chez un patient notamment, qui perpétrait des passages à l'acte violents auto agressifs sans en avoir conscience, sans même s'en souvenir mais également chez des patients aux personnalités état-limite qui présentent des problématiques d'impulsivité et de violence majeures. C'est donc devant une insuffisance des moyens classiques à notre disposition pour comprendre et accéder à ses problématiques de violence, que la pratique psychoboxe a débuté dans ces services.

⁸⁶ « Annexe 1 : Entretien téléphonique du 10/01/2020 avec Mr Frédéric Lefevère, psychologue clinicien, exerçant la psychoboxe dans un service de pédopsychiatrie à Lyon », s. d.

⁸⁷ « Annexe 3 : Entretien du 16/10/2020 avec Mme Marie Luthringer, psychologue clinicienne ayant exercé la psychoboxe en psychiatrie adulte à Mulhouse », s. d.

En pédopsychiatrie à l'EPSAN⁸⁸⁻⁸⁹, c'est une demande de formation plus classique qui a conduit à sa pratique tout en répondant à des problématiques cliniques notamment de maltraitance et d'abandon.

Les indications à cette pratique étaient toujours les mêmes, des patients ayant été victimes et/ou auteurs (passage à l'acte suicidaires, passage à l'acte hétéro-agressif) de violence physique, psychologique ou sexuelle. A Mulhouse par exemple « c'était des personnes, à court de discours, encore ancrées par leur histoire, qui étaient souvent depuis longtemps dans le circuit de la psychiatrie. On voulait apporter autre chose parce qu'elles dégageaient beaucoup de violence, disaient des choses avec beaucoup d'agressivité. Elles avaient une violence dans ce qu'elles avaient vécu mais aussi dans ce qu'elles pouvaient projeter sur les autres »⁹⁰. En pédopsychiatrie à Lyon les troubles du rapport au corps et notamment les troubles du comportement alimentaires sont aussi des indications à la psychoboxe.

Lionel Raufast, psychanalyste, exerçant la psychoboxe en cabinet libéral ajoute aux indications : « les relations compulsivement conflictuelles dont on ne se sort pas, les relations d'emprise (exercer un contrôle violent sur l'autre), soit du côté passif soit du côté actif soit un subtil mélange des deux. Donc les phénomènes de violence comme symptôme. » Il donne aussi l'indication plus large mais privilégiée des thérapies à médiation corporelle de « ces problématiques limites où le corps est à la fois au centre de la symptomatologie et maintenu soigneusement éloigné de la relation thérapeutique »⁹¹.

⁸⁸ « Annexe 2.1 : Formation à la pratique de la psychoboxe à l'hôpital de l'EPSAN, intervention de Mr Guillaume Pagani, éducateur spécialisé en pédopsychiatrie ».

⁸⁹ « Annexe 2.2 : Entretien téléphonique du 26/05/2020 avec Mr G. Pagani.

⁹⁰ « Annexe 3 : Entretien du 16/10/2020 avec Mme Marie Luthringer.

⁹¹ « Annexe 4 : Entretien du 12/08/2020 avec Mr Lionel Raufast.

Il est également nécessaire que les patients acceptent cette médiation et qu'ils aient « le désir de passer par une mise en scène qui implique le corps. Certaines personnes préfèrent juste en parler, certaines ne sont pas prêtes, elles ont peur qu'en passant par le corps ça explose puisque le corps ne peut être que jouissance »⁹².

Concernant le cadre de la pratique, celui-ci est la plupart du temps identique à celui posé par R. Hellbrunn, tout en étant modulable en fonction du public visé et des problématiques individuelles. Le nombre de séances n'est pas identique pour chaque patient, il s'adapte à la problématique et à la demande du patient en psychiatrie adulte, il est plus codifié en pédopsychiatrie puisque posé institutionnellement comme groupe thérapeutique. Souvent, quelques séances voire une seule suffisent pour faire opérer le processus de symbolisation et voir des effets, notamment chez l'adulte qui est en général en capacité d'élaborer. Chez les enfants et les adolescents, G. Pagani⁹³ nous apprend que le processus de symbolisation est plus lent, la verbalisation et l'expression émotionnelle est plus difficile, il y a des régressions d'une séance à l'autre. Il pense que plus de 10 séances sont nécessaires pour faire émerger des processus thérapeutiques.

Chez l'enfant et l'adolescent, une des difficultés est de rendre compte du caractère sérieux de la médiation, de ne pas coller au côté ludique. Les débordements pulsionnels sont également à maîtriser, ils se montrent impatients, ils transgressent souvent le cadre de l'atelier, ce qui n'est pas une problématique d'adulte en général.

Du côté des thérapeutes formés, ils appartiennent à tous les corps de métier du milieu de soins : médecins, éducateurs, infirmiers, psychologues, psychomotriciens. Plusieurs membres

⁹² *Ibid.*

⁹³ « Annexe 2.2 : Entretien téléphonique du 26/05/2020 avec Mr G. Pagani.

d'une même équipe doivent être formés pour mettre en place des binômes de thérapeutes et permettre une véritable réflexion clinique. La formation comporte en général 6 journées, elle se fait par une approche théorique et surtout une expérimentation pratique : « On n'a pas l'habitude d'être dans cet éprouvé corporel là. De l'avoir fait soi-même, c'était très intéressant parce que, moi qui n'avais jamais boxé, c'est de voir qu'on se prend au jeu, c'est une autre écoute de son corps, c'est un éprouvé corporel nouveau, différent. »⁹⁴ Des supervisions par un psychologue en général sont faites systématiquement dans les lieux interrogés.

Concernant le positionnement du thérapeute, il se doit d'être précis, toujours dans cette malléabilité et nécessitant une spécificité qui est d'être attentif à sa propre image du corps et à ses effets sur le pratiquant. Par sa fluidité et sa plasticité, son image du corps permet de souligner celle du pratiquant, sans l'envahir.

A propos des observations cliniques, G. Pagani nous parle de spécificités chez l'enfant : il décrit une récurrence de la thématique de culpabilité chez l'enfant victime de violence et du manque de confiance en soi. Dans le combat lui-même, il observe souvent des mécanismes de fuite, de pirouettes ou d'adossement contre le mur pour se protéger. L'image du corps chez l'enfant est très parlante, on peut lire beaucoup de choses dans leur regard, dans les postures, les réactions. L'image du corps est souvent instable, élastique chez l'enfant victime de violence.

⁹⁴ « Annexe 3 : Entretien du 16/10/2020 avec Mme Marie Luthringer.

6. *Synthèse théorique et clinique de l'efficacité de cette pratique*

L'efficacité de cette pratique tient à plusieurs aspects de la médiation, à la fois de son cadre spécifique et de la médiation en elle-même :

-Les problématiques de violence sont reconnues, mises en avant, travaillées. C'est un espace qui permet de s'y confronter. Le patient se sent entendu sur cette problématique précise, ce qui n'est pas forcément le cas dans les autres thérapies à médiation qui visent peut-être plus la sublimation des pulsions ou des affects.

« On est tellement dans une crainte de la violence alors qu'on a tous une violence en nous et on passe notre temps à la dénier, alors qu'il s'agirait de l'affronter pour ne plus en avoir peur [...] on leur proposait un cadre où on parle de cette violence, on va même la mettre en acte, dans un endroit où vous allez être protégé où contrairement aux autres fois ce n'est pas vous qui subirez ces violences c'est vous qui choisissez quand ça commence et quand ça s'arrête. Vous pouvez être actrice de quelque chose que vous avez subi plusieurs années. »⁹⁵

-L'espace de transitionnalité que nous avons défini plus haut, qui se situe entre la dimension du réel et de l'imaginaire, et qui permet l'émergence du processus de symbolisation, est ici particulier. En effet nous nous situons dans un entre-deux, un espace sécurisé, bienveillant, où l'on met en scène le corps en situation de combat, combat réel sans l'être vraiment. Les coups sont réels, atteignent le corps de l'autre mais c'est en ça qu'ils réveillent des phénomènes archaïques de violence chez le sujet. Celui-ci sait que l'on touche à quelque chose de vécu, de profond, de difficile. Mais en même temps, les coups ne font pas mal au sens de la douleur physique. Le sujet n'est pas en danger dans son intégrité physique.

⁹⁵ « Annexe 3 : Entretien du 16/10/2020 avec Mme Marie Luthringer.

C'est dans cet espace intermédiaire entre jeu et réalité que le processus de symbolisation opère.

-Le transfert avec le thérapeute est présent mais passe principalement par son corps. L'aspect du corps du psychoboxeur, sa taille, sa corpulence, son âge est déjà un pré-transfert dans la mesure où beaucoup de patients, notamment ceux qui agissent la violence, ont peur de déborder de violence et de blesser l'autre. S'il paraît fragile, cette peur sera d'autant plus importante et le combat sûrement différent. Chez les enfants aussi cette peur est très présente. « Il faut faire attention à ne pas mettre l'enfant en situation de détresse en le confrontant à l'angoisse d'avoir fait mal au corps de l'autre et surtout de l'adulte. On peut travailler ça, sans se détruire pour de vrai. »⁹⁶ Le transfert opère ensuite pendant le combat par différentes composantes : le regard principalement et ce qu'il dégage, « il y a cet autre en face qui renvoie quelque chose dans son visage »⁹⁷, le positionnement du corps et son intention : attaquer, se défendre, tenir bon. Les images du corps des deux protagonistes entrent ainsi en résonance. La personne en face peut aussi être prise pour quelqu'un de proche, une figure paternelle ou maternelle par exemple, notamment chez les enfants, ou être prise pour la personne auteur des violences subies. C'est l'intention du geste de combat qui renvoie quelque chose au sujet et non pas des mots dans l'immédiat.

-La réinjection d'une boucle symbolique entre la gestuelle, les affects, les représentations, la parole qui permet au sujet d'accéder à cette violence archaïque dont il ne perçoit que des fragments par ses actes ou ses affects. Cet accès est permis par la mobilisation de l'image du corps dans le combat et c'est par sa plasticité qu'elle pourra également modifier les

⁹⁶ « Annexe 2.1 : Formation à la pratique de la psychoboxe à l'hôpital de l'EPSAN, intervention de Mr Guillaume Pagani, éducateur spécialisé en pédopsychiatrie ».

⁹⁷ « Annexe 3 : Entretien avec Marie Luthringer.

processus psychiques qui s’y rapportent. Ces fragments peuvent ainsi s’assembler et faire sens dans l’histoire personnelle du sujet. Il peut ainsi se décaler de l’immédiateté, du réel de ces fragments et de changer son positionnement par rapport à la violence.

-La reprise par une parole libre des ressentis de chacun des participants. Il s’agit d’accompagner les ressentis, les affects qui peuvent surgir suite au combat, de permettre une élaboration sur ce qui s’est déroulé, de mettre des mots sur des ressentis. Le retour des observateurs est également capital pour que le pratiquant fasse des liens avec ses ressentis. « Ça permet de mettre des mots sur ce que la personne n’arrive pas à dire elle-même. C’est une manière de prêter ses mots à l’autre. S’il y a quelque chose à y comprendre ça va s’inscrire dans l’inconscient. »⁹⁸

- Par ailleurs, la psychoboxe est souvent utilisée dans d’autres milieux que la psychiatrie : les foyers pour adolescents type MECS, CEF mais également pour des équipes de soins ou éducatives qui traitent au quotidien des problématiques de violence. C’est ce que nous a décrit L. Raufast dans sa pratique dans ce genre de structures. Il décrit également une « sorte d’hybridation entre la psychoboxe et la psychanalyse pour des adultes qui ont souvent un fonctionnement *borderline* mais très socialisés et occupant des places sociales plus valorisantes (artistes, universitaires) mais qui conservent une intelligence du corps qu’ils mettent en scène même s’ils veulent encore faire des séances de psychanalyse »⁹⁹.

D’ailleurs, M. Luthringer reconnaît aussi l’intérêt d’alterner les types de thérapies : « Moi qui suivais ces patients en thérapie ça redonnait une dynamique. Pour certaines, le fait que ça se poursuive en thérapie fait qu’elles n’avaient pas forcément besoin de retourner dans le

⁹⁸*ibid.*

⁹⁹ « Annexe 4 : Entretien du 12/08/2020 avec Mr Lionel Raufast.

combat. Par contre je pense qu'il faut trouver le bon moment dans la relation thérapeutique. »¹⁰⁰

Les limites à la pratique de la psychoboxe en psychiatrie tiennent d'abord à la volonté des soignants de se confronter aux problématiques de violence, puis à la possibilité institutionnelle de la maintenir en place : salle suffisamment grande et disponible, temps suffisant d'au moins 1h pour deux thérapeutes à la fois, temps de reprise clinique. D'un point de vue clinique, les troubles psychotiques sont peu indiqués compte tenu d'un risque d'aggraver le vécu de morcellement du corps et les traumatismes récents également.

D'un point de vue plus transversal, la psychiatrie est souvent interpellée pour éteindre les problématiques de violence, par des méthodes rapides et chimiques, ce qui ne favorise pas cette approche plus compréhensive de la violence.

¹⁰⁰ « Annexe 3 : Entretien du 16/10/2020 avec Mme Marie Luthringer.

CHAPITRE IV : Le mouvement dansé soutenant le processus thérapeutique en danse-thérapie

1. Qu'est-ce que la danse ? Qu'est-ce que danser ?

D'après l'encyclopédie Larousse, la danse¹⁰¹ se définit comme l'« art de s'exprimer en interprétant des compositions chorégraphiques ; activité qui s'y rapporte. » et « langage codifié avec le temps, la danse est l'accomplissement d'un ensemble de gestes, de figures et de pas qui ont soumis à leurs règles les impulsions naturelles de l'homme ».

Cette définition simplifiée peut être enrichie par le caractère universel de la danse, car elle est présente dans toute culture humaine depuis les cultures primitives. Elle a la particularité de s'ancrer dans la gestuelle du quotidien et de la transcender pour aboutir à une gestuelle dansée sans but précis. En effet le geste dansé n'est là que pour lui-même, il ne vise pas l'accomplissement d'une action pour produire quelque chose.

Ainsi, la danse porte une valeur symbolique importante car est présente dans les moments importants de la vie des hommes : les rites, les cérémonies, les changements de saisons et se montre indéniablement liée au sacré et à la religion. Elle participe donc à soutenir l'identité d'une culture.

A côté de ce caractère identitaire et sacré de la danse, s'insère le caractère divertissant, de spectacle développé par de nombreux courants de danse.

¹⁰¹ « Encyclopédie Larousse en ligne - danse », consulté le 2 novembre 2020, <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/danse/39587>.

En bref, nous avons tout un chacun à faire avec la danse au moins une fois dans notre vie, de par notre culture et nos rapports aux autres. C'est très souvent dans sa fonction de rassemblement, de cohésion entre les hommes et de mémoire de l'humanité qu'on la retrouve.

L'action de danser en tant que telle, mobilise toutes les composantes corporelles, par l'action de se mouvoir de différentes manières, en dehors de toute visée instrumentale, en mettant en forme des figures du mouvement dans un espace-temps défini, en déployant une certaine énergie, souvent en lien avec un rythme, de manière solitaire ou interrelationnelle¹⁰².

Comme le dit si poétiquement Michel Guérin, « danser c'est à la lettre, tuer le temps en l'abîmant dans le corps. Le danseur est d'abord un désœuvré ; il a évacué la préoccupation et ce n'est que la présence - ou plutôt l'évidence - du corps qui le sépare de l'ennui. Le temps de la danse, c'est le présent - non pas le présent de la conscience, toujours frangé de mémoire et d'attente, approximatif, instable, fantaisiste même. C'est un présent sans déception, qui trouve refuge dans une présence : celle du corps »¹⁰³.

Dans ce caractère universel et pluriel qu'est le monde de la danse, un mouvement de thérapie s'est créé : la danse-thérapie. Nous verrons dans quelles mesures cela s'est fait et en quoi cela est différent d'une production artistique à des fins esthétiques.

¹⁰² Benoît Lesage, *La danse dans le processus thérapeutique : fondements, outils et clinique en danse-thérapie*, érès, 2005, p. 12.

¹⁰³ Guérin, *Philosophie du geste*, p. 69.

2. *Définition et historique de la danse-thérapie*

La danse-thérapie est en réalité plurielle car elle comporte plusieurs courants selon le type de danse auquel elle se réfère (danse classique, danse moderne, danse primitive) et selon les influences théoriques (Freud, Lacan, Jung, Adler) qui l'inspirent¹⁰⁴.

Le premier mouvement de danse-thérapie est celui né sur la côte est des Etats-Unis, s'inspirant de la danse moderne puis contemporaine à partir des années 1940.

Pour information, la danse moderne est un courant de danse né au XX^e siècle, aux Etats-Unis et en Allemagne, dans une volonté de s'affranchir de la rigidité du ballet classique. Elle se base sur la découverte de nouveaux mouvements plus libres, par lesquels les appuis et la gravitation y sont explorés et s'inspire des émotions pour chorégrapier, mais la danse moderne est également un moyen d'expression des émotions. De grands danseurs tels Isadora Duncan, Martha Graham, Loïe Fuller, Ted Schawn, Ruth Saint-Denis, parmi d'autres, en sont les pionniers. La danse contemporaine est née quant à elle après la Seconde Guerre mondiale et poursuit l'élan libérateur du mouvement de la danse moderne mais en y mélangeant d'autres disciplines artistiques (théâtre, cirque, littérature...).

C'est Marian Chace (1896-1970), formée à New-York dans la compagnie Denishawn, qui à partir de ses expériences de danseuse et d'enseignante, développe des improvisations de groupe par le mouvement dansé associé à la verbalisation, dans l'hôpital psychiatrique Sainte-Elisabeth de Washington avec des patients. Elle s'inspire de la théorie adlérienne et de l'approche relationnelle du psychiatre Sullivan pour développer une méthode de danse-

¹⁰⁴ Lesage, *La danse dans le processus thérapeutique*, p. 335-44.

thérapie qu'elle nomme *Dance Movement Therapie*¹⁰⁵. Elle se base sur les productions gestuelles du patient qui émaneraient de conflits psychiques pour les transformer, les intégrer dans un mode de communication de groupe et ainsi permettre un changement psychique par la symbolisation. Elle devient la première présidente de l'ADTA (*American Dance Therapy association*) en 1965 qui soutient encore aujourd'hui la pratique de danse-thérapie par le mouvement.

L'autre courant de danse-thérapie, issu de la danse moderne, est celui né sur la côte ouest des Etats-Unis, s'inspirant des théories du psychanalyste C.G. Jung et du courant expressionniste, porté par la danseuse chorégraphe allemande Mary Wigman (1886-1973), le danseur chorégraphe hongrois Rudolf Laban (1879-1958), la danseuse suisse Trudi Shoop (1904-1999) et la danseuse et analyste Mary Starks Whitehouse (1911-1979). Mary Wigman tend, par ses chorégraphies, à exprimer ses ressentis psychiques profonds et à les mettre en forme par le mouvement, sans viser l'esthétique du mouvement. Trudi Shoop élabore un travail corporel avec des schizophrènes afin de réunifier leur image du corps, d'améliorer leur conscience corporelle, de favoriser leur expressivité et leur interaction avec le monde. M.S. Whitehouse, développe l'exploration de l'inconscient par la danse en utilisant la méthode de « l'imagination active » de C.G. Jung, c'est-à-dire en explorant par la pensée les images mentales venant notamment de l'inconscient puis en les mettant en mouvement dans un dispositif formé par un *mover* (bougeur) et un *witness* (témoin) qui fait résonner en lui ce qu'il observe du mouvement émergeant chez le *mover*. Janet Adler reprend et développe

¹⁰⁵ Sharon Chaiklin, « Biographie de Marian Chace », consulté le 29 octobre 2020, <https://www.adta.org/marian-chace-biography>.

cette pratique dans les années 1980 sous le nom de « mouvement authentique »¹⁰⁶.

R. Laban, apporte une avancée dans la recherche en danse en élaborant des outils et méthodes pour analyser le mouvement nommée la *Laban Movement Analysis*.

La kinésithérapeute Laura Sheelen se situe également dans le courant jungien. Elle exerce en Europe en élaborant des ateliers rituels qu'elle nomme « mythodrames », inspirés de la danse et du théâtre, dans lesquels elle propose aux participants des gestes porteurs de symboliques et où chaque personne détient un rôle précis dans un ensemble permettant un décalage par rapport à son narcissisme. A partir d'un mouvement brut porteur d'une émotion, elle cherche à un niveau supérieur de représentation en travaillant sur ce mouvement afin de se détacher de l'émotion.

Un autre mouvement de danse-thérapie se construit autour de la danse classique, ancrée dans la culture occidentale et des inspirations freudiennes. Pour Elaine V. Siegel, la danse-thérapie par le classique permet une mise en scène d'un moi Idéal et permet d'améliorer cette image du Moi et de *dé-somatiser* des points de fixation corporels.

Rose Gaetner, psychomotricienne française, utilise depuis les années 1950 le côté esthétique de la danse classique, la danse de couple et la danse folklorique pour permettre un travail sur la valorisation narcissique du sujet en thérapie en se basant sur les théories du stade du miroir et du dialogue tonico-émotionnel. Elle pratique en psychiatrie d'adultes et d'enfants à Paris.

¹⁰⁶ Françoise Broillet, « Mouvement authentique », dansethérapie, consulté le 29 octobre 2020, <https://www.dansetherapie.ch/mouvement-authentique>.

Le dernier courant, nommé Danse-Rythme-Thérapie, est issu de l'Expression Primitive. Il est porté en France par la psychanalyste et danse-thérapeute France Schott-Billmann¹⁰⁷.

L'Expression Primitive est une technique du danseur haïtien HERNS Duplan qui s'est inspiré, dans les années 1970, des recherches sur la construction rythmique et la symbolique du mouvement dans les musiques noires et blanches de la chorégraphe et anthropologue Katherine Dunham.

La Danse-Rythme-Thérapie remet au goût du jour les danses populaires et tribales collectives dans ses fonctions sociales mais en déconstruisant leur côté folklorique pour aboutir à une danse « minimaliste et essentielle, sobre et puissante »¹⁰⁸. Elle met en lien le rythme, la transe, la répétition du mouvement. Elle s'inspire des théories anthropologiques de Claude Lévi-Strauss et psychanalytiques de J. Lacan sur les fonctions symbolisantes de la tradition orale (musique, conte, chant, danse, poésie). « Il en résulte une danse très physique, au rythme puissant, aux mouvements amples, danse sans frontières, aux sources variées, transculturelle, qui témoigne à la fois de l'unité et de la diversité de l'humanité. »¹⁰⁹

Nous pouvons déduire de cet aperçu historique des courants de danse-thérapie, que ceux-ci sont loin d'être homogènes dans leur pratique et dans leurs inspirations théoriques même si la psychanalyse reste tout de même le courant de pensée premier pour expliquer les mécanismes thérapeutiques de la danse.

Nous allons à présent nous intéresser à la pratique de la danse-thérapie en psychiatrie.

¹⁰⁷ France Schott-Billmann, *Quand la danse guérit* (Paris: Le Courrier du Livre, 2012), p. 275.

¹⁰⁸ Schott-Billmann, p. 275.

¹⁰⁹ Schott-Billmann, p. 272.

3. Les médiations danse en psychiatrie : rencontre avec des praticiens

On distingue deux sortes d'ateliers danse avec les patients en psychiatrie : les premiers sont des ateliers montés par des soignants, formés à la danse-thérapie, dans lesquels des objectifs thérapeutiques sont visés et les seconds sont des ateliers faisant intervenir un danseur professionnel dans lequel la visée s'avère différente.

Je dois souligner ici la difficulté qui m'a été donnée de trouver des lieux en psychiatrie où ces pratiques sont développées. Il n'y a en effet aucun recensement de ces pratiques dans ce milieu. C'est par le biais de l'association des psychomotriciens du Rhin que j'ai pu rencontrer deux danse-thérapeutes travaillant en hôpital de jour de psychiatrie adulte et un danseur de l'Opéra National du Rhin intervenant en psychiatrie adulte également. Il aurait été intéressant, si le temps me l'avait permis, d'étendre mes recherches à d'autres régions de France, qui certainement auraient apporté une richesse à mes propos.

a) Les ateliers de danse-thérapie

Les ateliers de médiation par la danse ne sont pas toujours nommés comme tels. En fait, les praticiens animant ces ateliers leur donnent souvent un nom original comme « corps en mouvement » ou « rythm *and* bouge » par exemple. Les inspirations des pratiques par les thérapeutes sont variées et ne relèvent pas forcément uniquement de la danse. Chaque thérapeute élabore un atelier original en fonction de ses courants de formations et de son expérience. Je parlerai donc de deux types d'ateliers qui se déroulent à l'hôpital de jour de Mulhouse, faisant partie du Centre Hospitalier de Rouffach. Moi-même ayant participé à l'un de ces ateliers lors d'un stage en psychiatrie adulte à l'hôpital de Mulhouse, je retrouve des similitudes.

Sur le plan du cadre, ces ateliers sont faits la plupart du temps en groupes d'environ 4 à 6 personnes, de manière hebdomadaire, pendant plusieurs mois pour favoriser l'émergence de processus. Deux thérapeutes sont présents, l'un participant corporellement avec les patients, l'autre étant plus en position d'observateur.

Toute indication à un atelier est discutée en équipe, le médecin prescrivant la médiation. Pour commencer, Valérie Colombo, infirmière et danse-thérapeute nous décrit l'importance de la sensibilité du patient à la médiation en question : « C'est aussi une question d'intérêt et de goût, certains ont un certain attrait pour la musique, pour bouger leur corps et ça, ça ne s'invente pas. »¹¹⁰

Ensuite, les indications cliniques retrouvées sont : les difficultés d'expression et de verbalisation (carences éducatives et sociales, inhibition, déficit intellectuel, barrière de la langue, personnes déscolarisées), les personnes souffrant de difficultés relationnelles, les personnes présentant des troubles du schéma corporel, les personnes souffrant d'atteinte à l'intégrité physique (maltraitance, accident, traumatisme), les troubles anxieux et dépressifs (burn-out).

Des objectifs thérapeutiques individuels clairs sont construits avec chaque patient et des bilans réguliers sont réalisés pour évaluer l'état de réalisation de ces objectifs.

¹¹⁰ « Annexe 5 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Valérie Colombo, infirmière et art-thérapeute à l'hôpital de jour de psychiatrie adulte de Mulhouse », s. d.

La trame du déroulement des ateliers est souvent identique :

-Un temps préliminaire de parole permettant aux participants d'exprimer leur état émotionnel ou leurs pensées du moment, permettant au thérapeute de s'imprégner de l'ambiance du groupe et aux participants de déposer des pensées qui pourraient les empêcher de se concentrer pleinement sur la médiation.

-Un temps de « *body-scan* » pendant lequel on écoute attentivement notre état corporel du moment, les tensions ou douleurs éventuelles. Puis peut survenir un moment d'exploration des différentes parties du corps en décomposant les structures (par exemple osseuse, musculaire, cutanée) par différentes techniques de toucher sans, puis avec des objets, seul, puis avec une autre personne. Le but étant un recentrage sur l'instant et d'obtenir un état supérieur de conscience corporelle pour faciliter ensuite un travail psychocorporel plus approfondi.

-Le temps de danse proprement dite vient ensuite. Celui-ci peut être une reproduction de gestes chorégraphiques amenés par le thérapeute ou créés par les participants ou de l'improvisation dirigée (avec des consignes) ou libre. Ce travail d'improvisation porte en général sur certains aspects de résonance somato-psychique. Par exemple, cela peut être un travail de groupe sur la distance relationnelle dans le mouvement dansé, un travail sur le regard de l'autre, un travail sur la proximité physique, le toucher qui est souvent difficile pour les patients, un travail sur la prise de contenance corporelle soutenant un sentiment d'identité. La musique, le rythme et les objets sont des moyens privilégiés pour l'exploration du mouvement dansé. V. Colombo nous donne un exemple d'un tel travail :

« On essaie de chercher des dynamiques différentes. J'aime bien travailler sur l'idée de mouvement aquatique, sur la fluidité, la détente. La respiration se met en place quasiment seule. Ensuite ils essaient de trouver des appuis pour émerger, reprendre une stature humaine. Le travail des appuis est souvent très difficile pour les gens, ils n'arrivent pas à trouver des appuis au début, ils sont épuisés. Pour émerger il faut se saisir de la zone du ventre et la tonifier. Ensuite on commence à cheminer dans l'espace. »¹¹¹

Elle me rapporte souvent travailler sur la notion d'ouverture du corps et donc d'ouverture vers les autres et le monde car les patients en psychiatrie sont souvent repliés sur eux-mêmes.

Catherine Melerowicz, psychologue, musicothérapeute et danseuse, quant à elle, élabore des chorégraphies en s'inspirant des travaux de la neurobiologiste Lucy Vincent sur l'intérêt de coordonner des mouvements complexes sur un rythme musical pour favoriser les connexions cérébrales¹¹². Elle intègre également des éléments de Dun-danse (ou tambour-danse, issue de Guinée) qui allie mouvements dansés, rythme par le tambour et voix : « J'ai trouvé ça super entre la gestion du rythme, l'orientation dans l'espace, la dynamique de groupe. »¹¹³

-Et enfin le temps final de détente, relaxation, écoute musicale, yoga qui permet une transition vers la fin de la séance.

-La séance se clôture toujours par une reprise par la parole de ce qui a été vécu pendant la séance.

¹¹¹ « Annexe 5 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Valérie Colombo.

¹¹² Lucile Vincent, *Faites danser votre cerveau* (Paris: Odile Jacob, 2018).

¹¹³ « Annexe 6 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Catherine Melerowicz.

La place à l'improvisation par le thérapeute des éléments intégrés dans son atelier est omniprésente.

Les retours des patients lors des bilans, sur les effets physiques et psychiques que procurent ces ateliers de danse-thérapie, sont les suivants :

- Obtention d'un état de détente, de plaisir.
- Prise de conscience et réappropriation de parties du corps qui sont parfois éteintes, sensation d'un corps vivant, d'un corps habité, changement du rapport au corps : « au fil des séances c'est comme si mon corps m'appartenait à nouveau », « sensation d'ouverture du corps » « rapport à son corps plus doux et plaisant »¹¹⁴.
- Favoriser l'expression émotionnelle par la médiation, « offrir un moyen d'expression non verbale, lorsque le mouvement permet d'exprimer ce que les mots ne peuvent dire »¹¹⁵.
- Atteindre un état de lâcher-prise corporel et psychique permettant l'émergence de gestes créatifs et fluides.
- Redonner un rythme, une envie de bouger dans la vie en général.
- Jouer et expérimenter la relation à l'autre dans cet équilibre entre identité et altérité : « s'autoriser à exister face à l'autre » ou au contraire « prendre conscience de l'autre, l'investir »¹¹⁶.
- Permettre une dynamique de groupe favorisant la confiance envers les autres

¹¹⁴ « Annexe 6 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Catherine Melerowicz.

¹¹⁵ « Annexe 5 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Valérie Colombo.

¹¹⁶ *Ibid.*

membres, arriver à s'affranchir du regard de l'autre dans la danse et s'autoriser à exprimer ses ressentis.

- S'affranchir des préjugés esthétiques sur le corps et la danse : « Il y a l'aspect esthétique bien sûr, ils ont souvent des idées assez élitistes de la danse alors que le mouvement beau c'est le mouvement dans lequel on est bien, on le voit il y a de la fluidité, coordonnée à la respiration et là ça devient beau. »¹¹⁷
- Viser une meilleure estime de soi, améliorer la confiance en soi.

b) Les ateliers avec un danseur professionnel

D'autres types d'atelier danse sont présents en psychiatrie. Ce sont ceux soutenus par des danseurs professionnels. C'est le cas notamment à Mulhouse où les danseurs du Ballet de l'Opéra National du Rhin interviennent régulièrement en psychiatrie, mais aussi dans d'autres structures (foyers pour enfants et adolescents, structures pour handicapés), à la demande des instances politiques dans le cadre de missions spécifiques de sensibilisation du public allouées aux structures culturelles. J'ai rencontré l'un d'eux, Monsieur Pasquale Nocera qui a accepté de partager son expérience¹¹⁸. Il m'a ainsi décrit plusieurs projets construits avec des patients en psychiatrie.

Ses interventions se basent en général sur les spectacles du Ballet, auxquels les patients assistent et qui constituent la toile de fond du travail corporel. Il crée ensuite des ponts entre le spectacle et l'expérimentation par le corps :

¹¹⁷ « Annexe 5 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Valérie Colombo.

¹¹⁸ « Annexe 7 : Entretien téléphonique du 28/08/2020 avec Mr Pasquale Nocera, danseur à l'Opéra National du Rhin à Mulhouse, intervenant en psychiatrie adulte pour des ateliers danse ».

« Ça a été une expérience révélatrice pour moi de comment mon expérience de danseur, la connaissance que nous avons du corps et l'analyse du mouvement pouvaient nous aider à trouver des formes de communication avec les autres qui dépassent la notion de spectacle ou de chorégraphie et qui rentrent dans la notion de la sensation, de l'expérimentation par le corps. » « La démarche est toujours la même, celle de l'expérience par le corps et de conscientiser cette expérience. » « Pour moi le spectacle est le fond artistique sur lequel j'interviens et dans lequel je puise des éléments et ensuite le cheminement est chaque fois différent et unique. »

Il observe des différences entre les patients des hôpitaux de jour, en général en groupe stable, qui sont dans une démarche d'autonomie et les patients des hôpitaux psychiatriques, qui ne sont pas dans la même dynamique parce que présentant des pathologies plus lourdes et ne constituant pas de groupe stable prédéfini.

A propos du projet avec les patients d'HDJ de Mulhouse : « Les patients d'HDJ avaient écrit un texte sur tout ce qu'ils avaient découvert dans les ateliers avec moi, ils avaient assisté à des spectacles, à plusieurs moments du travail du danseur, avaient découvert ce monde-là et avaient à chaque fois pratiqué quelque chose en lien avec ce qu'ils ont découvert. »

Alors qu'à l'hôpital, « la difficulté est de faire entrer en mouvement les gens, ils sont souvent dans la peur, ils s'enferment. Il faut arriver à saisir même des micromouvements. Il faut essayer de comprendre où est le désir, à quel endroit se trouve le désir, ça peut être par une musique, par une action, par une disposition que l'on prend. Je me dois d'être beaucoup plus réactif, c'est difficile d'arriver avec quelque chose de pré-écrit ».

« On travaille sur cette notion d'individu à l'intérieur d'un groupe en HDJ par exemple alors qu'en psychiatrie on travaille surtout sur l'individu. »

Pour ce travail, il utilise plusieurs moyens pour faire entrer les patients en mouvement :

« Selon les profils des patients que j'ai devant moi j'utilise des outils comme facilitateur. Si je dois bouger sans outil ça demande une acceptation liée à la confiance. Quand je sens que cette confiance n'est pas là, à cause d'une crainte ou d'une douleur, l'outil peut être le moyen d'amener le corps au mouvement plutôt que juste par l'imaginaire. Par exemple avec des balles, des ficelles, des bâtons, des jeux simples. »

Il décrit ainsi des ateliers à mi-chemin entre la recherche esthétique et la recherche thérapeutique. Il énonce clairement que le but principal est la recherche chorégraphique, esthétique du mouvement mais qu'il passe par l'expérimentation du corps et donc par des processus psychiques pour y arriver. Il remarque ainsi des effets thérapeutiques, de surcroît, mais qui dépendent de la position adoptée par le danseur. A propos du projet de réalisation d'un opéra chorégraphique composé de danseurs professionnels et de patients issus de différents hôpitaux psychiatriques, il dit : « Notre travail de danseur était la lecture des gestuelles liées à la maladie, les observer, les enregistrer, les sublimer et arriver à créer un langage chorégraphique fait de ces corps là. On essayait de créer des moments poétiques [...] Quand on arrive à lire leurs corps ils sont d'une poésie incroyable. », « Ce projet avait une action artistique même s'il y avait tout de même un effet thérapeutique parce que c'était dans la manière dont la chorégraphe portait l'action et la manière dont je m'en inspirais. Il s'agit de saisir, à partir de chaque personne, où elle est. C'est aussi toute la question de la confiance en soi et en l'autre et de la conscience des différentes parties de notre corps qui est permise par un travail d'isolation des parties du corps. C'est expérimenter que l'on n'est

pas juste un tout, on est fait de plein de choses et de plein de temps différents. Ces choses sont traduites par cette expérience. »

Dans un autre atelier réalisé à l'attention de patients atteints du cancer, il est parti de ses observations sur leur rapport au corps souffrant pour élaborer un travail d'ouverture du regard et donc de détournement de cette focalisation sur l'organe atteint : « Dans l'observation de leur gestuelle, tout était très centré à l'endroit de la maladie, l'arrière du corps n'existe plus, tout se referme autour de la blessure. Dans ce travail somatique j'ai essayé de leur faire prendre confiance dans le regard, dans le croisement de l'autre, sur comment garder la mémoire de ce que j'ai vu pour faire en sorte que mon champ de vision s'élargisse, sur comment retrouver la confiance dans tout ce qui est autour de moi, et même si je m'éloigne de quelque chose que je ne vois pas, ce quelque chose existe. Indirectement, je repositionne ma place par rapport à l'espace et par rapport aux autres. »

Il insiste également sur le fait de reprendre par la parole ce qui s'est déroulé pendant l'atelier car « ce n'est pas si anodin de ressentir des choses dans le corps et devoir se confronter à ses ressentis, ça peut être quelque chose de violent. Cette chose-là doit être accompagnée ».

Dans ces types d'ateliers, c'est l'expertise du mouvement du danseur professionnel qui permet d'apporter aux patients une ouverture et une immersion vers le monde de la danse, de la chorégraphie, de l'esthétique sans viser des performances impressionnantes mais en expérimentant des choses avec leur corps. Cela permet aussi une valorisation narcissique des patients, qui se sentent investis par des personnes aux qualités exceptionnelles. Les effets

thérapeutiques adviennent donc de surcroît. Ces ateliers sont d'ailleurs souvent faits en collaboration avec les thérapeutes des structures de soins dont dépendent les patients, d'où l'inscription dans un projet thérapeutique plus global.

4. Concepts opératoires et efficience en danse-thérapie

Nous observons donc de nombreux courants de danse-thérapie, selon le style de danse dans lequel ils s'inscrivent et selon les théories auxquelles ils se réfèrent. Nous ne décrivons pas chacun des courants de danse-thérapie en détails mais allons plutôt rechercher les principes communs ou principaux de ces différents courants, le cheminement global effectué dans un tel travail et les processus qui en font une pratique thérapeutique.

a) Les correspondances entre structures corporelles et fonctions psychiques

La danse met en jeu et en mouvement le corps dans sa globalité. Mais le corps global est formé par des interactions étroites et fines des différentes structures qui le constituent. Pour s'intéresser au mouvement global et complexe du corps il faut avant tout s'intéresser à chacune de ses parties et avoir une représentation de la dynamique de l'intégration de ses parties dans un tout. Les mouvements du corps impliquent tous les systèmes corporels (nerveux, circulatoire, respiratoire, endocrinien, immunitaire...) mais surtout le système locomoteur constitué par les os, les muscles, le système cutanéomuqueux, les articulations et ensuite par l'association de ces systèmes entre eux dans des chaînes musculaires qui déterminent des postures. Les postures sont des positions particulières du corps selon certains axes, propres à chacun et qui déterminent une certaine manière de se présenter

dans l'espace et au monde. A partir de ces postures, les mouvements et les gestes se créent. En décomposant ainsi les différents niveaux de structuration corporelle, et en étudiant leurs caractéristiques spécifiques, c'est-à-dire leur corrélation au niveau psychique et relationnel, nous pouvons travailler finement sur tel ou tel aspect de la corporéité.

Par exemple, l'os par ses qualités anatomo-physiologiques de solidité, de densité, d'intériorité permet une intégration psychique d'un sentiment de continuité, d'unification de notre être. Un travail en danse pourrait être, et c'est souvent le cas au début des ateliers, l'exploration et la prise de conscience de sa propre constitution osseuse par les percussions, la vibration ou le travail des points d'appui au sol. Ce travail autour de la charpente osseuse est souvent retrouvé dans la pratique de la danse avec des autistes ou des psychotiques qui présentent fréquemment des angoisses archaïques de vidage, de trous. L'exploration du muscle quant à lui, permet par ses caractéristiques de tonicité et d'action, de soutenir une fonction de contenance, d'affirmation de soi par l'action, en travaillant par exemple en pratique sur les nuances entre force et légèreté par le mouvement contre résistance. Idem pour la peau, ayant entre autres, comme rôles physiologiques, la protection du milieu intérieur et la perméabilité pour permettre les échanges entre dedans/dehors, soutenant ainsi psychiquement une fonction identitaire par la différenciation entre moi et l'autre, soutenant la relation sensorielle et érotique à l'autre et l'inscription émotionnelle, peut être explorée par le toucher fin par un tissu par exemple.

La danse-thérapie met donc en travail des structures ou systèmes corporels comme la proprioception, l'intéroception, les chaînes musculaires *via* le tonus et les sens (la vue, le toucher, l'ouïe principalement) reliés entre eux par des niveaux de complexité. Cette hypothèse d'un système de correspondance somato-psychique dans lequel les structures du

corps soutiennent des fonctions psychiques permet par exemple de réaliser un travail sur la contenance interne par l'exploration de la proprioception permettant d'agir sur le sentiment d'identité, sur le narcissisme du sujet. Cela suppose, pour le thérapeute, de connaître ces structures et leurs caractéristiques, de savoir les explorer en danse et savoir ce que l'on met en travail au niveau psychique lorsqu'on les mobilise. Cela suppose aussi du thérapeute une capacité d'écoute et d'observation du corps du patient pour déterminer comment il se présente à lui et au monde et sur quel aspect de la corporéité il a besoin de travailler.

Certaines pratiques ciblent certains aspects de cette relation somato-psychique, par exemple la méthode d'Eutonie de Gerda Alexander qui vise une homogénéité du tonus par l'écoute consciente du corps. Ces différentes méthodes psychocorporelles, comme la méthode Feldenkrais, l'Haptonomie, la Kinésiologie appliquée au mouvement, la gymnastique holistique etc., sont autant d'inspirations possibles à utiliser en danse-thérapie.

b) Lecture et exploration du mouvement et du geste dansés

Le deuxième niveau d'intégration que l'on peut cerner en danse-thérapie est la lecture et l'exploration du mouvement et du geste. Le geste sert à la fois à signifier des éléments de la subjectivité, donc à un décryptage mais il permet aussi l'expressivité c'est-à-dire la projection hors soi d'affects, de représentations.

Le mouvement peut être analysé selon plusieurs critères, il est classiquement décrit en termes d'énergie, d'espace et de temps. Une des grilles de lecture psychodynamique, souvent utilisée en danse-thérapie, est celle élaborée par R. Laban nommée la *Laban Movement Analysis*¹¹⁹. Celle-ci associe l'organisation du corps (postures, coordinations,

¹¹⁹ Lesage, *La danse dans le processus thérapeutique* p. 67-91.

connexions...) avec ses dynamiques (flux, poids, espace et temps), les formes corporelles, l'utilisation de l'espace (kinesphère, directions, plans, diagonales), les patterns du mouvement (préparation, accent, retour, transition) et les relations (entre les parties du corps, avec autrui, avec l'espace autour).

Cette lecture du corps et de ses dynamiques n'est pas sans rapport avec l'image du corps décrite plus haut en psychoboxe où le mouvement soutenant une expressivité est analysé mais dans la situation d'un combat. Ici la situation n'est pas dirigée particulièrement vers une action, la complexité de la lecture de l'image du corps dans ce cas précis y est d'autant plus polymorphe. Mais l'image du corps, au sens de F. Dolto, transparait à travers le geste dansé, « l'œil attentif du danse-thérapeute y décèle les traces des pulsions partielles (orales, anales, phalliques...) et l'essentiel des mécanismes de défense mis en place par le sujet : par exemple, le mouvement retenu, petit, contrôlé, inhibé de l'obsessionnel animé par des pulsions anales de maîtrise et craignant la castration, donc incapable de se déployer dans le mouvement, ne ressemble pas à celui, large, animé et parfois exubérant de certaines hystériques fortement fixées à une oralité à la fois avide et généreuse... »¹²⁰.

La lecture du corps et du geste est différente selon la personne qui regarde. Le thérapeute par exemple essaiera d'y comprendre des éléments du psychisme de la personne, d'y rechercher sa subjectivité. Le danseur professionnel pose un regard artistique, y voit un caractère poétique, un support chorégraphique.

L'exploration de toutes ces composantes du mouvement peut se faire de multiples manières : par l'improvisation seule ou en groupe, par le jeu, par la proposition de gestes

¹²⁰ Schott-Billmann, *Quand la danse guérit*, p. 104.

signifiants et en travaillant sur des dynamiques d'opposition par exemple mouvement angulaire/rond, rapide/lent, crispé/relâché, action/inertie, ouverture/fermeture, dedans/dehors, rassemblé/dispersé, prendre appui/soutenir le poids... ¹²¹⁻¹²²

Le geste dansé est souvent stéréotypé, le corps se met spontanément dans des positions identiques. Sortir de ces stéréotypes, découvrir un éventail d'autres possibilités de mouvement avec le corps est à la base de l'improvisation. L'obtention d'un état de lâcher prise dans lequel les défenses sociales et personnelles (regard de l'autre, jugement sur la qualité de son mouvement) sont abolies est nécessaire. Seul le moment de soi à soi est important, le mouvement devient plus fluide, plus libre, plus expressif. La musique est un inducteur important du lâcher prise, tout comme la confiance ressentie dans un groupe et comme la qualité du thérapeute à encourager cet état par sa parole.

c) Les effets du rythme, de la respiration et de la voix

L'utilisation du rythme, c'est-à-dire d'une pulsation régulière, est un aspect important en danse-thérapie notamment en Expression Primitive et en Danse-Rythme-Thérapie où il est le plus exploité. En effet, le rythme, la répétition, la symétrie présentes dans des danses primitives font écho au balancement jouissif de l'enfance, à ce va-et-vient, cet aller-retour présents dans les expériences premières du bercement, de l'auto balancement rassurant, du dialogue rythmique et tonique de la relation mère-enfant. C'est par la verticalisation et la bipédie produisant un balancement droite-gauche sur un rythme binaire que l'on reproduit ce balancement.

¹²¹ Schott-Billmann, p. 186.

¹²² Lesage, *La danse dans le processus thérapeutique*, p. 146.

Le rythme binaire entre en résonance avec les battements cardiaques et le souffle. Le rythme s'impose à nous, jaillit de nous sans en avoir conscience.

« La danse populaire est une manifestation métaphorique mais profondément incarnée de la vie à son niveau le plus profond, cœur et souffle. C'est ce système rythmique organique, musicalisé, scandé par le battement de la pulsation, vocalisé et gestualisé par les danseurs, qui est mis au travail dans les dispositifs de soin. »¹²³

Le rythme est aussi un vecteur de mise en communion, de partage d'une musicalité entre plusieurs personnes, un moyen de se rassembler.

Les danses primitives sont basées sur la rythmicité du mouvement et donc sur sa répétition, sa circularité. Ce mouvement, à chaque fois renaissant et énergétiquement supérieur permet à la fois l'entrée en transe, retrouvée dans les pratiques chamaniques, qui est assimilée aujourd'hui à un état d'oubli de soi, de lâcher-prise du sujet dans un état de joie intense et permet également une appropriation subjective du geste, l'expression du désir par le geste.

d) Le processus de symbolisation

Bien d'autres processus efficaces pourraient être décrits en danse-thérapie mais ce sont globalement ces effets de résonance entre les niveaux somatiques, émotionnels, représentationnels et relationnels par le mouvement dansé associés à l'emploi de métaphores, d'images mentales et par la verbalisation que le processus de symbolisation opère. L'espace transitionnel de jeu, construit par le dispositif thérapeutique, permet de jouer avec ses affects et représentations pour les conscientiser, les mettre à distance, les moduler et faire des liens.

¹²³ Schott-Billmann, *Quand la danse guérit*, p. 258.

Si nous partons du principe que l'image du corps ou tout au moins le schéma corporel dispose d'une plasticité, parce que continuellement en transformation selon les expériences et le milieu, nous pouvons en déduire que l'expérience du mouvement dansé inscrit quelque chose dans l'image du corps du sujet. Les explorations faites avec le corps, mises en résonance avec des affects et des représentations, modifieraient notre image du corps qui parfois se trouve figée d'une certaine manière. Cela remettrait du mouvement et de la fluidité dans le rapport à soi et aux autres, renforcerait le sentiment d'identité, le narcissisme, explorerait la relation à l'autre. La temporalité et la spatialité dansées font écho à la temporalité et la spatialité intimes de la personne. C'est ainsi que nous observons des effets de correspondances entre les processus émergents dans l'espace de la thérapie et les dynamiques psychiques et relationnelles du sujet en dehors de celle-ci.

CHAPITRE V : Discussion sur l'intérêt des thérapies à médiation corporelle en psychiatrie et propositions pour leur développement

1. *Efficiences cliniques des thérapies à médiation corporelle à partir de la théorie et de l'expérience des praticiens*

a) Agir sur les sous-composantes de la corporalité

Sans revenir sur les détails des processus en jeu dans les thérapies à médiation corporelle, nous pouvons synthétiser leurs actions comme un travail sur le corps et par le corps à partir des sous-composantes complexes de la corporalité. Chaque thérapie vise certains aspects de cette corporalité ayant certains effets sur le psychisme. Les thérapies du corps en mouvement nous offrent un panel de résonances entre les différents niveaux de complexité psycho-corporels, allant du niveau le plus anatomo-physiologique aux affects qui traversent le sujet, jusqu'aux pensées plus élaborées (les représentations) pour réunifier toutes ces composantes souvent éparpillées faisant souffrir le sujet. C'est par ce processus de symbolisation que cela opère.

b) La création d'un espace de symbolisation par un médium

Les thérapies à médiation corporelle et notamment la psychoboxe et la danse-thérapie se basent sur un principe fondamental : le mouvement et le geste sont vecteurs d'une intelligence en tant que telle, ils soutiennent notre pensée, nos affects, notre expressivité mais sont surtout l'héritage de nos expériences corporelles primitives, fixées avant l'apparition du langage et porteuses de nos angoisses archaïques. Le mouvement et le geste sont à la fois témoins de notre identité, façon de communiquer avec le monde, porteurs

d'éléments inconscients. Loin d'être subordonné au langage ou à la pensée, le corps est le support privilégié que l'on peut explorer, sur lequel on peut agir, avec lequel on peut jouer dans l'espace sécurisant d'un cadre thérapeutique. Les thérapies à médiation corporelle inscrites dans le champ psychanalytique allouent au processus de symbolisation permis par le médium et par le lien transférentiel, le processus thérapeutique en tant que tel. Pour cela, ils se basent sur « l'associativité sensori-motrice » c'est-à-dire une association libre des gestes qui se déploient par l'interaction avec le médium.

« Il s'agira donc de donner sens, au sein du cadre thérapeutique, à ce langage de l'acte et du corps, qui renvoie à des expériences archaïques, qui n'ont pas pu être traduites en langage verbal. Dans les médiations thérapeutiques, il s'agit donc d'interroger le rôle joué par l'hallucination, le corps et la sensori-motricité dans l'accès au processus de symbolisation.

»¹²⁴ Par hallucination, Anne Brun fait référence à l'hallucination du nouveau-né qui n'accède pas encore à la représentation et vit sur un mode hallucinatoire ses expériences notamment ses angoisses primitives. Notons que ce qui est important ici, est la réactualisation d'éléments archaïques non accessibles à la représentation mais qui sont passés antérieurement par des expériences sensori-motrices. C'est donc par le sensori-moteur que l'on y accède. Les mots seuls ne pourront rien amener de ces processus archaïques. C'est en reprenant des éléments très simples d'expérience sensori-motrice que la réactivation opère, qui ouvre aux affects qui s'y rapportent pour aboutir ensuite à une représentation.

Cet accès à la liaison entre les affects, les ressentis corporels et les représentations n'est possible qu'à la condition d'un accompagnement juste par le ou les thérapeutes soutenant

¹²⁴ Anne Brun, « Spécificité de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques », in *Manuel des médiations thérapeutiques*, 2^e éd. (Malakoff: Dunod, 2019), p. 145.

une élaboration par la parole de ce qui se joue dans la médiation et portant un cadre thérapeutique précis, stable mais créatif (que nous avons décrit plus haut). En reprenant l'exemple de la psychoboxe c'est exactement cette boucle de symbolisation qui est visée en partant de vécus archaïques de violence, souvent « méconnus » du sujet dans le sens où il en ressent des fragments, soit un acte posé sans anticipation, soit des affects de haine ou de colère, souvent dans la non-maîtrise.

L'enjeu dans la symbolisation, n'est pas qu'une parole émerge à tout prix, comme si le but ultime était cette élaboration par la parole - bien qu'elle soit souvent témoin de l'accès à la représentation - mais qu'il y ait résonance entre les différents niveaux. Cette résonance peut se manifester dans les actes, dans la vie de tous les jours, dans le rapport aux autres et au monde. Le corps peut soutenir ce processus de symbolisation, l'élaboration par le patient de tous les processus mis en jeu dans la médiation n'est pas obligatoire. Par contre, il est important que la parole soit soutenue par le thérapeute pour accompagner le processus de symbolisation qui passe tout de même nécessairement par des mots.

c) Indications cliniques à ces thérapies

A partir des développements théoriques et des entretiens avec les praticiens, nous pouvons cerner des indications privilégiées aux thérapies à médiation corporelle. Ceci est un début de réflexion, qui pourrait être plus poussé sur le plan psychopathologique. Pour le moment, les indications restent soumises aux moyens dont disposent les structures de soins en termes d'offre de thérapies à médiation corporelle, et soumises à la sensibilité des prescripteurs et des soignants à ces pratiques. La psychoboxe par exemple, est souvent utilisée lorsque les

thérapies précédemment essayées ont échoué. Mais nous pourrions imaginer que le recours à ces médiations soit premier, en soutien à la parole et aux médicaments.

En pédopsychiatrie, les thérapies à médiation et notamment celles à médiation corporelle sont déjà très développées. En effet, l'accès à la verbalisation, à l'élaboration est plus difficile, d'autant plus que l'enfant est jeune. L'aspect pulsionnel et psychomoteur y sont présents de manière plus visible et moins organisée que chez l'adulte. Il est donc plus facile de s'y appuyer dans la pratique. Les enfants ont également un accès plus aisé à l'imagination ce qui rend les médiations plus riches et plus attrayantes pour eux. Le travail psychique se fait de manière détournée, par la médiation, quand l'élaboration par la parole ou la confrontation directe au thérapeute est souvent compliquée. La difficulté consiste à canaliser les pulsions dans la médiation pour mettre en travail quelque chose et ne pas rester dans la simple décharge pulsionnelle ou le jeu simple, comme nous l'a très bien expliqué G. Pagani avec la pratique de la psychoboxe dans un groupe d'enfants¹²⁵⁻¹²⁶.

Pour les adolescents, les indications aux thérapies à médiation corporelle sont évidentes. En effet, la période adolescente est marquée par l'émergence des questionnements identitaires, par des transformations corporelles et l'accès à la sexualité. Ce corps changeant est souvent vécu comme persécuteur, étranger et peut faire l'objet d'agressivité, de conduites à risque telles les scarifications, les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie), la toxicomanie. Leurs conflits psychiques se trouvent extériorisés sur la scène du corps et sont difficilement accessibles à la parole et à la représentation.

¹²⁵ « Annexe 2.1 : Formation à la pratique de la psychoboxe à l'hôpital de l'EPSAN, intervention de Mr Guillaume Pagani, éducateur spécialisé en pédopsychiatrie ».

¹²⁶ « Annexe 2.2 : Entretien téléphonique du 26/05/2020 avec Mr G. Pagani.

Les enjeux des thérapies à médiation corporelle pourraient être d'accompagner et de canaliser ces énergies pulsionnelles, ces affects souvent violents afin de les amener dans un processus de symbolisation. Comme nous le dit Mr Lefevère, « la question du corps à l'adolescence est importante car ils attaquent leur corps et le corps des autres. La médiation permet de jouer avec leur enveloppe corporelle autrement qu'en se faisant du mal »¹²⁷. Ceci est valable pour la psychoboxe, comme moyen de travailler sur « notre propre violence méconnue », mais aussi pour la danse. Cependant, des précautions sont à prendre compte tenu de la fragilité de ce rapport au corps. Catherine Potel¹²⁸, psychomotricienne, nous décrit la difficulté d'un tel travail avec les adolescents car nécessitant une adaptabilité de la juste distance relationnelle, ni trop intrusive pour laisser un espace de liberté mais tout de même contenante et rassurante et nécessitant un équilibre entre l'excès d'excitation et la régression.

A part les indications liées à l'âge des sujets, les thérapies à médiation corporelle trouvent également leur place en psychiatrie pour différentes situations :

- Les troubles psychiques dans lesquels le corps est mis au premier plan par des conduites à risque, des conduites suicidaires, des passages à l'acte violents mais qui ne sont pas élaborés psychiquement. Ces personnes maintiennent un clivage corps-psyché dans la relation thérapeutique. L. Raufast le résume ainsi :

« Ces problématiques limites où le corps est à la fois au centre de la symptomatologie et maintenu soigneusement éloigné de la relation thérapeutique, sont les indications

¹²⁷ « Annexe 1 : Entretien téléphonique du 10/01/2020 avec Mr Frédéric Lefevère.

¹²⁸ Catherine Potel, *Corps brûlant, corps adolescent. Des médiations corporelles pour les adolescents* (Toulouse: érès, 2015), p. 96-100.

privilégiées d'une thérapie par le corps. », « L'intérêt de ces thérapies psychocorporelles c'est de ramener du côté de la vie, l'affect, de la relation des pans entiers du corps qui se sont retirés de la relation et qui fonctionnent de manière clivée à travers des symptomatologies qui surprennent tout le monde puisqu'elles sont dysharmoniques par rapport au reste du psychisme qui semble fonctionner assez bien. »

- Les troubles psychiques dans lesquels le corps entier ou certaines parties paraissent éteintes. Ce sont des personnes déconnectées des sensations corporelles, qui ne semblent pas habiter leur corps, qui peuvent être dans l'hyper-intellectualisation, comme c'est le cas dans les troubles du comportement alimentaire de type anorexie. Les thérapies à médiation corporelle auraient comme objectif de retrouver une conscience des sensations corporelles, un sens de soi qui ne soit pas un corps « automate », une revitalisation et une érotisation du corps.
- Les troubles psychiques dans lesquels les manifestations corporelles sont bruyantes, angoissantes, incompréhensibles : les angoisses en général et les troubles psychosomatiques. On retrouve également un décalage entre le corps et les pensées comme si ce n'était pas en adéquation. Un travail psychocorporel serait de relier les sensations corporelles aux affects et aux représentations pour lever le symptôme physique et qu'il prenne sens pour le sujet.
- Les situations dans lesquelles la parole, l'élaboration verbale fait défaut : déficiences intellectuelles, carences éducatives, faible niveau socio-économique. Ce sont des moyens de contourner l'obstacle de la verbalisation pour accéder au sujet malgré tout.

- Les troubles psychiques dans lesquels la symbolisation a fait défaut, soit dans la prime enfance comme c'est le cas dans la psychose ou l'autisme ou au cours de la vie du sujet par exemple lors d'un traumatisme. C'est ce que R. Roussillon nomme les souffrances « narcissiques-identitaires »¹²⁹ dans lesquelles il inclut celles précitées ainsi que certains troubles antisociaux, psychosomatiques et état-limites. Ce sont des personnes qui n'ont pas pu bénéficier d'un environnement aux qualités de médium malléable. L'intérêt des thérapies à médiation corporelle serait ici de réactualiser ce processus qui a fait défaut afin de permettre une symbolisation.

Les limites aux thérapies à médiation corporelle concernent la volonté et l'intérêt du patient à mettre en jeu son corps, les situations de décompensations psychiatriques (angoisses massives, délire floride avec désorganisation de la pensée, vécu intense de morcellement) qui pourraient être aggravées.

L'intérêt des thérapies à médiation corporelle est indéniable dans bon nombre de situations cliniques mais il l'est d'autant plus lorsqu'elles sont employées de manière combinée à d'autres thérapies. Plusieurs praticiens notent cette complémentarité avec d'autres thérapies faisant partie d'une prise en soins globale de la personne. Les thérapies à médiation corporelle peuvent ainsi constituer un moyen de débloquent certaines problématiques qui pourront ensuite être reprises et élaborées en psychothérapie par la parole (analytique ou autre).

¹²⁹ René Roussillon, « La fonction médium malléable et les pathologies du narcissisme », in *Manuel des médiations thérapeutiques*, 2^e éd. (Malakoff: Dunod, 2019).

2. *Soutien par le cadre institutionnel*

a) Nécessité de définir le champ d'intervention

Une autre réflexion porte sur l'objectif global des ateliers à médiation proposés en psychiatrie. En effet, ils sont très souvent proposés aux patients mais un flou persiste sur leurs intentions. Ce flou provient soit d'un manque d'information, de communication, par exemple si le praticien qui l'utilise en connaît les objectifs alors que la personne qui le prescrit pas forcément. Ce flou peut aussi provenir d'une insuffisance de réflexion sur les ateliers proposés. Nous allons distinguer plusieurs types d'ateliers selon la visée souhaitée, sachant que certains objectifs peuvent tout à fait se télescoper :

- L'atelier occupationnel qui permet d'éviter l'ennui, de « passer le temps » lorsque les temps de vie dans l'institution s'avèrent longs pour les patients, notamment dans les unités fermées. Ce sont souvent des activités agréables, accessibles à tous, en groupe qui permettent tout de même d'éviter au patient de se refermer sur ses symptômes notamment les ruminations, d'encourager la relation aux autres et de prendre du plaisir.

-L'atelier à visée observationnelle, d'aide diagnostique qui permet d'appréhender la clinique sous un autre angle, par exemple par le repérage du discours, du comportement, la relation aux autres dans un cadre moins formel, peut-être plus propice à l'expression spontanée des symptômes. Mais cette observation peut également être interprétation de la production artistique concernant les contenus psychiques du patient.

-L'atelier à visée de décharge, par exemple une séance de sport qui permet la libération d'énergies ou d'émotions souvent débordantes et désagréables pour le sujet (la colère, la haine, la frustration).

-L'atelier de remédiation qui vise la rééducation de fonctions intellectuelles supérieures.

- L'atelier à visée d'expression de soi, c'est-à-dire une manière de parler de soi, de ses propres mouvements internes (ressentis, affects, images, représentations) en les projetant sur le médium.

-L'atelier à visée thérapeutique, que nous avons développé au long de ce propos, qui opère une véritable transformation du sujet, un soulagement, une mise en mouvement de quelque chose de manière profonde.

Nous dirions qu'il s'agit de ne pas laisser le flou s'installer sur les objectifs précis des ateliers pour que ces objectifs soient soutenus et les ateliers efficaces. Chacun d'eux ne nécessite d'ailleurs pas la même qualification et formation pour les personnes qui les animent.

b) La reconnaissance de ces pratiques par l'institution

J'ai pu constater la présence des pratiques à médiation dans la plupart de mes stages hospitaliers. Cependant je m'étonnais de la variabilité d'investissement institutionnel les concernant : certains hôpitaux ont un lieu dédié aux médiations thérapeutiques avec du personnel qui s'emploie uniquement à les pratiquer, d'autres lieux - souvent en intra-hospitalier - n'en disposent pas du tout, et la plupart du temps elles sont développées dans les hôpitaux de jour et CATTP.

Nous observons globalement que l'institution soutient ces pratiques localement en fonction de la volonté individuelle des personnes à les développer. Ceci est très porteur puisque la pratique provient d'un désir personnel de se former à une thérapie, de la mettre en place dans l'institution, ce qui est rappelons-le, une condition essentielle à la pratique des thérapies à médiation. Cependant, la réussite d'une telle entreprise n'est possible qu'à la

condition que l'institution soutienne explicitement cette pratique :

- En donnant du temps : temps pour les pratiquer, temps de réunion pour reprendre ce qui se déroule et ce qui ressort des ateliers, temps de reprise par un psychologue pour les praticiens.
- En fournissant des espaces adaptés, comme des salles suffisamment grandes pour la danse ou la psychoboxe par exemple, notamment lorsque ce sont des médiations de groupe.
- En investissant dans du matériel permettant les médiations (peinture, instruments de musique, ballons...).
- En permettant et favorisant la formation des soignants.
- En recrutant suffisamment de soignants de diverses disciplines pour permettre des prises en soins pluridisciplinaires et une richesse de réflexion sur le plan clinique. Je pense notamment aux psychomotriciens peu présents en psychiatrie adulte.

D'après mes propres observations et les propos recueillis par les praticiens rencontrés, ce qui manque le plus semble être les temps de reprise clinique sur les ateliers et du coup la diversité des échanges cliniques.

« Donner lieu et temps à un atelier est un acte politique : l'institution, quelle qu'elle soit, accepte de créer en son sein un espace de liberté, un territoire où se passeront des expériences touchant au plus intime des personnes. »¹³⁰

¹³⁰ Florence, « L'art : thérapeute ? », p. 30.

3. Propositions pour développer les thérapies à médiations corporelle en psychiatrie et ouverture

Pour que ces pratiques soient plus exploitées en psychiatrie, il serait, à mon sens, judicieux de donner une place plus importante à la réflexion sur le corps dans notre enseignement de psychiatrie et dans notre pratique afin de ne pas se laisser enfermer par la vision médicale du lien corps-esprit.

Je suppose aussi que d'avoir expérimenté ce genre de pratiques et d'avoir cette ouverture sur l'expressivité corporelle permettrait une autre écoute et une autre observation des patients que l'on suit en thérapie.

Si la psychanalyse est ici l'inspiration principale de bon nombre de courants de thérapie à médiation corporelle, d'autres courants, peut-être plus attrayants pour certains, peuvent également constituer un angle de vision de ces thérapies. Elles peuvent en effet être perçues sous un aspect plus neuroscientifique.

Concernant les pistes de réflexion que je viens d'amener dans ce propos, d'autres recherches seraient intéressantes à mener, par exemple en questionnant les psychiatres sur leurs représentations à propos des thérapies à médiation corporelle ou en questionnant les patients ayant bénéficié de ces pratiques pour analyser plus précisément leur efficacité. Nous pourrions également approfondir la réflexion sur le rôle thérapeutique de l'art seul.

Pour rendre leur pratique plus rigoureuse, nous pourrions imaginer des méthodes d'évaluation qualitatives de ces pratiques. Mais toute pratique doit-elle être évaluable et évaluée pour qu'elle soit développée et reconnue ? Sommes-nous capables de supporter la part d'inconnu qui émerge de ces thérapies ?

CONCLUSIONS

Notre spécialité médicale qu'est la psychiatrie, pour traiter ou prévenir les troubles mentaux, utilise actuellement principalement deux leviers : la parole et les médicaments. Mais nous pouvons constater la pratique d'autres types de thérapies, s'appuyant sur d'autres supports, que sont le champ des thérapies à médiation. Parallèlement à ces observations, il nous est donné de nous confronter en clinique à des situations où le rapport au corps interroge car se montrant bruyant, dérangeant, étrange, objet de maltraitance, vecteur de passages à l'acte et nous amenant souvent à des situations d'impasse thérapeutique. De par la place primordiale que joue le corps dans les troubles psychiques, il semble intuitif de prendre comme support thérapeutique le corps lui-même.

La démonstration de l'intérêt d'une triangulation parole-corps-médicaments dans nos prises en soins en psychiatrie, par la mise en travail psychocorporelle, *via* les pratiques de thérapies à médiation corporelle, fait tout l'objet de notre propos.

Pour ce faire, nous avons étudié plus précisément deux pratiques du corps en mouvement que sont la psychoboxe et la danse-thérapie en nous aidant de la théorie et de rencontres avec des praticiens et avons recherché en quoi elles permettent un travail psychocorporel approfondi à visée thérapeutique.

Dans une **première partie**, nous avons défini le champ de la psychiatrie dans lequel nous situons notre pratique aujourd'hui en retraçant les grands mouvements historiques qui l'ont forgée, et en insistant sur le rapport ambivalent qu'elle entretient avec le reste de la médecine. Nous avons ensuite développé les tenants des pratiques à médiation thérapeutique. Une psychothérapie se définit comme un dispositif, soutenu par une personne formée à cela, visant le soulagement d'un symptôme, un mieux-être psychique.

Les thérapies à médiation sont des dispositifs dans lesquels un thérapeute soutient et accompagne l'interaction du patient avec le médium (qui peut être un objet concret, un objet culturel ou le jeu dramatique). C'est dans ce processus de création, sous-tendu par l'efficacité du cadre de l'atelier, du transfert avec le thérapeute et des caractéristiques symboligènes propres au médium, que s'opère un changement psychique chez le patient. A partir de ces définitions, nous avons posé les fondements d'une thérapie à médiation corporelle, comme mettant en résonance les niveaux sensori-moteurs, émotionnels et relationnels.

Dans une **deuxième partie**, nous avons réalisé à quel point notre façon de penser le corps à titre individuel mais aussi du point de vue médical et psychiatrique tient aux influences des grands courants de pensée philosophiques, religieux et sociétaux d'une époque. Le lien corps-esprit a fait l'objet de plusieurs représentations, souvent clivées mais avec des tentatives de trouver des liens entre corps et esprit. C'est ainsi que le corps anatomo-physiologique de la médecine se détache du corps plus global de la psychiatrie, lequel est influencé par la pensée phénoménologique et psychanalytique qui ouvre à la dimension pulsionnelle du corps et aux contenus corporels archaïques, infralangagiers. Les concepts psychanalytiques *d'image inconsciente du corps* de F. Dolto ou de *phénomène transitionnel* de D.W. Winnicott nous amènent une compréhension approfondie des mécanismes en jeu dans les thérapies à médiations corporelles et d'autant plus chez celles qui portent sur les mouvements et la gestuelle du corps.

Dans un **troisième temps**, la synthèse des entretiens avec des psychoboxeurs exerçant pour la plupart en psychiatrie et des textes théoriques s'y rapportant nous a permis de cerner les spécificités de l'efficacité de cette pratique du corps mis en situation de combat.

La psychoboxe est une pratique relativement récente, d'inspiration psychanalytique, qui à partir d'un combat de boxe à frappe atténuée, permet la mise en travail psychocorporel de vécus intimes de violence soit subie, agie ou les deux. La ré-expérimentation par le débordement psychique de vécus corporels archaïques perçus sous forme d'affects ou de gestes non accessibles à la représentation, associée à une articulation par la parole fait effet de symbolisation, c'est-à-dire de reprise d'un sens psychique dans l'histoire du sujet. C'est ici la prise en compte des situations de violence, très souvent rencontrées en clinique psychiatrique, par la mise en jeu du corps qui en fait un abord thérapeutique intéressant, sachant que la plupart des thérapies par la parole échouent à les régler.

De la même manière, nous avons exploré le dispositif de danse-thérapie dans une **quatrième partie**. La danse-thérapie, issue de différents courants de danse et de différents abords théoriques, est présente de manière très hétérogène en milieu psychiatrique. Les ateliers s'articulent la plupart du temps autour des mêmes éléments : l'exploration des ressentis corporels, le travail plus spécifique d'un aspect de la corporéité par le mouvement, l'improvisation puis la reprise par la parole du vécu pendant la séance. Le premier niveau de mobilisation psychocorporelle en danse-thérapie est constitué par le travail approfondi de systèmes somatiques correspondant à des fonctions psychiques. Ce travail est ensuite intégré dans un processus de symbolisation permis par différents outils : l'exploration du geste dansant émergent et subjectif, le travail de la rythmicité, de la respiration, de la dynamique groupale. Les changements psychocorporels observés concernent différents niveaux, allant du bien-être et d'une meilleure conscience corporelle à la modification des sous-composantes de l'image du corps en passant par un renforcement du sentiment d'identité, d'estime de soi et des adaptations relationnelles et communicationnelles.

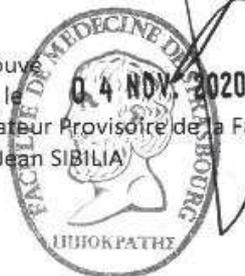
Dans notre **dernière partie**, nous avons mis en lien ces différents développements pour rendre compte de l'efficacité clinique commune des thérapies à médiation corporelle et les indications privilégiées auxquelles elles pourraient prétendre. Nous avons également émis des pistes pour que ces pratiques soient soutenues et valorisées au niveau institutionnel en psychiatrie, en proposant par exemple un meilleur accès aux connaissances et à la formation de ces thérapies et en étant rigoureux sur la visée des ateliers.

Pour finir, les pratiques à médiation corporelle présentent une richesse théorico-clinique importante pouvant nous aider à prendre en soins de multiples problématiques psychopathologiques, d'autant plus lorsque les patients souffrent d'un rapport complexe à leur corps. De par la subjectivité et l'originalité des processus qui s'y déroulent, le caractère évaluable de ces thérapies reste difficile, à côté d'autres types de soins comme les médicaments ou les thérapies cognitivo-comportementales notamment. Toute la complexité de notre pratique en psychiatrie consiste donc, d'après nous, à donner les moyens d'intégrer les thérapies à médiation corporelle à une place centrale dans la prise en soins des patients, car l'expérience nous apprend qu'elles sont efficaces, alors même que la science ne dispose pas vraiment d'outil pour les évaluer.

VU
Strasbourg, le 31/11/20
Le président du Jury de Thèse
Professeur Gilles BERTSCHY



VU et approuvé
Strasbourg, le 04 NOV. 2020
L'administrateur Provisoire de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Annexe 1 : Entretien téléphonique du 10/01/2020 avec Mr Frédéric Lefevère, psychologue clinicien, exerçant la psychoboxe dans un service de pédopsychiatrie à Lyon

Présentation du parcours de F. Lefevère :

Sur un plan personnel, F. Lefevère est un psychologue clinicien exerçant depuis 15 ans qui pratique à titre personnel des activités sportives et corporelles en général tels les arts martiaux et la méditation. De multiples blessures physiques l'ont conduit à s'interroger sur son propre rapport au corps. « J'essaie d'habiter mon corps au sens de Winnicott ». Il a remarqué que dans la formation de psychologie, le corps était « maltraité », « mis de côté », avec comme inspiration principale de ses études, la psychanalyse.

Alors qu'il est en stage, pendant ses études, en pédopsychiatrie (dans son service actuel), il débute la balnéothérapie avec une kinésithérapeute. Il travaille alors avec le jeu et la relaxation principalement. Il réalise ensuite un DEA en balnéothérapie.

Il effectue une thèse sur les pratiques psychocorporelles et monte, dans le service dans lequel il travaille, un atelier autour du corps et du tissu qui durera 6 à 7 ans.

Présentation du service de pédopsychiatrie :

Le chef de service actuel de pédopsychiatrie exerce avec une approche intégrative c'est-à-dire que lui-même présente une orientation neurobiologique mais il permet également aux approches psychodynamiques de coexister.

Dans un premier temps, il existe deux unités pour adolescents de 12 à 18 ans pour tout le département du Rhône, comportant chacune 10 à 11 lits. Les adolescents hospitalisés souffrent de troubles du comportement alimentaire, de psychose ou de problématiques suicidaires ou de passages à l'acte violents. Ils peuvent rester hospitalisés de 1 mois jusqu'à 1 an.

Seuls les adolescents ayant des déficiences intellectuelles ne sont pas admis car nécessitant une prise en charge différente.

Une autre unité, adressée aux 6-13 ans, comporte 10 lits d'hospitalisation complète.

Enfin, il existe un hôpital de jour pour adolescents présentant des troubles du spectre autistique.

La demande initiale de formation en psychoboxe :

Le service de pédopsychiatrie du centre hospitalier du Vinatier a eu à faire à la question de la violence de manière brutale. En l'an 2000, une agression au couteau, causée par un adolescent, provoque la mort d'un infirmier et blesse une infirmière.

En janvier 2015, un autre adolescent poignarde un infirmier de 12 coups de couteau. Cet adolescent exprimait verbalement la volonté « de tuer quelqu'un » et c'est pour cette problématique qu'il était suivi par l'équipe de l'hôpital de jour (structure relais entre l'hospitalisation complète et le suivi extrahospitalier). C'est dans cette structure que le passage à l'acte a eu lieu. Cet événement entraîna beaucoup de mobilisations de la part des médias, beaucoup de réactions et d'affects parmi le personnel hospitalier. Des psychologues extérieurs interviennent alors pour travailler la question de la violence mais cela ne semblait pas suffisant pour F. Lefevère.

Quelques mois plus tard, un directeur d'un ITEP, touché par cet événement, contacte le chef de service de pédopsychiatrie et lui parle de la pratique de la psychoboxe qu'il expérimente lui-même dans son institution.

Le chef de service propose alors à ses équipes de découvrir cette pratique. L'assistante sociale et F. Lefevère participent à une journée de sensibilisation avec l'équipe de psychoboxe de Lyon et accrochent à cette pratique.

Mr R. Hellbrunn, fondateur de la psychoboxe, est alors invité, en septembre 2015, à rencontrer plus de la moitié de l'équipe de pédopsychiatrie (une vingtaine de personnes) afin de pratiquer la psychoboxe. La question de l'agression récente se rejoue très rapidement. L'assistante sociale fait un combat qui se déroule de manière bienveillante pour elle, mais qui génère une forte réaction de la part des observateurs. Ils arrêtent plusieurs fois le combat trouvant insupportable cette situation qu'ils vivent comme inégale. Une question émerge : « Comment peut-on être spectateur de la violence ? »

Mr Hellbrunn reviendra un an plus tard pour refaire le point avec l'équipe.

Pendant ce temps, F. Lefevère et l'assistante sociale du service continuent à pratiquer la psychoboxe avec l'équipe de psychoboxe de Lyon.

Constitution de l'équipe de psychoboxe :

Sept soignants des trois lieux (unité pour adolescents, unité pour enfants et HDJ pour les TSA) ont été formés à la psychoboxe afin de permettre une souplesse de pratique et que les enfants connaissent au moins un soignant dans le duo de psychoboxeurs.

L'équipe est mixte, composée d'un psychiatre, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'une infirmière, d'un infirmier, d'un aide-soignant. La dernière personne n'est pas venue à bout de sa formation du fait de problématiques en lien avec l'agression survenue dans le service. Cependant il pratique la psychoboxe à titre personnel.

La formation a duré un an et a été réalisée par l'équipe de psychoboxe de Lyon. Elle s'est terminée en mai 2019. Le dispositif à l'intention des enfants et adolescents a débuté depuis septembre 2019.

Le public visé et les indications à cette pratique :

Elle s'adresse aux enfants et aux adolescents bénéficiant de soins dans les unités précitées. Actuellement 6 adolescents/enfants en bénéficient, le plus jeune a 12 ans, le plus âgé 18 ans. Les problématiques rencontrées sont les troubles dans le rapport au corps (TCA par exemple) et dans le rapport à leur propre « violence méconnue ».

Exemples cliniques de prises en charge :

Ex 1 : jeune fille de 12 ans, présentant un trouble du comportement alimentaire de type boulimie et hyperphagie même non alimentaire. Elle faisait des passages à l'acte alimentaires sans élaboration, faisait des aller-retours de la maison à l'hôpital depuis plusieurs mois. Elle a bénéficié d'une seule séance de psychoboxe qui l'a énormément bouleversée. Elle déclare avoir vécu le combat de manière humiliante, se sentant vulnérable dans le combat. La question de la honte et de l'agression sexuelle a vite été mise en lumière. Elle a même par la suite pu en parler à un médecin, les représentations sont venues dans l'après-coup. Elle a tout de même refusé la deuxième séance. Dans cet exemple c'est la question du rapport au corps qui ressort, corps vécu comme lieu d'humiliation, haine contre son corps qu'elle déforme en mangeant n'importe quoi.

Ex 2 : Jeune garçon présentant un syndrome d'Asperger, ayant étranglé sa mère et s'étant jeté sous le métro. Il ne ressent pas les affects mais les agit. Avant de passer à l'acte il n'est pas en colère, n'est pas tendu mais présente des signes physiques (chaleur). Le dispositif de la psychoboxe a peu fonctionné, il ne s'est pas passé grand-chose, c'était très lisse.

Ex 3 : Jeune fille présentant une anorexie restrictive et ayant bénéficié de 3 séances de psychoboxe. Chez elle, c'est la question du choix du psychoboxeur qui s'est posé : du masculin menaçant, du féminin rassurant.

Attentes, apport recherché par l'exercice de cette pratique :

« La question du corps à l'adolescence est importante car ils attaquent leur corps et le corps des autres. La médiation permet de jouer avec leur enveloppe corporelle autrement qu'en se faisant du mal. »

« Mais la psychoboxe ce n'est pas qu'une médiation, bien qu'elle permette d'accéder au non représentable à travers une mise en jeu du corps par l'intermédiaire d'un tiers. En psychoboxe il y a un supplément par rapport à la médiation : l'accession à l'archaïque qui pourra se rencontrer, se mettre autrement par des représentations secondaires, déconnectées des

représentations primaires. Je fais référence à Roussillon qui parle d'archaïque dans ce qu'il y a de représentable ou de verbalisable. »

« La rêverie, l'éprouvé, se travaille à l'intérieur même du combat. »

« Il y a un lien entre balnéothérapie et psychoboxe : la prise en soin de l'enveloppe corporelle et le cadre qui permet du « même ». En balnéothérapie, les personnes souffrant de TCA disent des choses mais c'est creux, déconnecté des sensations. »

« Parfois on n'est pas équipé pour parler. »

Aspect institutionnel et de développement :

A l'occasion des « Journées de l'hôpital » sur le thème « la psychiatrie est-elle un sport de combat ? », une personne est venue parler de la psychoboxe.

Suite à cela, il y a des demandes qui ont émergé de différents services. Mais pour le moment ils préfèrent consolider leur expérience avant de le développer ailleurs.

Sur le plan institutionnel, la pratique est soutenue par la hiérarchie.

Les psychoboxeurs se réunissent une fois tous les 15 jours pendant 1h30 pour parler des séances et pour élaborer sur leur pratique. Ils partagent aussi leur pratique avec le groupe lyonnais.

« C'est une clinique tellement fascinante ». F. Lefevère pense à écrire sur la clinique rencontrée en psychoboxe.

Annexe 2.1 : Formation à la pratique de la psychoboxe à l'hôpital de l'EPSAN, intervention de Mr Guillaume Pagani, éducateur spécialisé en pédopsychiatrie

Cette formation s'adresse aux soignants de différents sites de pédopsychiatrie du centre hospitalier de l'EPSAN. Guillaume Pagani prend la parole pour témoigner de son expérience de psychoboxeur avec un groupe d'enfant.

Présentation du parcours de G. Pagani :

G. Pagani est éducateur spécialisé, formé à la psychoboxe depuis trois ans. Il anime des ateliers de psychoboxe depuis un an avec les enfants. Avant de travailler en pédopsychiatrie, il travaillait en MECS avec des enfants violents et se posait déjà la question de comment faire avec la violence. Il avait d'ailleurs à ce moment-là déjà essayé de faire de petits combats avec les enfants sans connaître le dispositif de la psychoboxe.

Présentation du service de pédopsychiatrie :

Il existe trois antennes dans le service de pédopsychiatrie :

- Bischwiller qui comporte un CMP, un hôpital de jour et un CATTP
- Schiltigheim qui comporte un CATTP
- Wissembourg qui comporte un CATTP

Au CATTP de Wissembourg, quatre soignants exercent : une infirmière de secteur psychiatrique, deux infirmières diplômées d'état et un éducateur spécialisé (G. Pagani).

A Wissembourg les groupes thérapeutiques durent entre 1h30 et 2h, les enfants sont d'abord vus en consultation par le médecin puis adressés en réunion pendant laquelle ils réfléchissent ensemble dans quel groupe les mettre par rapport à leur pathologie et leur âge.

La demande initiale de formation en psychoboxe :

La cadre de santé a parlé de la psychoboxe à l'équipe. G. Pagani et une autre éducatrice ont souhaité se former. Les deux infirmières ont suivi ensuite. G. Pagani a écrit le projet avec une collègue infirmière et l'ont soumis en réunion d'équipe.

Equipe de psychoboxe, personnes formées/en formation :

G. Pagani est déjà formé, ses collègues de Wissembourg et d'autres sites sont entrain de se former.

Dispositif des ateliers de psychoboxe :

La première session expérimentale a eu lieu dans un groupe d'enfants déjà formé.

Les séances ont lieu le mardi soir à raison de 10 à 12 séances de 2 heures sur 3 mois.

Le groupe se compose de 4 enfants de 10 à 12 ans avec deux soignants psychoboxeurs.

3 sessions ont eu lieu depuis avril 2019.

Une reprise a lieu tous les 15 jours avec la psychologue.

Les enfants sont adressés, sur prescription médicale, et ont pour la plupart été victime de violence, d'abandon et ont des difficultés à y mettre des mots.

Un contrat est édifié en entretien préliminaire, en expliquant aux enfants et à leurs parents le cadre des séances. Les soignants et les enfants signent. Le contrat peut servir en cas de débordement du comportement.

La dernière séance permet de faire un bilan du cycle, il n'y a pas de combat.

Déroulement d'une séance :

L'enfant choisit la personne avec qui il veut combattre et son « ange gardien » c'est-à-dire la personne qui veillera sur lui.

Après le combat, l'enfant parle d'abord puis c'est l'ange gardien qui parle puis l'enfant donne la parole à chacun, ainsi il est actif dans la distribution de la parole.

G. Pagani prend des notes après le combat, dans le temps où l'enfant récupère sur le plan physique avant de prendre la parole.

Observations cliniques à partir des séances :

-Les enfants sont souvent dans un état d'excitation, ils attendent de combattre mais en même temps lorsque c'est leur tour ils essaient de fuir et parlent pour ne pas y aller.

-Il faut faire attention à ne pas mettre l'enfant en situation de détresse en le confrontant à l'angoisse d'avoir fait mal au corps de l'autre et surtout de l'adulte. « On peut travailler ça, sans se détruire pour de vrai ».

-L'enfant le plus jeune (9 ans) est en difficulté car il aurait préféré faire du foot et du coup ne s'inscrit pas entièrement dans le dispositif.

-Les enfants ont des difficultés à exprimer leurs émotions.

-Ils voient leur propre évolution au fil des séances et arrivent à faire le bilan de leur propre progression.

-Il faut être vigilant au narcissisme de l'enfant et « composer avec ».

Si on le sent fragile, on peut par exemple mettre une personne contenant qui le protège entre le psychoboxeur et lui, comme un pare-excitant ou délimiter une zone de sécurité au sol dans laquelle il ne peut être touché.

-Au fil des séances, les enfants s'autorisent plus à attaquer, sont mieux sur leurs appuis, ils fuient mais pour mieux revenir et sont plus sûrs d'eux.

Remarque de Richard Hellbrunn: « *Partir et revenir permet de réunifier l'image du corps et est souvent présent dans les combats de psychoboxe.* »

-Le tiers bienveillant est d'autant plus important chez l'enfant permettant la structure triangulaire sur laquelle on met de la parole.

-La psychoboxe rend sensible au dialogue tonico-émotionnel, à l'infra-langage. Les enfants y sont sensibles car ont l'expérience de la situation.

« *C'est la magie du cadre qui opère sur lui-même.* »

Questions du groupe :

« *Que faire quand un enfant est agité, agressif et que l'on arrive plus à le canaliser avec la parole ? Par exemple, en atelier théâtre, Dylan est un enfant très agité mais quand il entre sur scène il arrête et se calme.* »

Réponse des autres participants et de R. Hellbrunn : « *déjà on ne se laisse pas détruire par eux. Des fois la médiation suffit ou alors il faut sortir avec l'enfant et parfois le corps-à-corps avec l'adulte est nécessaire. Puis C'est important que ce débordement de l'adulte soit nommé et élaboré en équipe.* »

Annexe 2.2 : Entretien téléphonique du 26/05/2020 avec G. Pagani exerçant la psychoboxe en pédopsychiatrie à Wissembourg

Y-a-t-il des différences entre les séances de psychoboxe chez un enfant et chez un adulte ?

« En fonction des enfants, je ne les aborde pas le combat de la même manière. Si j'ai besoin que l'enfant sorte des choses en lui, je vais d'avantage le déborder, le mettre davantage dans des situations qui sont difficiles pour lui.

Le débordement chez l'enfant est exprimé d'une manière différente que chez l'adulte : il pleure, il sort de la pièce, il fuit souvent pendant le combat, fait des pirouettes, se blottit contre le mur pour se sécuriser, court dans la pièce ou se laisse faire.

On réfléchit en équipe pour savoir quel enfant on va faire venir et pourquoi. On a des enfants qui sont complètement inhibés, qui ont du mal à exprimer leurs sentiments ou qui n'ont aucune confiance en eux. L'année dernière un combat m'avait marqué car c'est un enfant qui n'osait pas combattre contre moi car il avait peur de se prendre une « rouste » bien qu'on n'arrêtait pas de dire qu'il n'y a pas de gagnant ni de perdant. Le dernier combat de l'année j'ai décidé de le laisser mener, je me suis mis contre le mur et je l'ai laissé venir donner des coups. Ça a été important car il s'est autorisé à me taper, il a pris de la confiance en lui, c'est la première fois qu'il a parlé pendant la restitution. J'ai changé mon objectif de travail en le laissant avoir la possibilité de prendre confiance en lui. Je l'ai fait l'une ou l'autre fois avec d'autres enfants. Ça dépend de l'histoire des enfants. »

C'est vrai que c'est quelque chose qui est récurrent dans tes propos sur le manque de confiance en eux des enfants, et ça rejoint le fait qu'on demande souvent aux enfants de se taire et d'écouter les adultes.

« La grande différence entre les enfants et les adultes je pense c'est que les adultes ont en général plus accès à la parole qu'un enfant. »

C'est une de mes grandes questions aussi puisque le dispositif de la psychoboxe est justement élaboré pour réinjecter de la parole là où elle fait défaut, que quelque chose de l'acte puisse se métaboliser. As-tu l'impression que c'est moins possible avec les enfants cette reprise par la parole ?

« Oui, c'est d'ailleurs là où on est en difficulté car la psychoboxe permet ça normalement mais souvent on verbalise à leur place. Il faut qu'on trouve le curseur entre verbaliser à leur place et ne pas induire des choses. Autre différence, chez les enfants tu ressens de l'impatience, il y a ce côté ludique qui est présent, que tu retrouves beaucoup moins chez l'adulte. Et le cadre de la pratique est plus fermé que chez l'adulte c'est-à-dire qu'on les incite fortement à parler de ce qu'ils ont ressenti pour l'autre enfant qui vient de combattre. »

Effectivement on peut se demander si la représentation qu'ils ont de la violence est identique à la nôtre. Est-ce qu'ils prennent ça comme un jeu ou comprennent-ils quand même l'enjeu ?

« Je ne suis pas sûr qu'ils comprennent l'enjeu et c'est d'ailleurs le plus gros de notre travail. J'ai essayé de faire comprendre ça à une adolescente qui prenait la psychoboxe pour un jeu contre moi. Je lui ai dit : « c'est comme si moi je voulais te toucher les seins » et j'ai approché ma main en laissant bien sûr une distance, parce qu'humainement et professionnellement je ne peux pas, mais pour lui faire ressentir l'intention du geste. D'emblée elle m'a viré la main et je lui ai dit : « tu vois c'est ça la psychoboxe, je te mets dans une situation difficile pour toi et ça s'appelle une agression » et elle s'est défendue. Et là elle a pu percevoir quelque chose de l'enjeu de la psychoboxe. »

As-tu des restitutions cliniques de ce qui s'est déroulé pendant les séances ?

« J'ai l'exemple d'une jeune fille de 15 ans placée en MECS qui faisait partie de mon groupe en MECS puis que j'ai retrouvé au CATTP. Elle a subi des violences sexuelles à l'âge de 7ans par trois-quatre adolescents. Elle exerçait également des manifestations de violence sur ses frères et sœurs, se scarifiait, avait un gros problème identitaire. Elle refusait les soins psychiatriques et psychologiques. Avant de tester la psychoboxe je l'avais prise en individuel car avec moi ça passait bien et l'idée c'était de l'orienter vers une psychothérapie. J'ai essayé de lui faire comprendre autrement, je lui ai donné des livres et elle devait marcher dans une pièce, à chaque fois qu'elle passait devant moi je lui rajoutais des livres. A un moment elle avait les bras chargés et n'en pouvait plus. Elle m'a dit « mais Guillaume je vais m'effondrer ». Je l'ai aidée à porter les livres, elle m'a dit « c'est moins lourd », alors je lui ai dit qu'elle avait compris mon expérience : « ce qui t'arrive dans ta vie c'est des fardeaux à porter, tu ne pourras pas forcément les enlever mais par contre quelqu'un peut t'aider à les porter, c'est le travail du psychologue. » Elle a ensuite accepté le suivi psychologique et de pratiquer la psychoboxe.

Pendant les séances de psychoboxe, elle testait toujours le cadre comme pour voir si ça tenait (elle gardait son téléphone et ses bijoux par exemple). Elle prenait beaucoup de plaisir à chaque combat mais y voyait justement uniquement le côté ludique. J'ai voulu lui montrer que ce n'était pas un jeu, même si on peut y prendre du plaisir, mais que c'est d'abord un travail sur soi à faire.

Au premier bilan elle a dit : « je ne sais pas quoi dire, j'aime bien parce qu'on ne parle pas pendant des heures et on est toujours concentré, on peut se déborder en respectant ses forces », « je ne sais pas si ça m'a aidé ».

Lors d'un combat, arrêté à 35 secondes par moi car elle frappait trop fort, elle dit « j'avais des comptes à rendre avec mon père » « je t'ai pris pour mon punchingball ».

Elle a pleuré suite à ce combat, elle est sortie de la pièce et a pu dire que sa problématique de violence ressortait lors des combats.

Lors d'un autre combat, avec beaucoup d'intensité, elle dit : « je veux combattre mais j'en ai plus la force » : elle a senti un décalage entre son corps et son envie. La séance suivante, elle se laissait faire, ne se défendait pas.

Pendant une autre séance, elle a subi le combat tout le long puis elle a mis un coup qui était trop fort comme pour signifier que c'en était assez.

Elle n'a pas pu continuer le suivi chez nous car a eu une autre orientation, a été placée ailleurs, donc on n'a pas le recul sur ses soucis avec la violence. »

Est-ce que finalement ce n'est pas vous les soignants qui essayez de faire bouger des choses dans leur rapport à la violence plus qu'une demande de leur part ?

« Nous on connaît les enfants par leur dossier, on connaît les parents parce qu'on essaie de faire des entretiens familiaux réguliers, donc on connaît déjà un peu leur histoire, est-ce que c'est bien ou est-ce que c'est faussé du coup je ne sais pas. La différence avec un adulte c'est que l'adulte il vient, il a son histoire qu'on ne connaît pas, s'il arrive à en dire quelque chose, elle vient peut-être après. Parce que nous on connaît leur histoire avant mais on n'a pas forcément la mise en mots sur leur histoire. L'enfant qui a subi des violences physiques ou sexuelles il est souvent dans la culpabilité. Il n'a pas les armes d'un adulte pour verbaliser et s'il est dans la culpabilité, c'est encore plus difficile à travailler. Il y a davantage de silence chez un enfant. »

Est-ce que la culpabilité ressort dans les combats justement, ou dans l'après-coup ou c'est plutôt sous-jacent ?

« Je ne sais pas comment répondre à ta question parce que dans le combat tu analyses des choses et après quelle est la limite entre le ressenti et l'interprétation à partir de ce que tu connais de lui. On fait des suppositions entre nous mais est-ce que c'est vraiment ça on ne sait pas on n'a que des hypothèses. C'est compliqué de répondre à ça. »

Ton ressenti est-il que ce serait pareil pour ces enfants avec ou sans la psychoboxe ou est-ce que ça amène quelque chose de plus ?

« La psychoboxe aide à exprimer un mal-être, la réponse qu'ils ont dans le combat dans leur façon de réagir nous le fait ressentir. Après, va-t-on plus loin que de dire que c'est du mal-être ? Je trouve que 8 à 10 séances c'est court. Mais ça c'est parce qu'on n'a pas les moyens pour faire plus. »

Mais justement ce que disait R. Hellbrunn c'est qu'il y a des effets très rapides en quelques séances car passer par le corps permet une sorte de catalyseur qui permet de faire bouger des choses plus facilement que pendant des années par la parole parfois.

« Alors ça chez les adultes peut-être mais chez les enfants non. En 3 séances on peut voir une petite évolution et puis ensuite une régression, c'est comme un élastique, ce n'est pas vraiment stable. La différence aussi c'est qu'un adulte qui a subi des choses dans l'enfance ou l'adolescence maintenant il est adulte il fait sa vie alors que les enfants qui subissent des choses ils retournent dans leur environnement, ils revivent ça et en plus ils se sentent souvent coupables de ce qui leur arrive. »

Comptes-tu continuer le dispositif ?

« Oui j'aimerais continuer mais on n'a plus de droit de faire des groupes avec la covid. Mais la psychoboxe aide les enfants, ils arrivent quand même à dire que ça leur fait du bien. Certains en redemandent aussi.

Il y a des choses qui se jouent aussi par rapport au fait que je sois un homme. Le statut homme-femme chez les enfants n'est pas anodin non plus et ça je le ressens. C'est une question de transfert je pense.

L'enfant avant de faire le combat occupe l'espace, il fait le vide dans sa tête pour se plonger dedans. Une fois qu'il me dit qu'il est prêt on se tape dans les mains avec les gants et dès ce moment-là il y a des gamins qui établissent une stratégie rapidement et rentrent dedans tout de suite, ils tapent avec force et assurance, comme s'ils voulaient en découdre et prouver à eux-mêmes qu'ils sont capables de me toucher. Ça donne des combats intéressants parce qu'ils développent une stratégie et je pense que derrière ils attendent une réponse physique qui va soit les renforcer ou leur signifier qu'ils vont trop loin. Mais ça ils n'arrivent pas à le verbaliser alors j'essaie d'employer l'humour pour leur faire signifier des choses qui se passent dans le combat. Il peut avoir établi sa stratégie ou alors si jamais je l'embête trop, il va se passer plus quelque chose d'archaïque où il va exploser et son corps va répondre d'une manière non pensée. C'est pareil je n'ai pas eu assez de temps pour l'expérimenter suffisamment. »

Peux-tu retrouver dans tes notes des exemples cliniques de ces moments de débordement archaïque ?

« Oui justement la jeune fille dont je te parlais avant, lors d'un combat on a dû arrêter à 35 secondes car elle ne s'était pas rendu compte de sa force, c'est moi qui ai arrêté. Il y avait beaucoup d'intensité, beaucoup de vivacité. Elle m'a dit ensuite « j'avais des comptes à régler avec mon père », là on est dans le transfert. Elle m'a dit « je t'ai pris pour mon punchingball ». Je lui ai rappelé que le cadre de la psychoboxe était différent d'un punchingball sur lequel tu fais ce que tu veux tandis que là tu as une personne en face. Elle s'est mise à pleurer et ensuite elle est revenue et m'a demandé à faire un autre combat.

Le combat suivant était très difficile, avec beaucoup d'intensité. Elle voulait en refaire un autre « à cause de son mauvais combat », « je veux combattre mais je n'ai pas la force de combattre ». Quelque part c'est le psychique qui voulait combattre mais c'est son corps qui ne répondait pas ou soit trop soit pas assez. Elle n'arrivait pas à maîtriser. »

Relecture des notes prises pendant les combats :

« Dans mes notes, les stratégies de fuite reviennent souvent. Toujours pour la même jeune fille, un mardi elle faisait un combat très intense et le mardi suivant elle avait beaucoup de mal à mettre en place une stratégie de défense. Un jour elle a subi le combat pendant une minute à peu près et à un moment donné elle a mis un coup de poing mais trop fort, et ça je pense que c'est archaïque, c'était pour signifier que c'était trop pour elle. Là je ne suis pas intervenu, c'était la fin du combat et je voulais voir ce qui se passait par la suite. C'est souvent des enfants qui se rendent compte d'eux-mêmes, mais là c'était différent. C'est comme si on entrait dans leur espace vital, ça devient intrusif. »

Pour les enfants on utilise plus les médiations, ce qui est marrant c'est que j'ai l'impression qu'en psychoboxe la reprise par la parole est moins élaborée, disponible. On reste plus dans le côté corporel.

« C'est tout à fait ça, on le ressent totalement dans les gestes, le regard. Il y a des enfants tu le sens que tu peux faire ce que tu veux d'eux, ils te laissent taper. Et à d'autres moments où tu sens dans le regard qu'ils te disent « aujourd'hui tu ne m'auras pas ». C'est du ressenti, c'est impressionnant, dans les gestes, les regards, les sourires, les postures. Dans la position des pieds sur le sol aussi, s'ils sont ancrés ça veut dire qu'ils ont envie d'y aller. Chez d'autres c'est plus élastique, un enfant est même tombé tout seul, il était tellement instable, peu en sécurité, ses pieds étaient comme du chewing-gum et il est tombé. J'ai arrêté le combat pour sa sécurité. C'est des enfants qui en général n'ont aucune confiance en eux et tomber devant les autres c'est terrible. »

Là on rejoint la notion d'image du corps. Est-ce qu'elle est construite différemment chez l'enfant ?

« Est-ce qu'elle est construite tout cours ? Si je faisais de la psychoboxe avec un enfant qui n'aurait pas trop de souci, qui n'aurait pas besoin d'être suivi, je verrais autre chose, peut-être plus d'assurance, plus de constance. Un enfant « traditionnel » on lui a donné des armes et je pense que l'image du corps est davantage présente et plus stable. Après ce n'est que de la supposition. »

As-tu senti des réticences par rapport à cette pratique parmi tes collègues ou l'institution ?

« A la journée de service l'année dernière j'ai présenté la psychoboxe, certains étaient critiques, certains étaient emballés, d'autres disaient « pourquoi pas », et d'autres disaient « quelle violence, absolument pas ». Encore une fois cela vient interroger chaque personne dans sa propre violence. Suivant les personnes avec qui tu travailles tu ne pourras pas forcément proposer ce support car déjà travailler avec la violence c'est un peu tabou, ça fait peur même à des professionnels. L'enfant va forcément le ressentir s'ils ne sont pas convaincus. Actuellement je travaille avec deux collègues : une veut bien faire des combats, l'autre refuse d'en faire mais est convaincue par le support car a vu qu'il y a des choses qui se révélaient et donc préfère observer. Dans l'atelier y a quatre enfants et trois adultes. »

A propos des ateliers thérapeutiques en général :

« Tout ce qui est image du corps tu peux le travailler de multiples façons, le théâtre, la danse, les mimes, les ombres, je suis convaincu de ça. »

Annexe 3 : Entretien du 16/10/2020 avec Mme Marie Luthringer, psychologue clinicienne ayant exercé la psychoboxe en psychiatrie adulte à Mulhouse

Présentation du parcours de M. Luthringer :

M. Luthringer travaille depuis 5 ans à l'HDJ Tour Nessel à Mulhouse, à 40% de son temps de travail. Par ailleurs, elle travaille dans une MECS sur Mulhouse et dispose d'un début d'activité libérale sur Strasbourg.

Elle est titulaire d'un Master de psychologie en psychopathologie et psychanalyse de l'université de Strasbourg.

A l'HDJ, son activité principale consiste en des suivis thérapeutiques et à l'animation d'un atelier de *Michael's game* : *« c'est un outil qui a été créé pour les psychotiques et plus particulièrement les schizophrènes, composé de 79 cartes. Plus on avance dans le jeu, plus on se rend compte que Michael est suspicieux, même délirant. C'est un travail de raisonnement par hypothèse, c'est pour aider les patients à critiquer et envisager d'autres hypothèses, par exemple quand ils ont des hallucinations. On voit que c'est très compliqué pour eux d'envisager d'autres hypothèses et même d'un point de vu créatif. »*

Présentation du service :

L'HDJ propose des prises en soin pour toutes pathologies confondues : schizophrénie, autres types de psychoses, personnalités état-limite, personnalités anxieuses, burn-out, addictions. Il y a un partenariat avec le CRM qui permet de travailler sur les réorientations professionnelles.

La demande initiale de formation en psychoboxe :

« Tout est parti d'un cas compliqué. C'était un jeune homme d'une vingtaine d'années, avec une histoire compliquée qui nous racontait qu'il avait des moments où des choses pouvaient le faire switcher dans sa tête, il devenait violent. C'était souvent pour défendre la veuve et l'orphelin sauf que dans ces moments-là il n'était plus là. La question était de savoir comment travailler cette violence dont il n'avait pas conscience et qu'en plus il idéalisait en version super-héros. Il n'avait aucun souvenir, c'était les autres qui racontaient ce qu'il avait fait.

On voyait bien qu'il ne voulait pas trop creuser. On retrouve ça chez les enfants abandonniques ce truc du super héros, il défend les faibles. Il y avait aussi quelque chose du côté du corps, suite à sa dernière défenestration il avait été hospitalisé pendant des mois, on voyait que le corps faisait enveloppe psychique. On se sentait impuissant par rapport à ce jeune et je pense que le médecin avait entendu parler de la psychoboxe. On avait aussi des patients état-limite qui nous posaient question, on avait l'impression de ne pas arriver avec

eux. Il y avait quelque chose à travailler du côté du corps, de la violence et de l'impulsivité avec ces patients-là. »

La formation :

Ils ont bénéficié de 6 journées de formation avec R. Hellbrunn. La psychiatre, la psychomotricienne, un infirmier et deux infirmières se sont formés. Tous les membres de l'équipe n'ont pas voulu se former. *« On a vraiment découvert avec lui, pour apprendre on a psychoboxé devant les autres. »*

Comment avez-vous perçu cette pratique ?

« Comme quelque chose d'original, on est tellement dans une crainte de la violence alors qu'on a tous une violence en nous et on passe notre temps à la dénier, alors qu'il s'agirait de l'affronter pour ne plus en avoir peur. Dans sa manière de former, nous on est amené à psychoboxer, le pense que c'est la bonne manière pour comprendre ce que ça va générer chez les patients avec qui on va psychoboxer je trouve ça bien d'en être passée par là. On n'a pas l'habitude d'être dans cet éprouvé corporel là. De l'avoir fait soi-même, c'était très intéressant parce que, moi qui n'avais jamais boxé, c'est de voir qu'on se prend au jeu, c'est une autre écoute de son corps, c'est un éprouvé corporel nouveau, différent. Il y a cet autre en face qui renvoie quelque chose dans son visage. Pour le coup R. Hellbrunn peut avoir un regard très dur. Ce qui a été important pour moi c'est le retour des autres qui m'ont renvoyé que je n'avais plus le même visage, qu'il était devenu extrêmement dur alors qu'à la base je suis plutôt quelqu'un de léger, souriante. Et en même temps je sais que c'est aussi une partie de moi. Je pense que la psychoboxe permet de faire sortir des choses et permet aussi à ceux qui observent de voir des choses sur la personne. »

Comment avez-vous amené ça sur le plan institutionnel ?

Le médecin avait déjà une certaine idée des patients qui pourraient en bénéficier car avait beaucoup lu sur le sujet. Ils avaient également pu échanger sur les situations cliniques pendant la formation. *« Comme les 6 séances étaient étalées sur plusieurs mois, ça nous a permis de commencer la psychoboxe et de faire des retours pendant la formation. Richard a d'ailleurs fait une séance avec le patient en question pour introduire la pratique de la psychoboxe. »*

L'infirmier du groupe avait déjà une formation en sport de combat, il n'avait donc pas peur des coups, c'est souvent lui qui faisait les combats. M. Luthringer était souvent observatrice.

La fin de la pratique :

Actuellement, la psychoboxe n'est plus exercée à l'HDJ de Mulhouse depuis un an.

La pratique a également duré un an. La psychomotricienne et l'infirmier sont partis. Seules 3 personnes sont encore formées dans l'équipe. La pratique s'est essoufflée d'elle-même. *« Je pense que c'était rassurant pour nous qu'il y ait Éric. Après il y a eu des soucis institutionnels qui ont joué. »*

Les indications cliniques à la pratique :

Tous les soignants peuvent proposer l'indication à la psychoboxe mais c'est toujours validé par le médecin.

Les indications cliniques étaient les patients état-limite avec des problématiques liées aux violences physiques, psychologiques, sexuelles.

Les objectifs thérapeutiques :

-Accompagner dans l'élaboration des émotions et des ressentis, en association avec des souvenirs, des situations vécues, des affects. *« C'était des personnes à court de discours, encore ancrées par leur histoire, qui étaient souvent depuis longtemps dans le circuit de la psychiatrie. On voulait apporter autre chose parce qu'elles dégagent beaucoup de violence, disaient des choses avec beaucoup d'agressivité. Elles avaient une violence dans ce qu'elles avaient vécu mais aussi dans ce qu'elles pouvaient projeter sur les autres. Et là on leur proposait un cadre dans lequel on parle de cette violence, on va même la mettre en acte dans un endroit où vous allez être protégé où contrairement aux autres fois ce n'est pas vous qui subirez ces violences c'est vous qui choisissez quand ça commence et quand ça s'arrête. Vous pouvez être actrice de quelque chose que vous avez subi plusieurs années. »*

-Réactivation de la mémoire, passer par le corps pour arriver à la parole.

Combien de patients ont bénéficié de la psychoboxe ?

Entre 5 et 10 patients à raison de 2-3 séances.

« On les invitait à redemander des séances mais peu en ont redemandé. »

Est-ce que vous pensez que pour les personnes qui ont du mal à élaborer, à mettre des mots, la psychoboxe et les thérapies à médiation sont de bonnes indications ?

« Oui c'est proposer à des gens qui ne peuvent pas parler de leur violence. Je l'observe dans le foyer dans lequel je travaille. Là le fait qu'il y ait une élaboration avant et après, ça permet de mettre des mots sur ce que la personne n'arrive pas à dire elle-même. C'est une manière de prêter ses mots à l'autre. Par exemple lui dire « j'ai senti que tu étais submergée, que tu en prenais de tous les côtés », peut-être qu'elle va me dire « pas du tout ». Ça ne veut pas dire que c'est toi ou moi qui ait raison, mais en qualité d'observateur j'ai une légitimité et en tant

que personne qui le vit tu en as aussi une. C'est ce qu'on fait en psychothérapie on rebondit sur les paroles des gens, après ça leur parle ou ça ne leur parle pas. S'il y a quelque chose à y comprendre ça va s'inscrire dans l'inconscient. Après je pense qu'il faut miser sur l'inconscient de l'autre et permettre que cette personne arrive au moins à gérer physiquement ses combats. Et justement pour les personnes qui n'arrivent pas bien à élaborer il faudrait les surveiller dans les jours suivant le combat car on peut observer des effets dans leur comportement. »

Quels effets sur les patients avez-vous observé ?

« Certains ont eu des cauchemars, des reviviscences, des ruminations mais en même temps c'était riche sur ce qu'ils voulaient dire. Moi qui suivais ces patients en thérapie ça redonnait une dynamique. Pour certaines, le fait que ça se poursuive en thérapie fait qu'elles n'avaient pas forcément besoin de retourner dans le combat. Par contre je pense qu'il faut trouver le bon moment dans la relation thérapeutique. Tout dépend du transfert entre le patient et son thérapeute et s'il est prêt et quelle est sa demande. De manière générale c'est le cas pour toute médiation. D'ailleurs quand le traumatisme est trop frais ce n'est pas bon. »

Exemple d'un cas clinique :

« C'est une patiente de 50 ans, ayant un fils de 30 ans, qui a été abusée pendant environ 15 ans. Même majeure, alors qu'elle était en couple, elle a continué à se faire abuser par son oncle. Il y a un climat incestueux dans cette famille, elle soupçonne d'ailleurs que sa mère ait été abusée et que c'est pour ça qu'elle n'a pas pu la protéger. Sa sœur a aussi été abusée par cet oncle. Le père était alcoolique. Cet oncle a une femme et on sent vraiment la place que peuvent avoir certaines femmes des auteurs de violences sexuelles qui peuvent avoir un rôle de rabatteur. La patiente trouvait en cet oncle et cette tante une sorte de couple parental qu'elle n'avait pas. Elle était mise en place de fille pour eux. Elle était en thérapie depuis des années, a eu plusieurs hospitalisations et des traitements par régulateur de l'humeur. Elle a une personnalité dépendante également. Son premier petit ami a fait de la prison pour avoir abusé des enfants qu'elle gardait. A présent elle est en couple. Quand elle parlait tout était agression, elle se sentait agressée par tout, tout le temps et projetait cette agressivité sur les autres. Il y avait des cauchemars aussi. L'objectif était de travailler ce positionnement « subi » de victime. C'était Richard qui faisait le combat. Elle a compris cette pratique comme un moyen de travailler sur cette colère. Lors du temps d'échange préliminaire elle pleure. Il y aura deux combats : Durant le premier elle est présente mais reste stoïque, se prend des coups. Ce qui nous a frappé c'est sa mollesse, elle tapait dans les gants du psychoboxeur et pas dans le corps de l'autre. Elle poussait le gant. Là où elle est très incisive et agressive dans sa parole, elle n'était pas du tout comme ça dans le combat. Elle a beaucoup pleuré, elle a dit que ça a fait remonter des choses négatives ». Richard était rassurant, contenant, il accompagnait les larmes par des mots. Elle accepte de faire un deuxième combat, qui n'a rien à voir, elle prend du plaisir, avant elle était victime et ailleurs, maintenant elle est présente

dans l'espace. Mais les larmes étaient encore plus importantes. Je l'ai vue en rendez-vous psychologique deux jours plus tard. Elle a dit que beaucoup de choses lui étaient revenues, des souvenirs, des choses un peu oubliées. Je me demande si ce n'est pas la place de cette tante qui lui est revenue, qui la faisait culpabiliser de ne pas venir, alors qu'elle fixait tout sur son oncle. Elle avait beaucoup de questionnements sur le côté positif de revivre tout ça. Moi j'avais l'impression que ça ouvrait à nouveau quelque chose qui pouvait être travaillé. Je trouve que ça lui ressemble beaucoup ce côté où elle est impuissante et ensuite elle est là.

Pour une autre patiente c'était l'inverse, elle était dans le premier combat présente et vindicative puis très passive dans le deuxième. Ça représente totalement cette patiente dans ses relations. »

Qu'est-ce qui est efficient selon vous dans cette pratique ?

« Un positionnement différent, passer d'un statut de victime à un statut actif, leur montrer qu'elles ne sont pas obligées de subir encore. Il aurait fallu être plus assidu dans la pratique pour noter plus concrètement les bénéfices.

Dans des choses plus immédiates, pour certaines personnalités, elles se sentaient mises à nu mais en même temps fières d'être au milieu parce que mine de rien ça fait deux personnes présentes pour une personne pendant environ une heure. Ils avaient besoin de se renarcissiser. Avec cette crainte d'anéantir l'autre si on se laisse aller.

On n'a pas pu développer cette sensibilité de l'expérience car on ne l'a pas pratiqué assez. On n'avait pas encore le recul pour pouvoir l'ouvrir à d'autres patients.

Je dirais que dans le sociodrame et le psychodrame on rejoint cette pratique. Les moments de violence peuvent être mis en scène, par les mots. »

Y-a-t-il eu des freins à cette pratique ?

« On avait une salle, des personnes formées et motivées donc non pas vraiment. On était rassuré avec Éric car on n'avait peur que les patients puissent « vriller » à un moment donné pour X raisons. Dans la réalité on a énormément d'ateliers, je ne suis là qu'à 40%, si on enlève les 3h de réunion, les 1h30 de Michael's game je n'ai même pas le temps de voir tous les patients en suivis. C'est une question de temps, c'est la seule grande salle qu'on ait donc il faut la partager avec les autres ateliers, on a beaucoup d'ateliers. C'est ce qui fait qu'on est un peu éparpillé, on fait un truc pendant un temps puis on le fait plus. En même temps c'est stimulant. Je pense qu'il faut que ce soit pleinement porté par quelqu'un. Et comme on nous en demande beaucoup dans l'institution on n'a pas forcément l'énergie pour le porter. »

Annexe 4 : Entretien du 12/08/2020 avec Mr Lionel Raufast, psychologue clinicien et président de l'institut de psychoboxe

Présentation du parcours de L. Raufast :

« Avant de faire psychologue j'ai fait STAPS, mon père pratiquait les arts-martiaux à haut niveau, j'ai fait 4 ans d'études en STAPS d'où une sensibilité au corps. Ça m'avait rendu sensible à cette question du corps en mouvement, du corps relationnel, comment on peut travailler avec lui sur des aspects pédagogiques. J'avais une spécialité avec des publics vulnérables, j'avais fait des stages en ITEP, en hôpital psychiatrique, en atelier occupationnel où j'ai travaillé le corps au niveau pédagogique. Déjà il y a une écoute corporelle qui vient de ma trajectoire sportive d'arts-martiaux et aussi de ma formation qui n'est pas une formation en psychologie. J'animais un atelier judo et un atelier danse avec des jeunes filles qui étaient en ITEP et je voyais des manifestations du corps que j'étais incapable d'interpréter, des mouvements du corps, des angoisses, des manières d'entrer en relation du corps qui interrogeaient, je n'avais aucun outil pour le comprendre donc j'allais voir la psychologue qui ne savait pas trop, c'était mon déclic pour faire psychologie. Donc c'est quand même le corps et les mouvements énigmatiques du corps qui ont été le déclic pour faire psychologue.

Une fois que j'ai fait psycho, j'ai gardé cette question des mouvements énigmatiques du corps, je me suis mis à faire beaucoup de théâtre et mon interrogation sur les mouvements énigmatiques du corps s'est enrichie de la pratique de la scène. J'ai quitté un peu le monde sportif pour arriver à un monde expressif, où l'objectif c'est d'utiliser son corps pour faire naître des émotions, pour incarner un personnage, pour toucher un spectateur. Mais cette question que j'avais rencontrée dans cet atelier danse était la même : d'où ça vient ces mouvements énigmatiques du corps, d'où ça vient et comment on peut les comprendre et quels effets ils peuvent produire sur l'autre ? En psychologie je n'ai pas trouvé beaucoup de réponses, il y avait peu de formation, je suis allé voir mes enseignants de l'époque pour leur dire « j'aimerais travailler sur le langage du corps dans les ateliers théâtre ». Toutes mes études ont été hantées par cet aspect du mouvement expressif du corps, j'ai eu peu d'interlocuteurs intéressés en psycho : ils avaient tous des pratiques majoritairement verbales que ce soit les tests où on est assis, on dit ce qu'on voit, on ne chante pas on ne danse pas ce qu'on voit et les entretiens qui étaient des pratiques majoritairement verbales où le corps était assis, couché mais pas en mouvement.

Du coup grâce à une rencontre d'un psychanalyste phénoménologue qui s'appelle Jacques Biroust de Paris X, j'ai pu enfin trouver quelqu'un qui considère que le corps en mouvement peut exprimer des choses, peut avoir des effets, qu'il y a des intelligences du corps et qu'on peut travailler sur ça en psychologie et évidemment en thérapie. C'est tardif, je te parle de mon Master 2 recherche qui s'appelait « corps de vie, corps de mort ». Je suis allé finir mes études à Nice qui était le seul endroit avec Lyon qui s'intéressait aux pratiques artistiques appelées les pratiques à médiation thérapeutique. Et donc j'ai fait une thèse sur la sensorialité, l'intelligence du corps et qui finit sur une proposition d'utiliser le théâtre pour travailler cette dimension psychocorporelle qui est en jeu dans les souffrances des travailleurs

sociaux.

A partir de ce moment-là, j'ai enseigné le théâtre thérapeutique et je l'ai pratiqué majoritairement en ITEP.

Suite à ça j'ai été recruté dans un centre thérapeutique fermé sur ce critère-là. Les gamins ne voulaient pas aller voir le psy, ils se sont dit que s'ils ne peuvent pas parler ou que le fait de parler leur rappelle trop le scolaire, là où ils ne sont pas doués, peut-être qu'ils voudront faire du théâtre. J'avais mis en place dans mon projet une médiation sportive qui était un petit match de foot suivi d'un groupe de parole. J'ai fait un atelier de théâtre thérapeutique avec un comédien pour des adolescents délinquants multirécidivistes, des violeurs, des meurtriers. Ça a bien marché dans le sens où les gamins commençaient à parler mais surtout ils mettaient en scène dans leur manière de bouger, de toucher, d'être touché, des choses dont on a su après coup qu'elles renvoyaient à une partie de leur histoire avec de la violence et de la sexualité, les deux étant mêlées de manière traumatique en général.

Par ce biais j'ai rencontré Mr Richard Hellbrunn, qui est venu former l'équipe du CEF aux situations de violence. Je venais juste d'être recruté comme psychologue. Je rencontre ce type qui me dit qu'il fait ça depuis 30 ans alors que je croyais être le seul à faire ça et qu'il a pensé les choses. J'avais fait un petit document sur la médiation sportive et à quoi ça sert, qui est un document d'étudiant thésé donc théoriquement plutôt pas mal mais cliniquement un peu léger. Sur cette base on a discuté avec Richard, on a combattu en psychoboxe et on a débattu sur qu'est ce qui pouvait être thérapeutique dans une médiation, quelle est la place du corps et du psychologue dans cette médiation.

Je me suis tout de suite formé à la psychoboxe et mis en place un atelier de psychoboxe au CEF qui a duré longtemps où j'accueillais les gamins qui violaient, qui tuaient, qui torturaient, donc avec des problématiques de violence très lourdes qu'ils portaient à la fois dans ce qu'ils pouvaient en dire et comment ils pouvaient le mettre en scène dans leur manière de bouger, de réagir à un combat, d'être touché, de toucher donc on a travaillé pendant des années d'abord sous la supervision de Richard puis seul avec une co-thérapeute.

En parallèle j'ai pu être didacticien et en 2016 j'ai succédé à Richard à la présidence de l'institut de psychoboxe.

J'ai beaucoup utilisé la psychoboxe pour soutenir les équipes en proie aux situations de violences, déjà la mienne au CEF, pour refaire l'expérience de ce qui se passait pour les aider à comprendre ce que leurs intelligences du corps pouvaient exprimer par rapport à ça parce que des fois on est d'accord entre ce qu'on dit et ce qu'on fait et des fois on dit un truc et dans le combat on dit autre chose, c'est là où c'est intéressant. Et des fois on ne peut rien en dire et au niveau du corps c'est sidéré et paralysé. J'ai aussi travaillé avec une équipe à Nîmes dans un lieu de vie qui accueillait des gamins « fracassés », j'ai aussi travaillé avec une équipe de centre éducatif fermé à Mont de Marsan et une autre à Hendaye qui brûlait régulièrement tous les deux ans.

J'ai ouvert un cabinet il y a 3 ans où j'accueille des adolescents de structures de Montpellier mais aussi un public plus classique de psychanalyse pour des personnes qui souhaitent faire

une psychanalyse un peu différente et qui alternent séances de psychanalyse classique et séance de psychoboxe. C'est donc une sorte d'hybridation entre la psychoboxe et la psychanalyse pour des adultes qui ont souvent un fonctionnement borderline mais très socialisés et qui occupent des places sociales plus valorisantes (artistes, universitaires) mais qui conservent une intelligence du corps qu'ils mettent en scène même s'ils veulent encore faire des séances de psychanalyse.

L'atelier de théâtre thérapeutique au CEF s'est arrêté en 2019 suite au départ du comédien qui travaillait avec moi mais aussi suite à une confusion au niveau des objectifs de l'atelier et de ce qui faisait la dimension thérapeutique de l'atelier et non pas éducative ou occupationnelle. L'équipe éducative ne comprenait pas que des manières de parler ou de se comporter soient autorisées sur scène alors que c'était interdit au CEF. Ils venaient les amener et les chercher à l'atelier et donc voyaient les improvisations des jeunes avec des manières de parler et de bouger qui étaient interdites au CEF. Ils ont considéré que l'atelier était contreproductif et subversif puisque l'enjeu c'était la disparition des conduites déviantes et non pas la mise au travail dans leur histoire et leurs mécanismes de défense. Ça a sonné le glas de cet atelier, ce qui est intéressant car ça pose la question de qu'est-ce que seraient les objectifs d'un atelier artistique ou sportif à objectif thérapeutique par rapport à un atelier à objectif éducatif ou occupationnel et de loisir.

J'ai mis en place un laboratoire de recherche avec des étudiants pour continuer à me questionner sur la violence en théâtre. On se voyait une fois par mois, sur une journée avec 5-6 cliniciens que j'avais formé à la fac pour expérimenter des contes, des scènes de théâtre et puis discuter sur justement qu'est ce qui s'est joué là-dedans pour rester dans le domaine thérapeutique et comment on peut le proposer en thérapeute et pas en animateur d'atelier théâtre ou en artiste. Il s'est achevé il y a 6 mois.

Depuis mon recrutement à l'université Paul Valéry à Montpellier, je suis la majorité des mémoires des étudiants qui veulent travailler sur les ateliers à médiation thérapeutique (danse-thérapie, conte-thérapie, musicothérapie...) et je forme les étudiants au théâtre thérapeutique en dernière année. Par exemple cette année j'ai 3 mémoires de Master 2, une étudiante qui a fait son stage en théâtre thérapeutique dans un ITEP, une étudiante qui a fait son stage dans une MECS en musicothérapie et l'autre en danse-thérapie à l'hôpital en psychiatrie et où elle a eu grand mal car personne n'a compris la dimension thérapeutique.

Donc il y a une hybridation entre mon rapport à la psychoboxe et au théâtre, à la dimension scénique, à la dimension expressive et aux intelligences du corps. Comment les comprendre, comment les accueillir, quels sont les enjeux et comment en tant que cliniciens on réagit et on met en travaille ?

J'ai écrit un bouquin sur la médiation thérapeutique par le théâtre qui s'appelle : « Freud et Dionysos sur la scène thérapeutique, médiation par le théâtre ». »

Exercice de la psychoboxe et du théâtre thérapeutique actuellement :

« Au CEF je ne combats plus, j'ai formé quelqu'un qui occupe la place du psychoboxeur, je suis sur le côté, je veille à ce que la force des coups ne dépasse pas une force où la dimension expressive est recouverte par la dimension réelle du combat et je travaille avec l'équipe du CEF. Et au cabinet je ne combats pas, je suis observateur. Et je travaille aussi dans un foyer avec des jeunes filles. »

Quelles ont les indications à la psychoboxe selon toi ?

« La première indication est la violence au sens large : la violence physique, psychique, émotionnelle, les relations compulsivement conflictuelles dont on ne se sort pas, les relations d'emprise (exercer un contrôle violent sur l'autre), soit du côté passif soit du côté actif soit un subtil mélange des deux. Donc les phénomènes de violence comme symptôme.

Ensuite c'est le désir de passer par une mise en scène qui implique le corps. Certaines personnes préfèrent juste en parler, certaines ne sont pas prêtes, elles ont peur qu'en passant par le corps ça explose puisque le corps ne peut être que jouissance, « si je passe par le corps ça va péter » donc elles sont dans un clivage corps-esprit : « si j'en parle ça ira mieux mais si je passe par le corps ça ne peut que péter ». Ces patients sont résistants à la psychoboxe. Il y a aussi des gens qui ne peuvent pas, les psychotiques trop morcelés ou ceux qui ne veulent pas bosser par le corps. C'est-à-dire il y aurait le clivage civisationnel et eux en rajouteraient c'est-à-dire ce sont des patients modèles en thérapie et qui font un peu n'importe quoi le week-end, ils se battent, ont des conduites à risque. Ils maintiennent une forme de clivage, ils peuvent en parler et élaborer sur leur comportement mais ne travaillent pas dessus avec le corps. Par exemple chez les anorexiques qui sont très brillantes, qui interrogent de manière subtile le fonctionnement familial, parfois ayant lu de la psychologie, posant des questions déstabilisantes sur nos rapports théoriques et quand elles rentrent chez elle c'est la crise de boulimie ou d'anorexie, avec le corps aux premières loges et ça ne se passe pas dans la relation thérapeutique. Si vous voulez travailler le corps avec elles ce n'est pas possible. Le seul fait de toucher et d'être touché devrait être maintenu hors de la relation thérapeutique, donc c'est très compliqué de proposer de la psychoboxe à ces patients car ils se défendent en faisant l'hypothèse que si on touche à leur corps peut-être qu'il y a des trucs qui vont lâcher. Souvent ce qui marche c'est deux séances classiques, une séance de psychoboxe et ainsi de suite. Ça fait des thérapies dysharmoniques avec la parole puis le toucher. Les patients qui rajoutent un clivage en maintenant la question de l'intelligence du corps à l'écart des processus thérapeutiques alors même qu'au niveau verbal ils donnent le masque d'un patient modèle, c'est à la fois très difficile de les orienter en psychoboxe et dans l'absolu ce sont ces patients qu'il faut orienter en psychoboxe.

Il y a aussi beaucoup de patients addictes : très brillants et quand ils prennent de la cocaïne ils font n'importe quoi. La question du corps est traitée en dehors avec l'addiction, on la maintiendrait en dehors de manière active à l'extérieur du processus thérapeutique.

Les phénomènes de violence aussi, la femme victime de violence qui fait une séance remarquable où elle comprend ce qui l'a attiré chez cet homme, comment elle est dans l'emprise et qui retourne chez elle et continue à se faire battre. »

Indications plus globales aux thérapies à médiation artistique :

« Tous ces clivages corps/esprit où l'on maintient activement, parfois de manière inconsciente, la dimension du corps expressif à l'extérieur de la relation thérapeutique me semble une indication beaucoup plus intéressante que « il ne peut pas parler alors on va passer par le corps » qui a mon avis me semble être une fausse bonne idée. La psychothérapie psychocorporelle me semble même être une psychanalyse pour les nuls. Il ne pourrait pas faire une psychanalyse en parlant donc on va passer par le corps comme si le corps était de niveau inférieur de la relation dans lequel il faudrait bien consentir à régresser quand on ne peut pas s'exprimer correctement. Pour moi là ce sont des indications qui amènent souvent des échecs, car les problèmes du patient ne sont pas là en général.

Les indications qui sont les plus impressionnantes au niveau des résultats c'est un patient qui aurait passé sa vie à maintenir la question du corps relationnel en dehors du processus thérapeutique et qui à un moment donné pour une raison ou pour une autre se mettrait à remettre la question du corps expressif et relationnel au cœur de la relation thérapeutique. En termes de psychopathologie il y a toute la question des troubles addictifs, des troubles alimentaires, les troubles du comportement, les troubles borderline tous ces fonctionnements limites avec lesquels on ne sait pas quoi faire car ils utilisent l'extériorisation du conflit, la mise en scène du corps pour régler les problèmes. Tous les fonctionnements limites qui prennent l'offre de réintroduire ce corps là de mise en scène non pas en dehors ce sont les résultats les plus spectaculaires. Ce sont des indications bien plus pertinentes pour la psychoboxe et les thérapies à médiation artistique.

Le névrosé très cortiqué ça va l'intéresser mais ce ne sera pas une indication première.

Ces problématiques limites où le corps est à la fois au centre de la symptomatologie et maintenu soigneusement éloigné de la relation thérapeutique, sont les indications privilégiées d'une thérapie par le corps. Il faudrait que les équipes arrivent à repérer ces situations. Il faut former les équipes à détecter ça et proposer ce genre de thérapies. Le patient souffre quand même beaucoup de ça, à la fois ils ont un bénéfice secondaire à le faire et à la fois qui est présent pour les comprendre quand ils sont dans ces états-là, pour les comprendre quand ils deviennent violents ? Qui est présent pour les comprendre dans leurs crises de boulimie, quand ils sont sous cocaïne ? J'ai déjà fait une séance de psychoboxe avec une patiente sous cocaïne mais finalement elle me disait la même chose mais elle me donnait à voir un corps en transe qu'elle gardait pour elle. Qui est présent pour les comprendre quand ils ont des conduites sexuelles à risque ? Ils peuvent s'adresser à quelqu'un sans que l'autre parte en courant ou prévienne la police ou donne des médicaments. Je peux adresser cette modalité relationnelle qui est à la fois le cœur de ma souffrance et que je maintiens extérieure à la relation thérapeutique. On voit des patients se redresser de manière

spectaculaire. J'ai une patiente qui a été violée par ses cousins pendant des années et elle n'osait pas dire à ses parents ce qui se passait, de brillants entrepreneurs qui n'avaient pas le temps d'entendre ça et avaient sûrement des raisons de ne pas l'entendre. Les cousins ont aussi violé sa sœur. La patiente était en posture sacrificielle. Quand la patiente est allée voir sa mère, elle n'a pas voulu entendre. Ça plus un avortement après lequel la mère a « trainé » sa fille pour aller voir tous les psys comme on lave un gamin de manière compulsive, elle s'est mise à développer des rebellions du corps sous la forme de tentatives de suicide, de scarifications, de troubles alimentaires spectaculaires mis en scène qui ont bouleversé toute la famille. En psychoboxe on avait l'impression que tout pouvait exploser à tous moments et maintenant elle commence à aller mieux parce qu'elle a compris que ces comportements ont un sens et maintenant elle peut commencer à en parler voire me les montrer. Après les séances de psychoboxe elle se sent mal 3 jours puis a un rebond spectaculaire où elle commence à mettre du jeu, de la distance avec cette mélancolie profonde sur fond de psychotraumatisme. Elle a pu faire rentrer les états du corps dans la relation thérapeutique. Non seulement elle commence à faire entrer le corps dans la relation thérapeutique mais en plus dans la relation d'elle à elle, le corps n'est plus quelque chose de clivé de l'extérieur. Quelqu'un considère que ces transes-là sont entendables, qu'elles sont entendables et qu'elles sont expérimentables dans la relation thérapeutique. Ses crises diminuent.

Ensuite il y a la question de qu'est-ce qui différencierait un entraînement de boxe éducative, un atelier de théâtre loisir avec un infirmier par exemple, un atelier de danse avec une danseuse qui aurait fait un stage de développement personnel et qui serait sincèrement attentive à la relation thérapeutique d'un atelier de thérapie psychocorporelle médiatisée ? C'est une question théorique, clinique et professionnelle qui est peu travaillée. La mode des ateliers thérapeutiques a explosé ces dernières années sans que l'élaboration théorique, clinique et technique ait suivi.

Ce que je pense : déjà il y a une ligne de démarcation entre la médiation artistique et la thérapie médiatisée par l'art :

Dans la médiation artistique l'hypothèse sous-jacente est que l'art soigne par lui-même. Par exemple faire de la boxe soignerait la violence, faire du théâtre soignerait la phobie sociale, faire de la danse soignerait l'anorexie car la création artistique serait thérapeutique en elle-même. C'est un courant fort, qui peut parfois être celui de l'art thérapie. Il y a différentes écoles d'art-thérapie. Et donc celui qui serait à côté serait juste là pour accompagner pour mettre en place la dimension soignante de l'art ou de la boxe. Le thérapeute serait l'art. Ceci n'a rien à voir avec les thérapies psychocorporelles.

Et puis il y aurait l'autre courant qui dirait que l'art ou la boxe serait une manière pour le thérapeute d'avoir accès ou de pouvoir rencontrer l'autre sur certaines dimensions. Il y a 3 points :

-La question du transfert : on pense que l'art sait des choses sur nous que l'on ne saurait pas. Le transfert va passer à travers le médium pour atteindre le thérapeute.

On va rejouer un certain nombre de scénarios qui nous font souffrir. Il faut quelqu'un pour l'entendre et savoir travailler avec ça c'est-à-dire ce que je vais projeter dans ma manière de chanter, de jouer, de boxer, une sorte de sens dans ma pathologie qui se réactualise dans mes productions artistiques ou dans ma manière de combattre.

-Le professionnel qualifié : Et donc il faut un professionnel qui ait la capacité de l'écouter, qu'il y ait quelques modélisations et outils pour réagir avec ça dans une dimension thérapeutique et de comprendre que le transfert lui est adressé à travers la médiation. Et ça n'importe qui ne peut pas le faire, il faut des gens formés à ça ayant un parcours en psychopathologie clinique, en psychiatrie, en psychologie clinique qui vont permettre d'identifier ce qui est rejoué dans la manière de pratiquer et de pouvoir identifier les enjeux de la relation. Savoir quoi faire en termes de stratégie thérapeutique, enjeu de diagnostic, de repérer les enjeux transférentiels et puis de pouvoir proposer et accompagner une stratégie thérapeutique à travers le médiateur.

-Dans le transfert et la relation thérapeutique, les thérapies à médiation corporelles sont précieuses pour investiguer la dimension corporelle de la psychopathologie. On a accès à tout un tas de données du corps expressif, du corps en mouvement, de la gestualité, du toucher qui peuvent être extrêmement importantes dans la souffrance du patient. L'expliquer permet de mieux la comprendre, de mieux intervenir. Les thérapies à médiation corporelles sont des outils spécifiques sur comment les intelligences du corps sont impliquées dans la symptomatologie. Et là ça devient intéressant car il amène une plus-value sur l'implication des intelligences du corps sur la symptomatologie. Chez les borderline c'est extrêmement important de le comprendre, dans les troubles alimentaires, dans la violence aussi. C'est pour ça que ce n'est qu'un médium, ça se différencie d'un atelier occupationnel car il ne s'agit pas juste de passer un bon moment. Ce n'est pas un atelier éducatif on n'a pas de message à faire passer ou à rééduquer et on n'est pas non plus dans un atelier de production artistique à visée esthétique (le beau, faire un spectacle). A mon avis il faut débarrasser l'atelier thérapeutique de la production de spectacle et il ne faut pas mentir au patient en lui faisant croire qu'il vient pour faire un spectacle et on fait passer des objectifs thérapeutiques dans son dos. »

Qu'est-ce que signifie les intelligences du corps ?

« C'est un concept issu de la psycho-phenoméologie de Christophe Dejours qui est un psychosomaticien professeur d'université à Paris, dans la lignée des travaux de Pierre Fedida. C'est de penser que les mouvements du corps, la sensorialité du corps ne serait pas que du côté de l'excitation, de la jouissance, de l'absence de pensée mais dans certaines conditions serait subverti pour exprimer quelque chose dans la relation. Il y aurait une liaison entre le corps, l'expression et l'affect, (quand je dis le corps c'est « la sensation, le geste ») qui serait une dynamique spécifique de la relation humaine et qui ne pourrait pas être confondue avec la dimension a-relationnelle du corps biologique ou de l'excitation du passage à l'acte ou de la jouissance mais ni être confondu non plus avec une reprise simple par la parole. Ce serait une modalité de l'expression humaine ou le geste et le toucher seraient subvertis par la relation

pour exprimer quelque chose d'énigmatique dans la relation. Ce serait une dimension spécifique du travail spécifique.

L'intérêt est d'y avoir accès d'une certaine façon. Il y a quelque chose d'énigmatique dans le geste qui appelle l'interprétation. Il s'agit d'abord se mettre en relation avec cette dimension énigmatique, autoriser son expression, et repérer les accidents, les clivages, les souffrances de ce corps énigmatique. A la fois il y aurait une écoute spécifique mais aussi des méthodes d'intervention thérapeutiques qui sont encore à spécifier et à inventer et c'est pour ça qu'il faut des gens formés.

Exemple de comment l'on intervient dans les intelligences du corps : c'est une patiente en psychoboxe, lui revient un geste de son père où elle se chamaille dans l'eau avec son petit frère et son père sans la regarder plonge sa tête sous l'eau. Dans un premier temps elle se dit qu'il veut juste la punir et lui faire peur puis il poursuit et elle pense qu'il va la tuer. Elle essaie de lui montrer par son corps expressif qu'elle est entrain de mourir. Elle se dit à un moment donné qu'elle est morte, c'est à ce moment-là qu'il retire sa main. C'est là que la dimension du geste dynamique relationnel où elle se demande ce qu'il signifie et à la fin il n'est que pure mortification. Ça laisse des traces dans l'image du corps, quand je dis il est subverti dans la relation c'est dans les meilleurs cas parce qu'il y a des fois où ce passage du corps hors relation au corps relationnel il est barré par une violence, une emprise, une perversion et c'est ça sur quoi on peut travailler. Par exemple la personne anorexique qui te parle très facilement et quand on touche à son corps c'est comme si le corps relationnel était gelé et qu'elle ne savait pas répondre à quelque chose d'aussi simple que ça parce qu'il y a eu un échec de la mise en place du corps relationnel. Donc tu peux aussi repérer ce que les gestes veulent dire et là aussi où ça a été mortifié, où il n'y a pas de corps relationnel et donc l'intérêt serait de le revitaliser. Ce n'est pas juste de comprendre ce que le langage du corps voudrait nous dire, ça à la rigueur on est dans quelque chose de névrosé, c'est plutôt de repérer chez des patients borderline là où les aspects relationnels du corps, du geste, du lien entre l'émotion et le geste ont été congelés par un corps par un geste qui les a mortifié, et là ça devient plus intéressant au niveau thérapeutique. C'est là où le corps s'est retiré de la relation, où le geste ne veut plus rien dire et est maintenu en dehors de la relation. A travers ces thérapies psychocorporelles le but est de ramener le corps dans la relation, ramener dans le partage d'affects et de gestes des pans entiers du corps qui s'étaient retirés de la relation et qui étaient congelés, mortifiés. C'est comme ça que je travaille. C'est comme si le corps ne pouvait plus poser de geste relationnel sur ce qui était entrain de se passer, et c'est sur ces espèces de trous noirs qu'on essaie de travailler, essayer de ramener le corps à quelque chose de plus vivant. Donc on travaillerait grâce à ces thérapies psychocorporelles davantage sur la question du lien et de l'extrême complexité du lien, de la solidité du lien, de la chaleur du lien, de la vivacité du lien peut-être plus encore que sur le contenu représentationnel de notre corps.

L'intérêt de ces thérapies psychocorporelles c'est de ramener du côté de la vie, l'affect, de la relation des pans entiers du corps qui se sont retirés de la relation et qui fonctionnent de manière clivée à travers des symptomatologies qui surprennent tout le monde puisqu'elles sont dysharmoniques par rapport au reste du psychisme qui semble fonctionner assez bien.

Ces problématiques sont soignées actuellement par de la méditation, toutes ces pratiques de mindfulness réintroduisent une possibilité de réappropriation des sensations et de rapport au corps non traumatique qui peuvent être thérapeutiques mais la dimension expressive on est encore dans la dimension religieuse, extatique, immobile, dans la solitude. La dimension relationnelle, expressive et scénique de la relation à l'autre est encore écrasée par une relation très religieuse du regard en soi donc je pense qu'on pourrait proposer quelque chose qui ramène dans la relation, le mouvement, la vie même si je crois que ces thérapies vont dans le bon sens. »

Qu'entends-tu par créativité ?

« C'est pouvoir reconstruire des systèmes psychocorporels qui permettent à nouveau la relation. Tu ne vas pas pouvoir « refleurir des banquises » mais tu vas pouvoir recréer un bricolage qui remet en relation les émotions, les gestes à cet endroit-là. La créativité c'est : c'est brûlé, qu'est-ce que je peux faire refleurir là-dedans sans enlever le brûlé ? C'est créer quelque chose de nouveau pas revenir en arrière et réparer.

C'est pour ça qu'il s'agit presque d'une spécialité à part entière de s'occuper des intelligences du corps. Là il y a un enjeu institutionnel de repérage, de diagnostic et thérapeutique : comment on construit un enjeu thérapeutique à travers la danse ou le théâtre ? Comment on diagnostique les zones mortifiées du corps ? Comment on soutient un processus de création qui permet de revitaliser un peu le lien ? C'est ça une thérapie psychocorporelle, ce n'est pas juste « on va danser un peu et ça va faire du bien ». C'est rétablir la capacité de rentrer en lien, que ça circule, que mes gestes soient porteurs d'un sens, que mes émotions puissent s'exprimer dans mes gestes. S'il n'y a pas quelqu'un qui vient nous aider là-dedans on n'y arrive pas. »

Réflexion sur la place des thérapies psychocorporelles en psychiatrie :

« En psychiatrie vous avez plusieurs problèmes, il faudrait que vous repensiez théoriquement et cliniquement qu'est-ce qu'une intervention psychocorporelle, quelles sont ses objectifs, ses spécificités et à partir de quel diagnostic. La deuxième chose est qu'il faudrait que vous pensiez ensuite le diagnostic : pour qui et pourquoi ces thérapies. Et troisièmement l'intervention à la formation : pour le moment il s'agit de paramédicaux qui font ça parce qu'ils s'intéressent à des pratiques de loisir qui auraient à voir avec ça et à mon avis c'est une erreur. Presque il vaudrait mieux qu'il n'y ait rien plutôt que des pseudo-interventions superficielles par des gens peu formés sans pouvoir repérer ce qui est en jeu dans le lien thérapeutique. La caricature des thérapies psychocorporelles c'est probablement une attitude défensive car si on cherche qu'est-ce qu'il y a vraiment derrière les intelligences du corps, qu'est-ce qu'on va trouver ? Comme on est moins armé culturellement pour affronter ça. Quand on vit la puissance émotionnelle que provoque un spectacle de danse par exemple, je comprends qu'on le caricature avec des trucs gentillets.

Je suis pour des ateliers de loisir, théâtre, danse mais qui ne se substituent pas et ne se confondent pas à des ateliers thérapeutiques. Tout le monde n'a pas besoin de thérapie, certains ont peut-être juste besoin de faire un peu de théâtre pour se mettre en lien, exprimer ses émotions. Il faudrait avoir des interlocuteurs différenciés. La demande des patients est très liée à l'offre qu'on leur fait. Si on présente la psychoboxe par exemple comme « essayez, vous verrez, ça va vous faire du bien, c'est pour vous défouler, libérer votre colère », si le psychiatre dit ça, la demande du patient ne sera pas la même. Si au contraire on lui dit : votre corps a des choses à dire et y a même des moments où il n'a plus rien à dire et moi ça m'intéresse de travailler sur ça, qu'on puisse rentrer en contact avec ça, est-ce que ça vous intéresse ? La demande n'est pas tout à fait la même dans ces deux situations en fonction de l'offre et de la clarté de l'offre qu'on lui fait.

Comme si les thérapies psychocorporelles n'arrivaient pas au sérieux et à la profondeur des thérapies plus axées sur le fonctionnement cognitif (TCC, psychanalyse). On est dans une culture où il y a un clivage important entre le fonctionnement psychique, intellectuel et le fonctionnement du corps. Tout le monde est d'accord qu'il y aurait un corps soit mystique, soit biologique qui n'aurait rien à voir avec l'intellect et qu'il suffirait de choisir son camp. Il y a un déficit de pensée. Ça existait déjà avec Platon : ce corps c'est pas mal mais la vérité est ailleurs, dans un arrière-monde et on y accède par la pensée et l'écriture. Platon dit que le monde sensible est trompeur et qu'on n'a accès à la vérité que dans le monde des Idées, uniquement intellectuel et qu'on accéderait à une forme supérieure de conscience par l'intermédiaire de la pensée intellectuelle qui serait plus vraie que nos intelligences du corps qui seraient inférieures. Ensuite les monothéismes : le livre serait plus vrai que ce qu'on vit dans notre corps. Le corps c'est la tentation, la pulsion, il faudrait se détacher du corps pour penser correctement. Ce sont des formes plus ou moins light d'une même pensée : ce que vous vivez dans votre corps c'est pas mal mais la vérité est ailleurs et uniquement accessible par la pensée et l'écriture. A la rigueur il faudrait mépriser ce corps pour montrer que la réalité est ailleurs dans un arrière-monde, la structure d'un langage, un signifiant, les idées, les structures, Dieu, la Bible, les mots. A la rigueur les mots auraient une réalité supérieure à ton corps, c'est ce que Lacan appelle le réel du langage et la boucle est bouclée. On est dans ce monde-là, qui a eu ses conquêtes mais le prix à payer c'est la minoration de l'intelligence sensible du corps, de l'affect, de la relation gestuelle que Freud montre bien dans Moïse et le monothéisme, qui est le prix à payer pour les conquêtes du monothéisme : la pensée, le langage. Il s'agit d'une hiérarchie de valeurs. Du monde des Idées de Platon, à la phénoménologie de l'esprit de Hegel, aux structures à priori de Kant jusqu'à la structure du langage lacanien. Alors que les païens et l'Orient ne raisonnent pas tout à fait comme cela. Il y a Nietzsche qui y avait réfléchi aussi. »

Annexe 5 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Valérie Colombo, infirmière et art-thérapeute à l'hôpital de jour de psychiatrie adulte de Mulhouse

Présentation du parcours de V. Colombo :

Mme Colombo est titulaire du diplôme d'art-thérapie de l'université de Tours l'AFRATAPEM (1998) et a pratiqué en tant que vacataire à l'hôpital psychiatrique de Mulhouse et a ensuite passé le diplôme d'infirmière en 2001. *« J'ai deux aspects je suis très pragmatique mais en même temps très artistique. »*

Elle pratique la danse contemporaine depuis l'âge de 23 ans et l'utilise dans les ateliers depuis plus de 20 ans.

Dans le cadre de son travail à l'hôpital de jour, elle utilise plusieurs médiations thérapeutiques par l'art : la danse, l'écriture de contes, le collage, le dessin. *« Le conte est surtout utilisé pour faire décoller les gens de l'intellect, faire travailler l'imaginaire. »*

Qu'est-ce qui est efficient dans la danse-thérapie selon vous ?

- *« Le besoin d'écoulement du corps, des fois c'est juste une énergie vitale qui n'a pas de forme et qui a besoin de s'écouler, se décharger et de trouver un canal dans lequel s'écouler car sinon l'énergie déborde et le travail n'est pas possible. Ce n'est pas seulement l'intellect qui permet que ça s'écoule. »*

- L'expression corporelle ne suffit pas : *« Il faut prendre en charge le sujet dans sa globalité, d'abord vérifier les besoins fondamentaux : le logement, l'argent, le sommeil, avant de pouvoir faire un travail complémentaire sur le plan corporel. »*

- *« Tout ne se résout pas avec l'intellect, certains psychologues nous disaient « vous faites votre truc et nous on interprète derrière ». Même si les gens n'arrivent pas à mettre des mots, ils mettent l'énergie en forme. Ça fonctionne quand même. C'est difficile aujourd'hui on veut mettre des mots sur tout. »*

- Provoquer un état de rêverie par la danse ou l'écriture : *« J'ai souvent l'impression que les gens viennent, ils empruntent des chemins mais ces chemins ne sont plus praticables et ce n'est pas toujours avec l'intellect qu'on trouve un autre chemin, c'est souvent dans cet état de rêverie, de créativité où on trouve des choses auxquelles on n'aurait pas pensé, c'est des fois de toutes petites choses. On utilise ça dans la danse ou l'écriture, on laisse sortir quelque chose des profondeurs de l'inconscient et nous surprendre. »*

Quelles sont les Indications, les prérequis aux ateliers de danse-thérapie ?

- Les ateliers thérapeutiques se font sur prescription médicale d'où la difficulté si le médecin ne connaît pas les médiateurs. Ils font l'objet d'une discussion en réunion clinique pour poser

les indications.

-Un entretien préliminaire est réalisé afin de rechercher si le médiateur peut correspondre avec la personnalité et aux intérêts du patient : « *C'est aussi une question d'intérêt et de goût, certains ont un certain attrait pour la musique, pour bouger leur corps et ça, ça ne s'invente pas.* »

- Un projet individuel est élaboré : « *On a la chance d'avoir un panel de médiations à l'HDJ, il y a la possibilité de panacher les médiateurs en fonction du projet et de la personnalité. Il y a la sensibilité de chacun. Par exemple on propose la relaxation ou le Qi gong si on veut être apaisé. Dans la danse le but c'est d'improviser, de trouver son propre mouvement et ça peut être anxiogène quand on est un peu perdu sur qui on est ou si on n'est pas à l'aise avec son corps.* »

-Parfois il faut commencer par un médiateur en individuel avant de pouvoir intégrer un groupe.

-Les ateliers de danse-thérapie souvent indiqués lorsque les patients ont peu de vocabulaire, ont des carences éducatives et sociales et où la parole n'est pas forcément le média le plus adapté.

-Critères d'inclusion inscrits sur la feuille d'objectifs :

- Goût pour la musique et le mouvement.
- Personnes présentant des troubles de l'expression (inhibition, déficit intellectuel, personnes d'origine étrangère, personnes déscolarisées, dépressives...).
- Personnes souffrant de difficultés relationnelles.
- Personnes présentant des troubles du schéma corporel.
- Personnes souffrant d'atteinte à l'intégrité physique (maltraitance, accident, traumatisme).

Plusieurs patients avec des burn-out ont participé à ce type d'atelier.

-Il existe une feuille avec les objectifs de l'atelier thérapeutique et une grille d'évaluation, spécifiques à chaque groupe.

Cadre de la pratique :

-Par groupe de 4 à 6 patients, homme ou femme, de tout âge.

-Trois séances d'essai sont proposées : « *Il y a souvent des résistances qui se lèvent durant cette période d'essai. On ne peut pas forcer si ça ne prend pas, parfois les patients reviennent quelques mois ou années après ou pas.* »

-Séance à raison d'1 fois par semaine par cycle de 3-4 mois.

-Souvent deux soignants pour le groupe (1 observateur, 1 participant) permettant de voir des choses différentes dans la séance.

-Bilan fait avec le patient tous les 6 mois.

Objectifs de l'atelier danse :

Ils sont établis du point de vue individuel.

- « *Entretenir une relation avec son corps* », « *habiter* » avec son corps. Ce n'est pas spécifique à la danse mais se retrouve dans le sport aussi.
- « *Développer les sensations* ».
- « *Exprimer ses ressentis, ses émotions.* » « Offrir un moyen d'expression non verbale, lorsque le mouvement permet d'exprimer ce que les mots ne peuvent dire ».
- « *Eprouver du bien-être car souvent le corps est un lieu pas très cool* » « Offrir un moment de détente et de plaisir (sensoriel et esthétique). »
- Développer sa créativité : « On lâche le mental, on essaie de produire des mouvements spontanés qui correspondent à sa propre dynamique et morphologie, ce qui nous fait du bien, ce dont on a envie. » Cela nécessite un lâcher-prise.
- « *Essayer de lâcher l'intellect* » pour les personnes qui y ont beaucoup accès.
- Aspect relationnel/dynamique de groupe : « *Un corps qui danse c'est un corps parmi d'autres corps. C'est possible dans un second temps car il faut d'abord qu'ils soient à l'aise dans leur corps, des fois ça se fait un petit peu ensemble mais généralement la relation est très difficile au départ. Il y a cette spécificité en psychiatrie, ils ont beaucoup d'inhibition dans un groupe avec le regard de l'autre. Il y a beaucoup de freins, ils se disent « qu'est-ce qu'il va penser, je n'ai pas fait comme elle a dit ».*» Préoccupations présentes autour du respect des consignes.

Travail sur la prise de conscience de l'autre, sur comment l'investir ou au contraire exister face à l'autre et ne pas le suivre alors que ça ne nous correspond pas. « *Souvent chez les personnes âgées j'ai remarqué qu'elles s'adaptent complètement à l'autre, au point de ne plus savoir leur besoin, l'hyperadaptabilité chez certains c'est problématique.* »

S'affranchir du regard de l'autre. « *J'avais essayé de filmer il y a quelques années, on se rend compte que les gens n'ont plus cette liberté de mouvement, c'est comme s'il y avait un regard intrusif, voyeur, c'est très gênant.* »

- S'affranchir des préjugés esthétiques sur le corps et la danse (sentiment d'être grosse, manque de souplesse) : « *Il y a l'aspect esthétique bien sûr, ils ont souvent des idées assez élitistes de la danse alors que le mouvement beau c'est le mouvement dans lequel on est bien, on le voit il y a de la fluidité, coordonnée à la respiration et là ça*

devient beau. Il faut un peu se débarrasser des préjugés. »

- Prendre confiance en soi, améliorer l'estime de soi.

Fiche d'évaluation du thérapeute :

Voici la grille d'évaluation remplie par le thérapeute :

-Y-a-t-il des douleurs ? Accentuées ou non.

-La détente

-Le plaisir

-Le niveau de fatigue

-La créativité, l'inventivité

-Le discours

-La relation aux autres

Au début les grilles étaient plus sophistiquées mais souvent 3-4 items qui ressortent par patient, qui émergent et auxquels on va être attentif.

Ceci est un exemple de fiche d'évaluation mais elle peut varier selon les ateliers et les personnes qui les créent.

Exemple clinique de bilan :

Une femme aide-soignante, suivie pour un gros trouble anxieux et un burn-out qui lors de son bilan de 6 mois, décrit que ça lui a permis de « prendre conscience de son corps » (des parties molles, dures, articulées), « des zones de tension » et de les « apaiser », de mettre à distance les ruminations « je coupe les pensées », pouvoir exprimer ce qu'elle ressent. Dans son quotidien cela aura un impact sur la façon dont elle prend soin de son corps, s'accorde des temps pour cela.

Pour cette patiente spécifiquement les objectifs étaient d'améliorer l'estime de soi, permettre un espace de détente et de plaisir et stopper les ruminations.

Quel est le déroulement d'une séance ?

1) Temps de parole préliminaire pour demander aux gens comment ils vont, se sentent. « Ça peut prendre plus ou moins de temps selon les personnes, il y a des gens qui sont dans l'intellect que l'on doit canaliser un peu. »

2) Echauffement pour prendre conscience du corps, le sentir avec différents niveaux osseux, musculaire, peau : « Quand on travaille au niveau de la peau c'est plus la sensation,

au niveau musculaire ça nous permet de nous propulser dans l'espace, c'est l'énergie et plus profond et la structure osseuse c'est une autre charpente qui fait qu'on tient debout, ça marche assez bien. Tout le travail articulaire. On fait un travail sur la respiration. »

3) Travail de danse : *« On essaie de chercher des dynamiques différentes. J'aime bien travailler sur l'idée de mouvement aquatique, sur la fluidité, la détente. La respiration se met en place quasiment seule. Ensuite ils essaient de trouver des appuis pour émerger, reprendre une stature humaine. Le travail des appuis est souvent très difficile pour les gens, ils n'arrivent pas à trouver des appuis au début, ils sont épuisés. Pour émerger il faut se saisir de la zone du ventre et la tonifier. Ensuite on commence à cheminer dans l'espace. »*

Je travaille moins sur tout ce qui est repli car souvent ils ont plus de mal à s'ouvrir, à se confronter au monde extérieur, à prendre sa place, exister, à savoir qui je suis, de quoi j'ai besoin.

Ensuite il y a le déplacement avec l'aspect ludique issu des danses baroques, dansante, légère.

Tout ça c'est modulable, il y a d'autres choses à mettre en place en fonction des problématiques. »

4) Exercice de relaxation, respiration, enveloppement, yoga, écoute musicale pour terminer.

5) Temps de parole non obligatoire mais toujours présent. *« On leur fait des retours positifs sur la séance. »*

Le toucher est présent dans les séances, parfois la personne ne ressent pas certaines zones du corps et c'est par le toucher qu'on lui fait prendre conscience. *« Ils sentent la zone, ce n'est pas juste une représentation intellectuelle. ».*

La dynamique homme/femme est différente : *« Les hommes, sont plus dans la performance que dans le ressenti, il faut plus les canaliser. »*

Plan institutionnel :

« Ce qui m'agace un peu dans toutes ces thérapies cognitivo-comportementales c'est quand quelques mois on a tout réglé, je n'y crois pas du tout. Il y a des problématiques sociales, familiales, somatiques, il faut ajuster le traitement. C'est de la poudre aux yeux qu'on nous jette. Vous ne réglez pas une écologie personnelle en 3 mois. Quand on voit à quel point ça évolue lentement mais de manière profonde, surtout quand il y a plusieurs thérapies. Il y a moins de rechutes. Si on veut obtenir des résultats et que ça dure il faut prendre en compte tous les aspects. »

Actuellement le manque de médecins fait que la prise en charge n'est plus aussi globale qu'auparavant.

Il n'y a pas de reprise des ateliers avec les soignants sauf s'il y a des éléments particuliers, ils sont repris pendant la réunion clinique. Par contre entre les soignants il y a des reprises des ateliers, également permis par le fait d'être deux thérapeutes pour quasiment tous les ateliers : *« En danse c'est important parce que moi je bouge avec eux, et ma collègue est à l'autre bout de la salle donc voit des choses différentes. »*

Avez-vous l'impression que c'est satisfaisant la façon dont vous exercez cette pratique ?

« Globalement je suis toujours encore satisfaite, c'est juste les médecins qui ne sont pas encore suffisamment sensibilisés à ce type d'approche mais ce n'est pas que pour la danse. La difficulté c'est d'avoir un espace suffisant nécessaire. Cette salle je l'ai qu'une fois par semaine. »

Je fais ça depuis plus de vingt ans, et je trouve toujours ça passionnant.

On cherche comment on peut accompagner les gens, les étayer, car chaque patient est différent, des fois on tâtonne jusqu'à trouver un fil conducteur, on ne sait pas quand on va arrêter. »

Elle a rencontré peu de personnes formées à la danse thérapie dans sa carrière et le déplore.

Projet avec le Ballet de l'Opéra National du Rhin :

Un danseur, Pasquale Nocera est venu faire un atelier avec les patients. Certains n'ont pas voulu y participer, le faire. D'autres sont venus avec une appréhension. *« En fait ça s'est super bien passé, il s'adapte. »*

Les patients sont allés voir un ballet avec les soignants, *Your's Virginia* : les réactions étaient mitigées du fait d'une part « intello » du ballet, *« les patients ont l'impression d'être bêtes »*. C'est la même chose lorsqu'ils vont voir des expositions conceptuelles.

Formation en danse-thérapie :

L'école de Tours est spécialisée dans l'évaluation d'un processus artistique sans émettre de jugement : *« Je trouve que c'est très intéressant mais pas suffisant »*. *« On a toujours tendance à émettre des jugements. Ils veulent vérifier les effets de la prise en charge, ils font une comparaison entre les séances. »*

V. Colombo a également travaillé avec Christine Wahl (ostéopathe) au DMJ (association de stage de danse) et B. Lesage sur la relation d'aide par le toucher.

Annexe 6 : Entretien du 12/06/2020 avec Mme Catherine Melerowicz, psychologue et musicothérapeute à l'hôpital de jour de psychiatrie adulte de Mulhouse

Présentation du parcours de C. Melerowicz :

Catherine a réalisé des études de psychologie et enseignait le violon en parallèle. Elle a monté un atelier de musique pendant ses études de psychologie en HDJ de psychiatrie adulte. La problématique du corps s'est posée très rapidement, elle s'est rendu compte que le travail autour de la gestuelle dans la production du son est essentiel.

Puis elle s'est formée en Musicothérapie et dans cette formation il y avait beaucoup de danse et de travail autour de la gestuelle, du corps en mouvement. Même en écoute musicale ou en relaxation le corps est présent.

Puis elle a rencontré des psychomotriciens dans sa pratique et a été admirative de leur regard global sur l'homme qui sort du clivage corps-esprit.

Puis elle a pratiqué de la danse contemporaine et quelques formations.

Ateliers en association avec l'Opéra National du Rhin :

Catherine a développé un partenariat avec les ballets du Rhin et l'HDJ Tour Nessel à Mulhouse qui comporte l'intervention de Pasquale Nocera et d'une danseuse ayant un intérêt pour la danse-thérapie. *« Ils ont une maîtrise du travail corporel mais avec toute une réflexion derrière, ce sont des danseurs classiques mais ils sont capables de proposer aux patients des éléments de travail corporel qui va les emmener sur des zones non confortables mais qu'ils vont quand même explorer parce que c'est un danseur qui le propose. »*

En début de saison ils choisissent 4-6 spectacles et ce sera la trame du travail.

« Dans un travail il était question de la distance à l'autre, très loin ou très près. Pour beaucoup de patients, le toucher et la proximité sont vraiment problématiques. Il y a une dame en particulier qui a été mal à l'aise dans la proximité mais qui a trouvé le moyen, sans quitter le groupe pour autant, de sortir du centre pour avoir une meilleure liberté de mouvement. Elle a pu dire que c'était très important pour elle d'avoir pu sortir d'une situation qui la bloquait et qu'elle pouvait trouver des chemins pour être plus à l'aise sans quitter le groupe. Cette dame a un diagnostic d'état limite et a subi des violences de son ex-mari. Elle a d'ailleurs réussi à sortir de cette situation-là. »

Ce qui est intéressant c'est le rapport au corps qui peut changer : femme état limite qui a subi plusieurs viols et qui avait un rapport à son corps très violent (scarifications, brûlures, anorexie, sport excessif). Elle a dit lors d'un bilan que l'atelier lui avait permis de découvrir un autre rapport à son corps, plus « doux » et que ça pouvait être plaisant d'avoir ce rapport-là. »

Groupe « Rythm and bouge » :

C'est un groupe de danse qui a lieu le mardi matin pour un cycle de 3 à 6 mois, pendant 2 heures. *« C'est un groupe très sympa, il y a un accueil un respect, elles arrivent à explorer des choses. »*

C'est un atelier qui avait été élaboré avec une psychomotricienne avec comme idée de départ qu'il y ait un bilan psychomoteur au début du suivi et de tester à nouveau certains items après la prise en charge de groupe. La psychomotricienne est partie donc cette idée a été abandonnée.

Déroulement de l'atelier :

1) D'abord un temps pour faire le « tour du propriétaire » pour déterminer les sensations corporelles actuelles, les émotions, les idées encombrantes.

2) Puis temps préliminaire de parole qui permet de *« déposer les choses pour être plus accessible à la séance et pouvoir se recentrer »*.

« Ce temps de parole me permet d'ajuster le contenu de la séance. Elles peuvent avoir besoin de se mettre en mouvement dans quelque chose d'énergique ou à l'inverse quelque chose qui les calme. »

3) Travail de danse :

-Travail autour d'une chorégraphie que l'on répète à partir du travail de Lucy Vincent, neurobiologiste qui s'intéresse à la plasticité cérébrale, à l'aspect cognitif. *« Ça demande déjà de la concentration et de la mémoire. »*

-Travail autour de la Dun-danse :

« Avec la psychomotricienne on avait découvert le Dun-danse ou tambour-danse avec l'association Sorizaya (elle me montre une vidéo où les personnes dansent sur un rythme de percussions et le prof chante en même temps), il y a la voix, l'instrument et le mouvement. On avait travaillé avec lui (Sorizaya) dans le cadre d'un projet culture et santé en Djembe et Dun-danse, avec un groupe de 8 patients. Il est sur Thann. J'ai découvert le Dun-danse lors de ce projet avec lui. Il insuffle une énergie très joyeuse, il montre et on reproduit ses gestes. On faisait ça le mardi matin avec lui et on reprenait le vendredi après-midi « à l'occidentale » où on découpe le mouvement. J'ai trouvé ça super entre la gestion du rythme, l'orientation dans l'espace, d'être emmené dans une dynamique de groupe. J'ai trouvé ça super intéressant. Avec la psychomotricienne on s'est inscrit à un cours de Dun-danse. Notre idée c'était de reprendre des éléments de Dun-danse pour les intégrer à notre groupe « rythm and bouge ». Après je ne m'enferme pas trop dans les titres parce que là dans le groupe que j'ai actuellement elles auraient besoin de rentrer dans une dynamique du mouvement. »

« Ça nous est arrivé deux fois d'utiliser le Dun-danse dans le groupe, elles avaient une colère et ça a permis de la canaliser. »

Les femmes ayant participé à cet atelier ont pu dire que cet atelier leur a permis de « se mettre en mouvement et de mettre des choses en mouvement dans leur vie ».

Les patients pris en soins à l'hôpital de jour sont souvent orientés vers une pré-orientation au Centre de Réadaptation de Mulhouse, font un bilan neuropsychologique, participent à différents ateliers et font un bilan de compétences.

Exemple de bilan :

C. Melerowicz demande à chaque patient ce qu'ils ont vécu dans :

- Leur rapport au corps
- Leur rapport au groupe
- Leur rapport aux émotions
- Le changement dans leur vie

Exemples de prise en soins :

-Exemple d'une femme ayant subi des viols et qui a pu parler des processus qui se sont déroulés pour elle dans le groupe de danse-thérapie : elle parle de sensation « d'ouverture du corps », de « dérouillage » et « déverrouillage » au cours des séances. Elle présentait des difficultés avec certaines parties du corps notamment les mains par moments. Elle dit : « au fil des séances c'est comme si mon corps m'appartenait à nouveau ». Par rapport au groupe la notion de confiance revient : « les liens sont devenus très fort petit à petit, on a pu avancer ensemble sans peur du jugement et du regard de l'autre, j'ai pu lâcher beaucoup de choses, me dire que je n'étais pas la seule à avoir souffert et à souffrir, ça m'a aussi donné plus de force, le partage, la bienveillance, l'accompagnement, j'ai ressenti aussi beaucoup d'amour. Ça m'aide au quotidien pour avancer. »

Elle a pu arrêter les prises en charge à l'HDJ car se sentait mieux.

Les projets exprimés : « continuer à prendre soin d'elle, savoir dire non, savoir s'écouter, respecter ses ressentis, donner des cours d'alphabétisation dans une association, aider les femmes ayant vécu des expériences similaires à la sienne. »

-Exemple d'une femme qui habituellement est très craintive et qui a pu avoir confiance en les autres femmes du groupe. Les liens avec sa famille se sont ressoudés par la suite. L'atelier lui avait donné « envie de faire des choses à nouveau » alors qu'elle se « sentait bloquée dans son passé et sa souffrance ». Ça lui a redonné un rythme et envie de faire des choses.

Elle s'était fixé des objectifs pour la suite des séances : soutenir l'envie de se mettre en mouvement, poursuivre l'exploration d'une ouverture sans être gênée par son corps et le regard des autres : « *Quand elle danse elle ferme les yeux en dansant car elle n'arrive pas à*

regarder les autres. On a beaucoup travaillé sur le regard des autres, d'abord chacun de son côté et ensuite on regarde les autres, on repère un mouvement chez l'autre et on le refait ». Il y avait aussi comme objectif d'apprendre à mettre des limites et se libérer de ses peurs.

-Autre exemple : une femme qui a pu dire qu'elle a « pris conscience de toutes les parties de son corps, les a découvertes vivante ».

-Exemple d'une jeune femme qui a subi des viols dans l'enfance de l'âge de 4 à 7 ans par son demi-frère. Elle a appris récemment que sa sœur a vécu la même chose mais de son autre demi-frère. La patiente a porté plainte mais sa sœur ne lui parle plus car ne veut pas remuer tout ça. Actuellement elle est hospitalisée. « La première fois je lui propose des exercices de respiration Qi-gong, elle a pu refaire les exercices de respiration et d'automassage elle-même. La deuxième séance on reprend ce qu'on avait fait à la dernière séance. Elle se caressait le visage, la tête. J'ai trouvé ça curieux car d'habitude les gens qui ont subi des viols ont des zones impossibles à toucher ou c'est douloureux ou le toucher n'est pas du tout possible. Là je me retrouve face à quelqu'un qui se caresse. Le psychomotricien a interprété ça comme une part d'auto-érotisme, de retrouver un toucher doux et enveloppant qui lisse. Elle a dit « je me sens plus propre ».

Groupe percussions :

C'est un groupe à l'adresse des psychotiques qui permet de travailler l'ancrage à la réalité, de rentrer dans un rythme, le respect du cadre, la communication. « J'ai l'exemple d'un patient qui arrive à gérer son impulsivité grâce à cet atelier, qui arrive à s'adapter au rythme du groupe et à insuffler un rythme par lui-même. »

A propos des médiations en général :

« Dans les médiations, la rencontre se fait d'humain à humain. » « L'accès au mot est déjà compliqué pour tout un chacun mais chez les psychotiques c'est vraiment compliqué. »

« Avec le corps c'est plus archaïque, c'est le langage corporel entre les parents et le bébé. Une dame qui avait eu une relation violente avec sa mère, a été gavée par la grand-mère, elle est devenue boulimique avec vomissements à l'adolescence, a été abusée, a été traitée comme un objet par des hommes. J'ai essayé plein de choses avec elle, le corps, la voix... et un jour je lui ai proposé de faire de la relaxation et je lui ai proposé un massage des mains. A la fin elle m'a dit « je n'ai jamais été touchée comme ça, moi on m'a toujours touché parce qu'on voulait quelque chose de moi ou dans la violence. Suite à ça, elle a quitté son compagnon et a rencontré un autre homme hyper respectueux d'elle. Peut être c'est le hasard ou alors ça a débloqué quelque chose. »

Annexe 7 : Entretien téléphonique du 28/08/2020 avec Mr Pasquale Nocera, danseur à l'Opéra National du Rhin à Mulhouse, intervenant en psychiatrie adulte pour des ateliers danse

Présentation du parcours de P. Nocera :

P. Nocera était danseur pendant 22 ans, une grande partie de sa carrière s'est déroulée au Ballet de l'Opéra National du Rhin. C'est au sein de cet Opéra qu'il a fait ses premières découvertes sur la sensibilisation des publics avant que ça devienne une véritable mission confiée aux Centres Chorégraphiques nationaux. Aujourd'hui cette question de la sensibilisation des publics est au cœur des missions de toute structure culturelle :

« Dans les années 90 quand je suis arrivé au Ballet, il n'existait même pas de formation pour la sensibilisation du public, il y avait tout à inventer. Très sporadiquement on nous envoyait dans des médiathèques, des groupes scolaires. J'ai trouvé un plaisir dans cette chose de la transmission, qui n'est pas l'enseignement mais la transmission d'une expérience, d'un savoir vers tout public. La toute première expérience que j'ai eu était auprès d'aveugles, de mal voyants, c'était le Musée d'Histoire Naturelle de Strasbourg qui préparait une exposition multisensorielle, ils avaient fait appel au Ballet du Rhin pour demander que quelqu'un puisse intervenir auprès d'un groupe d'enfants aveugles sur la notion de mouvement dans l'univers animal. Comment leur faire comprendre comment se fait le mouvement d'un tigre, d'un lièvre, d'un serpent quand n'on a aucune image ? C'était un joli défi dans lequel je me suis lancé avec une collègue. On découvrait, car personnellement je n'avais jamais côtoyé un aveugle. Nous sommes arrivés et j'ai été très surpris de voir qu'ils étaient entrain de courir autour du stade. Ça a été une expérience révélatrice pour moi de comment mon expérience de danseur, la connaissance que nous avons du corps et l'analyse du mouvement pouvaient nous aider à trouver des formes de communication avec les autres qui dépassent la notion de spectacle ou de chorégraphie et qui rentrent dans la notion de la sensation, de l'expérimentation par le corps »

Quelques années plus tard, il est chargé de la mise en place pédagogique de cette mission-là au sein du Ballet du Rhin. Il a mis en place ces réflexions permettant l'expérimentation par le corps en lien avec un spectacle pour un public varié.

Comment s'est faite votre rencontre avec le milieu psychiatrique ?

« J'ai accueilli une chorégraphe dans le cadre d'une autre mission qui s'appelle « l'accueil studio » qui s'occupe de l'accompagnement de chorégraphes en demande de soutien. Et un des projets qu'on allait accompagner, était celui d'une chorégraphe qui gérait la seule compagnie conventionnée en France, soutenue par le ministère de la culture, qui résidait dans l'hôpital psychiatrique Esquirol à Limoges. Cette chorégraphe flamande avait un groupe de 4 danseurs et travaillait avec des patients internés à l'hôpital. Son travail était d'accompagner ces personnes dans une démarche qui avait un sens thérapeutique mais dans

laquelle le plus important était qu'ils étaient engagés dans un projet artistique. Ça veut dire que l'enjeu principal qui l'amenait à travailler avec tel ou tel patient était un enjeu artistique. Mais dans la démarche avec ces patients on était clairement aussi dans une démarche thérapeutique. A savoir que cette chorégraphe a aussi une formation de psychologue. Aujourd'hui on appelle ça de la danse-thérapie mais à l'époque on ne savait pas ce que c'était. J'ai participé à la réalisation d'un opéra chorégraphique composé de 8 danseurs, 4 patients, 3 chanteurs et 4 musiciens. Cet opéra, créé à Limoges en co-production avec la filature de Mulhouse et le Ballet de l'Opéra National du Rhin, a été une expérience importante car avant de travailler sur la phase de création du spectacle, on a fait un travail de recherche. Les 4 patients ont été choisis au cours de ce parcours entre plusieurs sites : les hôpitaux de Dijon, de Limoges et plusieurs lieux en Alsace, Altkirch, Mulhouse, Rouffach. »

Comment avez-vous choisi ces patients ?

« On était pendant 6 semaines, pratiquement 3 fois par semaine dans les hôpitaux où la chorégraphe dirigeait des ateliers avec ces patients, il y avait des profils très différents, de l'autisme à la maladie d'Alzheimer à des psychotiques. La réflexion était portée sur la notion de déchet comme objet qu'on jette et comme déchet humain. On avait pris le pari qu'avec des objets considérés comme des déchets (bâches, bouts de tissu, bouteilles en plastique), c'était toujours la mise en jeu de ces objets qui amenait au corps en mouvement. Notre travail de danseur était la lecture des gestuelles liées à la maladie, les observer, les enregistrer, les sublimer et arriver à créer un langage chorégraphique fait de ces corps là. On essayait de créer des moments poétiques. Par exemple on avait tiré une bâche à travers la pièce, selon l'épaisseur ça faisait un certain bruit. Avec les patients on entrait en action avec cette bâche par exemple, et on regardait qu'est-ce que ça fait si je me mets dedans, quel bruit ça fait, qu'elles sont les sensations qui naissent de ça. On était autant en action avec les patients pour les inviter, les encourager à entrer dans cette action et en même temps on observait et on essayait de rebondir à partir de ce qu'eux proposaient. On cherchait des moments poétiques qui naissaient de ces situations-là. Il y avait toujours un temps d'échange sur les ressentis. Ce temps de parole qui terminait l'atelier était très important.

Le but était de les mener en scène, au début j'avais l'impression de rentrer dans la cage aux primates et puis je me suis rendu compte que chacun d'entre eux est un monde à part, ils sont uniques. Quand on arrive à lire leurs corps ils sont d'une poésie incroyable. Les mettre en scène et d'être comme nous, des danseurs, c'était juste énorme pour eux.

Pour un patient ça a été un véritable problème, c'est un patient ayant eu un AVC étant enfant, il avait une difficulté à contrôler ses gestes mais avait une pensée très lucide et une énorme colère pour ce qu'il vivait. C'était devenu insupportable pour lui au moment d'entrer en scène, il voulait faire beaucoup plus que ce qu'il pouvait faire, il est entré dans une colère folle. Il avait loupé la répétition générale mais a voulu faire le spectacle.

Un autre patient avait été choisi, il était très volontaire mais on sentait que ça secouait beaucoup de choses pour lui, il vivait des moments forts. Au moment où on lui a proposé de

participer à la création il a refusé. On était déçu, on avait des doutes sur tout le monde sauf sur lui.

Un autre patient à Rouffach, Romain, qui était en fauteuil roulant car il ne voulait pas marcher, il se jetait par terre. Il parlait tout le temps et réagissait à tout ce qu'il entendait. On sentait une grande culture. Au fur et à mesure des ateliers, il a commencé à marcher. Il se levait il partait, on réagissait en conséquence, on marchait avec lui, on profitait de tout ce qu'il proposait comme action. Il devenait de plus en plus posé, il ne se jetait plus par terre. Il n'a jamais arrêté de parler mais il y avait quelque chose de moins violent. Il s'apaisait. A un moment donné il a chuté, a perdu son autonomie, ne parlait plus. Ça coïncidait avec les ateliers qui prenaient fin. Il était le deuxième enfant, l'aîné était mort et s'appelait comme lui. Il répétait sans cesse « Romain est dans sa tombe et marche encore ». Romain correspondait à une écriture, un lexique chorégraphique car nous avait donné une posture, un geste lié aux maladies. Ce lexique a été utilisé dans la production chorégraphique. Et ce sont des choses que moi j'ai dans le corps, ça fait partie de ma gestuelle maintenant. La source vient de cette expérience-là. Pour avoir analysé, compris et traversé sa chute, il ne pouvait pas se faire mal, il se glissait dans le sol, mais c'était spectaculaire. Il avait trouvé la manière de se jeter au sol de manière impressionnante mais il ne se faisait pas mal.

Un autre patient à l'hôpital de Dijon avait des spasmes. Pour se contrôler il plaçait sa paume contre ses incisives et poussait.

Pour moi ça a été une expérience très importante pour tout ce que j'ai fait ensuite car très en immersion dans ce milieu-là. Ça coïncidait avec le champ de l'improvisation en danse contemporaine, je commençais à découvrir l'univers d'Alexander, de Feldenkrais qui ont été pour moi des outils pour travailler avec ces publics-là. Tous sont des travaux somatiques qui permettent de recentrer le corps et de le placer à l'intérieur de l'espace dans lequel il se trouve. Ce travail m'a servi quand j'ai travaillé avec des patients atteints du cancer par exemple. En portant des ateliers qui avaient une démarche thérapeutique, le but pour moi était de s'éloigner de la thérapie pour ramener du contenu plus poétique, plus artistique. Le choix que j'avais fait avec les malades du cancer est que dans l'observation de leur gestuelle, tout était très centré à l'endroit de la maladie, l'arrière du corps n'existe plus, tout se referme autour de la blessure. Dans l'observation de leur gestuelle, tout était très centré à l'endroit de la maladie, l'arrière du corps n'existe plus, tout se referme autour de la blessure. Dans ce travail somatique j'ai essayé de leur faire prendre confiance dans le regard, dans le croisement de l'autre, sur comment garder la mémoire de ce que j'ai vu pour faire en sorte que mon champ de vision s'élargisse, sur comment retrouver la confiance dans tout ce qui est autour de moi, et même si je m'éloigne de quelque chose que je ne vois pas, ce quelque chose existe. Indirectement, je repositionne ma place par rapport à l'espace et par rapport aux autres.

La démarche est toujours la même, celle de l'expérience par le corps et de conscientiser cette expérience.

Ce projet avait une action artistique même s'il y avait tout de même un effet thérapeutique parce que c'était dans la manière dont la chorégraphe portait l'action et la manière dont je

m'en inspire. C'est saisir à partir de chaque personne où elle est. C'est aussi toute la question de la confiance en soi et en l'autre et de la conscience des différentes parties de notre corps avec un travail d'isolation des parties du corps. On n'est pas juste un tout, on est fait de plein de choses et de plein de temps. Ces choses sont traduites par cette expérience. »

Comment êtes-vous arrivé à travailler à l'HDJ de Mulhouse ?

« La manière avec laquelle je suis arrivé à l'hôpital de jour, était à l'initiative d'un associé qui est un écrivain, qui a travaillé avec nous deux ans. Son travail était d'amener le Ballet hors les murs. L'idée c'était de travailler avec la ville. C'est lui m'a incité à aller aussi vers des hôpitaux de jour ou des foyers. J'ai travaillé avec un foyer de jeunes filles placées par la justice. J'ai travaillé avec un groupe de l'HDJ Tour Nessel. On a travaillé sur un projet dans lequel on a abouti à un banquet, c'est-à-dire où l'on mange, dans lequel on réunissait des personnes différentes. Tout le chemin a convergé vers le moment du banquet dans lequel tout le monde a été amené à faire quelque chose. Faire et préparer cet espace de rencontre était la démarche. Comment je crée les conditions du partage ? Ça laissait une marge sur la manière de chacun de se présenter. Notre travail était celui de légitimer la place de tout le monde. C'est d'une certaine manière pour désacraliser l'image du danseur intouchable en montrant où sont les faiblesses, montrer que nous sommes des humains avec des doutes, de la peur, de la douleur. Montrer que ces éléments sont partageables était une manière de questionner cette proximité-là. Les différents groupes qui se rencontraient uniquement au moment du banquet avaient eu la responsabilité d'inventer un espace poétique. Les patients d'HDJ avaient écrit un texte sur tout ce qu'ils avaient découvert dans les ateliers avec moi, ils avaient assisté à des spectacles, à plusieurs moments du travail du danseur, avaient découvert ce monde-là et avaient à chaque fois pratiqué quelque chose en lien avec ce qu'ils ont découvert. Leur faire ressentir dans le corps, chaque fois c'est l'expérimentation et la découverte, toujours le connecter à la sensation. Ils ont voulu témoigner de tout ce parcours. Nous avons également dansé collectivement un passage d'un ballet. Les jeunes filles du foyer avaient voulu créer l'arbre de la liberté. J'avais découpé la forme d'un arbre dans une planche de bois et ils invitaient tous les présents du banquet à venir témoigner soit par écrit sur un post-it soit par photo à l'aide d'un polaroid, de ce que signifie la notion de liberté pour chacun. La liberté était née du parcours chorégraphique avec elles dans lequel on avait travaillé sur la question de comment trouver la liberté, en effet elles sont en révolte envers leur entourage et sont d'une grande violence en général. Être libre est-ce que c'est faire ce que je veux ou ce que je peux ? L'idée était d'expérimenter cette notion par le corps avant de le conscientiser. »

Comment en êtes-vous venu à travailler sur ce sujet, est-ce que vous vous inspirez de ce qui émerge dans le groupe ?

La rencontre avec ces jeunes filles a été permise par le biais du département qui a demandé au Ballet d'aller voir les filles de ce foyer pour qu'elles puissent voir un spectacle de danse.

« Lors de la première rencontre, il n’y avait personne, je me suis retrouvé tout seul, la présence n’était pas obligatoire. Au bout d’une demi-heure une fille se présente et me dit « t’es qui toi ? », je commence à lui parler, elle me demande combien coûte un spectacle, je lui dis 6,50 euros, elle fait le calcul et me dit « ils feraient mieux de nous acheter des habits avec ça ». Et là j’ai compris que je devais remballer complètement le sujet avec lequel j’étais venu, il était déplacé. Après avoir fait le point avec la directrice qui ne voulait pas lâcher l’affaire, je lui ai dit que je voyais très bien quoi faire avec ces filles, je lui ai dit le spectacle c’est une chose mais on doit faire autre chose pour elles, on doit les faire expérimenter des choses. J’y suis allé la fois d’après pour manger avec elles et ensuite on a dansé un peu et c’était parti.

Il faut partir de là où sont les gens, on ne peut pas prétendre venir avec quelque chose de prédéfini. Dans un groupe, les personnes ne sont pas toutes au même endroit, d’autant plus en psychiatrie. »

Qu’avez-vous observé chez les patients en psychiatrie ?

« Il y a deux choses différentes : Quand j’ai accédé à l’HDJ, c’était toujours encadré par l’HDJ dans un groupe déjà créé dans lequel la démarche était d’aller vers l’autonomie.

En hôpital psychiatrique, on est avec un public beaucoup plus hétérogène dans un même groupe et qui se trouve réunis ce jour-là. On part d’un peu plus loin. Il nous faut tout de suite essayer de comprendre quels sont les éléments et qui sont les éléments qui nous permettent d’avancer. En psychiatrie la difficulté est de faire entrer en mouvement les gens, ils sont souvent dans la peur, ils s’enferment. Il faut arriver à saisir même des micromouvements. Il faut essayer de comprendre où est le désir, à quel endroit se trouve le désir, ça peut être par une musique, par une action qu’on fait, une disposition que l’on prend. Je me dois d’être beaucoup plus réactif, c’est difficile d’arriver avec quelque chose de pré-écrit. Et on est certain que d’une personne à l’autre l’action va être différente mais l’attente qu’on a de ces patients est de toute manière différente. Un autiste n’intègre pas l’action de la même manière que pour une personne avec une autre pathologie. On doit poser des attentes plutôt liées à l’individu. On travaille sur cette notion d’individu à l’intérieur d’un groupe en HDJ par exemple alors qu’en psychiatrie on travaille surtout sur l’individu. »

Qui participe avec vous dans les ateliers ?

« Tout le monde, il n’y a pas de spectateur. Je trouve toujours une manière d’inclure une personne même si elle ne veut pas rentrer dans le mouvement. Par exemple je vais inclure dans mes gestes d’imitation la posture de la personne qui ne bouge pas ou se placer dans la même direction ou à côté de cette personne. Par le jeu on essaie d’inclure l’autre. Par contre un infirmier qui ne veut pas participer il s’en va. Chaque patient est en général accompagné d’un soignant. »

Est-ce que vous parlez des patients avant de faire l'atelier, vous connaissez leurs problématiques ?

« Non, car je ne suis pas le thérapeute. Moi j'ai besoin de savoir ce que j'arrive à observer. Je joue aussi du fait qu'ils ne me connaissent pas. La manière dont je me présente permet de m'indiquer de quelle manière je vais m'approcher d'eux. »

Comment sont présentés à l'avance les ateliers ?

« On leur dit qu'il y a un danseur du Ballet du Rhin qui va intervenir, il va vous faire danser ou vous parler de la danse.

Alors que moi à aucun moment je ne parle de danse. Je leur dis « passons du temps ensemble et vous me direz ensuite si vous avez dansé ». Parce que le mot danser ouvre tout de suite à un imaginaire propre à la personne. Pour moi on danse tout le temps. Les deux personnes que je vois traverser le carrefour ont quelque chose de chorégraphique. C'est étroitement lié à lecture qu'on en a. ça fait appel à des jugements de valeur « je sais ou je ne sais pas danser ». Pour fuir ces questions-là qui ne m'intéressent pas, je fais de l'action par la danse pour faire de l'expérience avec notre corps et ressentir des choses, je n'ai pas besoin de bien danser et bien faire un mouvement pour amener mon corps à une sensation.

C'est eux qui parlent de danser. Ils disent « J'ai dansé parce qu'on a fait des actions sur la musique ». La musique sert à poser une ambiance, une couleur, une écoute commune, on est autour de cette chose-là qui est la musique en tant qu'espace d'écoute commun.

Après, selon les profils des patients que j'ai devant moi, j'utilise des outils comme facilitateur. Si je dois bouger sans outil ça demande une acceptation liée à la confiance. Quand je sens que cette confiance n'est pas là du fait d'une crainte, d'une douleur, par exemple la distance dans l'autisme peut être plus facile à détourner avec un outil. L'outil peut être le moyen d'amener le corps au mouvement plutôt que juste par l'imaginaire. Par exemple avec des balles, des ficelles, des bâtons, des jeux simples. L'objet me permet de cheminer vers le contact, chose qui est une démarche audacieuse d'arriver au contact, ce n'est pas évident pour tout un chacun. Rien que donner son poids à l'autre c'est énormissime, c'est très constructif. C'est quelque chose qu'on est arrivé à faire avec les patients d'HDJ, c'était un chemin pour arriver jusque-là et ça a ouvert des choses, accepter l'autre, sa proximité en arrivant jusqu'à se poser dos à dos, en supportant le poids de l'autre. »

Comment évaluez-vous les effets qui opèrent dans les ateliers ?

« Les retours mettent du temps à arriver de toute manière. Ce n'est pas évident de parler de ce qui s'est passé. Moi par exemple on me demande tout de suite après un spectacle comment je l'ai trouvé, ce n'est pas évident il faut du temps pour arriver à dire autre chose que j'ai aimé ou pas aimé. Conscientiser ce que j'ai ressenti peut prendre du temps. Il y a un temps de parole à la fin qui fait retomber ce qu'on a mis en mouvement et surtout si on a

vécu quelque chose qui nous a vraiment secoué, on peut se rendre compte dans la manière dont la personne dit les choses ou ne les dit pas. Il est vraiment important d'accompagner la sortie. Ce n'est pas si anodin de ressentir des choses dans le corps et devoir se confronter à ses ressentis ça peut être quelque chose de violent. Cette chose-là doit être accompagnée. Quand j'ai des retours je les ai longtemps après et les perçois par des actions. Ces personnes continuent à venir voir mes spectacles par exemple et c'est très important pour eux de me montrer qu'ils sont là. Ils m'attendent, me saluent. Pour moi c'est là qu'on voit vraiment les résultats, c'est ancré en eux. Quand on est dans une expérience qui s'ancre en nous, on est en chemin. »

Quel était le projet avec l'hôpital de jour de Mulhouse ?

« Avec Valérie Colombo c'était un projet construit avec la médiathèque départementale du Haut-Rhin. L'année dernière on avait porté un parcours d'accompagnement de 4 patients. Ce sont des rendez-vous calculés. Ils viennent voir le spectacle mais je leur propose surtout autre chose. »

Avez-vous d'autres projets actuellement ?

« La covid a mis beaucoup de choses en stand-by.

L'année dernière on avait mis à disposition la salle du centre chorégraphique pour le groupe de Catherine Melerowicz qui faisait un travail sur le corps. Une heure par mois un danseur venait passer du temps avec eux, participer. C'était pour eux quelque chose de très valorisant. Ce groupe-là n'existe plus. En plus on est en télétravail. Les danseurs sont testés toutes les deux semaines. Ça nous limite dans la capacité d'action. Le fait de les sortir de leur espace et de les faire entrer dans notre monde est un pas important.

On a un projet des « bulles » entre janvier et avril 2021, qui est une démarche de sensibilisation citoyenne pour faire en sorte que des rencontres puissent se faire dans l'espace public.

A cheval sur ces deux productions : « Les ailes du désir » et « Maria des Buenos Aires » qui est un opéra tango, nous allons mener un certain nombre de projets hors les murs qui va me mener vers des publics dont on a parlé jusqu'à maintenant.

Pour moi le spectacle est le fond artistique sur lequel j'interviens et dans lequel je puise des éléments et puis le cheminement est chaque fois différent et unique. »

BIBLIOGRAPHIE

André, Pierre, Thierry Benavidès, et Françoise Giromini. *Corps et psychiatrie*. 2^e éd. Paris: heures de France, 2004.

Anzieu, Didier. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod, 1985.

Bernard, Michel. *Le corps*. 4^e éd. Paris: Jean-Pierre Delarge, 1976.

Broillet, Françoise. « Mouvement authentique ». dansetherapie. Consulté le 29 octobre 2020. <https://www.dansetherapie.ch/mouvement-authentique>.

Brun, Anne. « Histoire de l'utilisation des médiations dans le soin ». In *Manuel des médiations thérapeutiques*, 2^e éd. Malakoff: Dunod, 2019.

Brun, Anne. « Spécificité de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques ». In *Manuel des médiations thérapeutiques*, 2^e éd. Malakoff: Dunod, 2019.

Buckingham, W, D Burnham, et J Marendon. *Philosophes. Les grandes pensées expliquées simplement*. Londres: DK, 2018.

Chaiklin, Sharon. « Biographie de Marian Chace ». Consulté le 29 octobre 2020. <https://www.adta.org/marian-chace-biography>.

Chouvier, Bernard. « La médiation dans le champ psychopathologique ». *Le Carnet PSY* 141, n° 1 (2010): 32-35. <https://doi.org/10.3917/lcp.141.0032>.

Damasio, Antonio R. *Le sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*. Paris: Odile Jacob, 1999.

Dolto, Françoise. *L'image inconsciente du corps*. Paris: Seuil, 1984.

Dutriaux, Léo, et Valérie Gyselinck. « Cognition incarnée : un point de vue sur les représentations spatiales ». *L'Année psychologique* Vol. 116, n° 3 (2016): 419-65.

- « Encyclopédie Larousse en ligne - danse ». Consulté le 2 novembre 2020. <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/danse/39587>.
- Florence, Jean. « L'art : thérapeute ? » In *Les médiations thérapeutiques par l'art. Le Réel en jeu*. Toulouse: érès, 2014.
- Freud, Sigmund. *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Autriche, 1939.
- Freud, Sigmund. *Totem et Tabou*. Paris: Payot, 1913.
- Guérin, Michel. *Philosophie du geste*. Arles: Actes Sud, 1995.
- Guiquerro, Sophie. « LibGuides: Evidence-Based Medicine: EBM ». Consulté le 28 novembre 2020. https://parisdescartes.libguides.com/ebm/ebm_accueil.
- Hellbrunn, Richard. *FERIR*, 2015, à paraître.
- Hochmann, Jacques. *Histoire de la psychiatrie*. 4^e éd. Que sais-je? Paris: Presses Universitaires de France, 2015.
- Jeannerod, Marc. « De l'image du corps à l'image de soi ». *Revue de neuropsychologie* Volume 2, n° 3 (2010): 185-94.
- Klein, Jean-Pierre. « L'art-thérapie ». *Cahiers de Gestalt-thérapie* 20, n° 1 (2007): 55-62. <https://doi.org/10.3917/cges.020.0055>.
- Klein, Jean-Pierre. *L'art-thérapie*. Vol. 11e éd. Que sais-je ? Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2019. <https://www.cairn.info/l-art-therapie--9782130815556.htm>.
- Lacan, Jacques. *Ecrits I*. Paris3: Seuil, 1966.
- Lanteri-Laura, Georges (1930-2004). *Sur la sémiologie*. Vol. 3. Chilly-Mazarin: Science(SenS)ituation, 1994.
- Larousse, Éditions. « Définitions : corps - Dictionnaire de français Larousse ». Consulté le 9 octobre 2020. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/corps/19404>.

Larousse, Editions. « Encyclopédie Larousse en ligne - histoire de la médecine ». Consulté le 3 octobre 2020.

https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/histoire_de_la_médecine/187065.

Lecourt, Edith. *La psychanalyse, une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir l'histoire des concepts, les figures et les pratiques*. 2^e éd. Paris: Eyrolles, 2015.

Lesage, Benoît. *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*. L'Ailleurs du corps. Toulouse: érès, 2014.

Lesage, Benoît. *La danse dans le processus thérapeutique : fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Érès., 2005.

Max-Simon, Paul. « Les écrits et les dessins des aliénés », *Archives de l'Anthropologie criminelle et des Sciences pénales*, 3 (1888): 318-55.

WHO. « OMS | Santé mentale ». World Health Organization. Consulté le 9 octobre 2020.
http://www.who.int/topics/mental_health/fr/.

Pélicier, Yves. *Histoire de la psychiatrie*. 2^e éd. Que sais-je? Paris: PUF, 1976.

Pireyre, Eric W. *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*. 2^e éd. Malakoff: Dunod, 2015.

Postel, J. « Introduction à l'histoire de la psychiatrie ». In *Manuel de Psychiatrie*, par Julien Daniel Guelfi et Frederic Rouillon, 3-12, 2^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2012.

Potel, Catherine. *Corps brûlant, corps adolescent. Des médiations corporelles pour les adolescents*. Toulouse: érès, 2015.

Société Française de Psychopathologie de l'Expression et d'Art-thérapie. « Présentation ». Consulté le 28 novembre 2020. https://www.sfpeat.com/Presentation_a31.html.

Quélin-Souligoux, Dominique. « De l'objet à la médiation ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 41, n° 2 (2003): 29-39.
<https://doi.org/10.3917/rppg.041.0029>.

Rey, Alain. *Dictionnaire culturel en langue française*. 2^e éd. Vol. 1. Paris: Le Robert, 1998.

Rey, Alain. *Dictionnaire culturel en langue française*. Vol. 3. Paris: Le Robert, 2005.

Rey, Alain. *Dictionnaire historique de la langue française*. 2^e éd. Vol. 3. Paris: Le Robert, 1998.

Rey, Alain. *Dictionnaire historique de la langue française*. 2^e éd. Vol. 2. Paris: Le Robert, 1998.

Roudinesco, Elisabeth, et Michel Plon. *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris: Fayard, 1997.

Roussillon, René. « La fonction médium malléable et les pathologies du narcissisme ». In *Manuel des médiations thérapeutiques*, 2^e éd. Malakoff: Dunod, 2019.

Roussillon, René. « Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable ». In *Manuel des médiations thérapeutiques*, 2^e éd. Malakoff: Dunod, 2019.

Schilder, Paul. *L'image du corps*. Connaissance de l'inconscient. Paris: Gallimard, 1968.

Schott-Billmann, France. *Quand la danse guérit*. Paris: Le Courrier du Livre, 2012.

Vincent, Lucile. *Faites danser votre cerveau*. Paris: Odile Jacob, 2018.

Winnicott, Donald W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1969.

Winnicott, Donald W. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard, 1971.

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MAJERUS Prénom : Fiona

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 19/11/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.